



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Jaciara Dias da Silva Vitoriano

# Distúrbio de aprendizagem em crianças da Unidade Saúde da Família do Baldeador, Niterói - RJ: uma experiencia de trabalho interdisciplinar

Florianópolis, Janeiro de 2023



Jaciara Dias da Silva Vitoriano

Distúrbio de aprendizagem em crianças da Unidade Saúde da  
Família do Baldeador, Niterói - RJ: uma experiencia de trabalho  
interdisciplinar

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Jaciara Dias da Silva Vitoriano

Distúrbio de aprendizagem em crianças da Unidade Saúde da  
Família do Baldeador, Niterói - RJ: uma experiência de trabalho  
interdisciplinar

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado  
Verdi**  
Coordenadora do Curso

---

**Michelle Kuntz Durand**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

**Introdução:** Esse trabalho baseou-se na observação da prevalência de crianças com Distúrbio de aprendizagem, residentes em área adscrita pelo Programa Médico de Família do Baldeador, município de Niterói, Rio de Janeiro. Durante a prática diária, como médica de família e comunidade, chamou-me a atenção a quantidade de solicitações de mães e de escolas, para atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem. Assim, a Equipe da Unidade Saúde da Família do PMF Zilda Arns e o *Núcleo* Ampliado de Saúde da Família (NASF) elencaram cuidados especiais a um grupo de 30 crianças, entre 06 e 11 anos de idade, com distúrbios de aprendizagem, considerando que tal distúrbio tem grande importância prospectiva na vida dessas crianças e famílias. **Objetivo:** Qualificar a assistência ofertada às crianças com distúrbios de aprendizagem adscritas ao Programa Médico de Família Zilda Arns, município de Niterói/ RJ. **Metodologia:** Durante 09 meses foram realizadas várias ações. Iniciamos com estudos dos casos, atendimentos interdisciplinares, encontros com a escola local, orientação às famílias das crianças e atendimentos em grupos. **Resultados esperados:** Como o objetivo norteador deste plano de intervenção foi qualificar a assistência e minimizar as consequências, esperamos que os profissionais de saúde e os de ensino estejam capacitados para identificar fatores de risco que propiciam o desenvolvimento dos distúrbios de aprendizagem em crianças e estejam motivados a interceder junto a ela, sua família e comunidade. Esperamos a conscientização da família quanto à complexidade desse quadro e sua importância para o desenvolvimento da criança em aprendizado. Esperamos ainda que com essa proposta a Unidade obtenha um diagnóstico analítico do problema e das possíveis ações de assistência.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família, Saúde da Criança, Transtornos Cognitivos





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



# 1 Introdução

Há quase dois anos atuo no Programa Médico de Família, instalado dentro de uma Unidade Municipal de Saúde antiga existente há quase 40 anos no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro.

Essa Unidade Básica abrange um território extenso, com cerca de 10.000 pessoas. Como ela está localizada muito próxima à divisa com outro município, esse contingente amplia-se em muito, pois inúmeras vezes há necessidade de prestar assistência a essa parcela de indivíduos, embora fora de sua área de responsabilidade sanitária.

Assim, em maio de 2016, Niterói implantou uma Equipe de Saúde da Família dentro dessa Unidade Básica para cuidados e assistência à saúde de área adscrita limitada ao Condomínio “Minha Casa, Minha Vida”, inaugurado pouco antes da implantação da Unidade de Saúde da Família (USF).

No início houve grande conflito tendo em vista as disparidades entre profissionais atuantes no mesmo espaço de trabalho, principalmente com relação a vínculos trabalhistas, carga horária, atribuições e salários, assim como a notória diferença entre os dois modelos de assistência que a partir daquele momento teriam que conviver e atuar de maneira equilibrada.

Nossa equipe de Saúde da Família é composta por médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Odontologia e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) pertencem ao corpo de profissionais da antiga Unidade, assistindo, indiscriminadamente, a toda a população do bairro e adjacências.

Nesse município, desde 1992, época da implantação do Programa Médico de Família, as equipes básicas recebem apoio técnico de um corpo de supervisão. Profissionais médicos especialistas em clínicas básicas, Assistente Social, Enfermeiro e profissional da Saúde mental. Esse grupo atua nas USF acompanhando o processo de trabalho e, durante muitos anos, teve a função também administrativa e sócio-política, tendo em vista o Programa ter sido constituído, em sua base, através do vínculo trabalhista com as Associações de Moradores das áreas adscritas. Tal cogestão sempre se mostrou contraditória, analisada sobre vários aspectos, pois se por um lado valoriza o controle social promovendo parcerias e comprometimento da comunidade, por outro, facilita o “empoderamento”, gerador de ações de caráter político-administrativas, abusivas, que interferem nas ações técnicas.

A partir de março desse ano de 2018, o PMF mudou sua forma de contratação. Por meio de Processo Seletivo ficou estabelecido vínculo trabalhista diretamente com a Prefeitura Municipal, por contrato temporário.

Assim, nesse mesmo período, foi incorporado o NASF, atuante junto aos supervisores. Portanto, há 7 meses, nossa equipe “PMF Zilda Arns” recebe apoio técnico também da Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia.

O bairro Baldeador não possui uma identidade peculiar, própria. Geograficamente faz divisa com vários grandes bairros de Niterói, além disso, seu limite mais conhecido é estabelecido com o município vizinho, onde há frequentes conflitos urbanos influenciando diretamente nas vivências do próprio bairro. A associação de moradores existente, mas ausente na integração e na liderança, em nada representativa para a população.

O Programa “Minha Casa, Minha vida” inaugurou no Baldeador uma estrutura em forma de condomínio com 9 blocos de edifícios. Cada bloco possui 40 apartamentos, ou seja, 360 moradias ao todo. Existem ainda 12 apartamentos térreos (PNE), planejados para as famílias que possuem pessoas com necessidades especiais.

Os apartamentos foram sendo ocupados por indivíduos/famílias que perderam suas casas nos desabamentos ocorridos em abril de 2010, grande catástrofe ocorrida no município. Quando chamados pelo governo municipal, muitos ainda estavam residindo em abrigos improvisados ou agregados em casas de parentes e amigos. Como as áreas comprometidas pelas chuvas estavam, principalmente nos arredores do Baldeador, a maioria deles permaneceu próximo ao seu bairro de origem. Tal estratégia de ocupação foi positiva para muitos moradores, porém, pode-se observar a existência, ora ostensiva (e violenta), ora reprimida, de ações entre grupos rivais, na tentativa de tomada do poder local.

Nem sempre permanecem todos os apartamentos ocupados. Por diversos motivos, alguns moradores se deslocam, deixando seu imóvel com familiares ou alugando-o para desconhecidos. Além disso, a estrutura física dos prédios vem sofrendo extensa e perigosa deterioração, causando medo e revolta dessa comunidade e gerando, inclusive, alguns processos judiciais.

O histórico dessa população do Condomínio Zilda Arns, em sua grande maioria, transversaliza a perda. Cenário desafiador: Vítimas da catástrofe das chuvas, em vários pontos do município, houve luto: Físico, emocional, sócio afetivo. Antigos moradores de casas com quintais inundados e destruídos precisaram se ajustar a apartamentos pequenos sem área. Vizinhos amigos de longa data se transformam em desconhecidos sem vínculos. Escolas e creches próximas de casa precisam ser trocadas repentinamente. Pertences e documentos soterrados para sempre.

Famíliares subitamente separados. Abrigos amontoados sem higiene adequada e sem privacidade. Luto longo para muitos. Uniões se fizeram. Separações também. Casais engravidaram e tiveram seus filhos. Crianças cresceram do jeito possível. Adolescentes evadiram da escola. Pessoas morreram enquanto aguardavam nova moradia. Aluguéis sociais sustentavam famílias, porém muitos voltaram para suas casas interditadas pela defesa civil, por saudade, zelo ou medo. Esse foi o cenário durante alguns longos anos... e essa história ainda é contada por eles no Zilda Arns...

Neste sentido, a situação econômica dessa população é muito baixa. Condomínio com cerca de 1.000 habitantes hoje. Quase a metade (42,3%) é constituída por jovens até 19 anos. Dentre esses, cerca de 35 crianças abaixo de 2 anos de idade. Uma carência total de

atividades esportivas, culturais e lazer para todos, inclusive para idosos e jovens, embora a presença de duas escolas públicas (ensino infantil, fundamental e médio) bem próximas ao condomínio.

Comunidade desorganizada socialmente. A representação local é do movimento paralelo do tráfico que limita ou facilita ações dentro do condomínio de acordo com os interesses próprios. Local de fácil aquisição e consumo de drogas e álcool apresentando alta incidência de dependentes e usuários abusivos. Alta incidência também de sífilis adquirida (diminuindo ao longo desse ano pelas ações contínuas da equipe Saúde da Família promovendo acolhimento, orientações, tratamento, teste rápido e exames laboratoriais de controle).

População com importante prevalência de doenças crônicas, rotineiras no trabalho da Atenção Básica, tais como 25% de hipertensos adultos; 6% de diabéticos adultos; mas, acometida também por quadros de maior complexidade e mais raros, que demandam ações e cuidados em conjunto com especialistas, tais como Púrpura Trombocitopênica Idiopática (1 caso), Síndrome de Marfan (2 casos), Doença de Von Willebrand (1 caso), Retardo mental profundo (3 casos), Insuficiência Renal Crônica (3 casos), Hidrocefalia (1 caso), Síndrome de Arnold Chiari tipo II (1 caso), Doença Neurológica de Machado Joseph (1 caso), Síndrome de Eagle (1 caso), Anemia Falciforme (1 caso).

Em 2017 o Coeficiente de mortalidade geral foi de 1.8 ao ano, coincidindo com o mesmo valor para mortalidade por doenças crônicas. No mesmo ano, a prevalência Da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi de 5 casos no total da população.

Ainda em 2017 o coeficiente de natalidade foi de 1.7 para 100 habitantes. O coeficiente de mortalidade infantil e a proporção de nascidos vivos com baixo peso foi zero.

Este ano de 2018 foram captadas 20 gestantes para acompanhamento pré-natal, sendo que hoje, 13 ainda permanecem 100% assistidas pela equipe de saúde da família e dessas, metade com idade inferior aos 20 anos.

População acima de 60 anos está em torno de 80 idosos. Indivíduos permanentemente acamados ou restritos ao domicílio chegam a 8. A cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano cadastradas chega a 95%. E o acompanhamento das crianças menores de 2 anos tem cobertura mensal de cerca de 80%.

Durante esses meses de trabalho em saúde da família no PMF Zilda Arns, assistimos e cuidamos das famílias e elencamos cuidados especiais a um grupo de crianças com distúrbios de aprendizado/linguagem/comportamento. Esse é, portanto, o *problema* eleito para a *intervenção*.

Analisando esse *problema* concluímos que ele é de natureza “atual”, pois exige solução imediata. Segundo sua posição na organização, é um problema “terminal”, isto é, refere-se às demandas específicas da população. Analisado conforme a governabilidade é um problema de “baixo controle”, assim, “precisa de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre eles” (LACERDA; BOTELHO; COLUSS, 2016).

E, segundo sua complexidade, é um problema “quase-estruturado”, ou seja, complexo, multicausal.

Os distúrbios de aprendizagem em crianças foram priorizados nesse trabalho, analisados sobre sua importância prospectiva nas vidas de famílias e jovens e, de certa forma, na urgência com que esse quadro precisa ser assistido.

A estratégia de assistência iniciou através de acompanhamento clínico, apoio da supervisão pediátrica, da saúde mental, do serviço social. Referências a tratamentos neuropsiquiátricos ou psicoterapias ou reabilitação cognitiva multiprofissional, nem sempre com agendamentos possíveis, adequados e/ ou seguimento satisfatório. Referências para audiometria, especialistas como otorrinolaringologia e oftalmologia, de difícil agendamento e, muitas vezes, sem sucesso.

Com a chegada do NASF, em março desse ano, pudemos ampliar, em muito, as ações de assistência a esses usuários. Analisamos em conjunto os casos. Todos foram avaliados individualmente pela Fonoaudióloga e pela Terapeuta Ocupacional, assim como tiveram a assistência da equipe básica.

Iniciamos uma troca de informações com a Escola Municipal de ensino infantil vizinha à Unidade. Evidenciava-se que o sistema pedagógico não possui todos os recursos necessários para intervenção, assim como o serviço de saúde também não os dispõe. Com isso, necessário e urgente intervir em conjunto no problema selecionado.

Do total das 30 crianças elencadas para a ação, 21 estudam nessa Escola. A faixa etária prevalente se encontra entre 6 e 11 anos. O serviço pedagógico da Escola evidenciou para a equipe de saúde, situações referentes à ambiência escolar que se somaram às observações clínicas da equipe. Além disso, alguns outros temas de relevância foram ressaltados, dentre os quais, o mais preocupante para a Escola foi o comportamento ostensivo de erotização precoce das crianças, tornando evidente a necessidade de ampliar ações conjuntas.

Assim, a equipe de saúde da família, supervisores, NASF, junto à Direção, professores e Departamento Pedagógico da Escola Municipal de Ensino Infantil Roberto Silveira deflagraram um plano de intervenção multidisciplinar e Inter setorial.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Qualificar a assistência ofertada às crianças com distúrbios de aprendizagem adscritas ao Programa Médico de Família Zilda Arns, município de Niterói/ RJ.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar precocemente a presença de fatores de risco nas crianças assistidas pelo PMF Zilda Arns;

Minimizar os fatores causadores dos Distúrbios de aprendizagem nas crianças assistidas pelo PMF Zilda Arns;

Sensibilizar a Escola de Ensino Infantil local quanto aos fatores de risco e quanto à vulnerabilidade sócio-familiar de seus alunos;

Identificar em conjunto com a escola, a incidência de novos casos de crianças com dificuldade de aprendizado;

Conscientizar pais e responsáveis quanto à complexidade do quadro de distúrbios de aprendizagem;

Construir diagnóstico da atenção prestada hoje a essa população na Unidade Básica de Saúde.





### 3 Revisão da Literatura

Durante todos os anos de minha atuação médica sempre me deparei com as demandas das escolas solicitando dos serviços médicos intervenção junto às crianças com dificuldades de aprendizagem associadas ou não a distúrbios diversos de comportamentos como heteroagressividade, distração e agitação psicomotora. Normalmente são relatórios pouco ilustrativos sobre a realidade da criança, suas dificuldades psicossociais dentro da escola, suas relações familiares e comunitárias. Comumente são relatos limitados, um resumo de como a criança se comporta na escola, sem contextualização. Na verdade, é como se aquela criança fosse um ser isolado e sua dificuldade para aprender já estivesse definida como um problema individual. É frequente recebermos esses relatórios trazidos por mães aflitas, preocupadas, mas também pressionadas pela direção pedagógica para que busquem soluções médicas nas Unidades de Saúde.

Na prática em Saúde da Família no Baldeador, não foi diferente.

No nosso cenário, essas mães que trazem seus filhos, em sua maioria, educam-nos sozinhas, com extremas e diversas dificuldades econômicas e familiares e, frequentemente, com um histórico escolar pessoal também turbulento e baixa escolaridade.

Assim, os distúrbios de aprendizagem em crianças foram priorizados nesse trabalho, analisados sobre sua importância prospectiva nas vidas de famílias e jovens e, de certa forma, na urgência com que esse quadro precisa ser assistido.

Um esboço estratégico de assistência iniciou-se por meio do acompanhamento clínico, com apoio constante da Terapia Ocupacional (NASF), da Fonoaudiologia (NASF) e, quando solicitada, da supervisão pediátrica e de saúde mental.

A literatura que trata do tema é vasta, em portais e revistas da educação e da saúde. Definições e abordagens variadas que evidenciam a complexidade do fenômeno de aprender. Mas considerações que não deixam esclarecidos pontos como a diferença entre os termos: “Dificuldade”, “Distúrbio” ou “Transtorno”, inclusive provocando algumas divergências conceituais. Porém, na revisão presente, as diferenças possíveis de conceituações não serão levadas em consideração, pois trato aqui não do diagnóstico em si, mas da manifestação comportamental, identificada como Distúrbio de Aprendizagem (DA) e suas possíveis causas.

Seguindo esse padrão proposto, cito o autor americano ??) que reforça em seus artigos que os distúrbios de aprendizagem nem sempre cursam com disfunções neurológicas, tendo como fatores causais uma vasta lista e que frequentemente estão associados entre si. Assim, os denomina como um quadro onde ocorrem “deficiências ou dificuldades na concentração, atenção, linguagem ou processamento visual de informações (...). Afetam a habilidade de entender ou usar a linguagem escrita ou falada, fazer cálculos matemáticos, coordenar movimentos ou focalizar a atenção em uma tarefa”.

Não existem muitos dados sobre a prevalência dos Distúrbios de aprendizagem. Como esse termo envolve muitos quadros complexos e com múltiplas causas, torna-se mais difícil estratificá-lo genericamente.

Mas, podemos encontrar artigos que claramente evidenciam a predominância dos meninos sobre as meninas.

“Embora se desconheça o número de crianças com dificuldades de aprendizagem, nos EUA, cerca de 5% da população em idade escolar recebe educação especial para estas dificuldades. Entre os afetados, os meninos superam as meninas em 5:1” (??).

(...) “o quadro estatístico mundial evidencia que aproximadamente 15% a 30% das crianças em idade escolar apresentam DA, sendo estas mais frequentes no sexo masculino (quatro a cinco meninos para cada menina)” (TAVARES; CARDOSO, 2016).

Quando nos deparamos com crianças com distúrbios de aprendizagem escolar nos vem à mente uma questão: O que ela aprende? Se não aprende de maneira formal, o que ela aprende informalmente?

“O aprendizado é um processo complexo; não acontece de forma linear, por acréscimo, de modo a somar alguns novos elementos ao que sabíamos antes. Estrutura-se mediante redes de conexão que cada sujeito faz, reelaborando associações singulares que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas” (CYRINOI; TORALLES-PEREIRAI, 2004).

Cabe lembrar que a aquisição de saberes não está restrita à escola, embora muitas vezes, é no aprender escolar que se identifica a dificuldade. Portanto, mesmo a criança que manifesta distúrbio de aprendizagem na escola estará constantemente recebendo estímulos e valores vindos da comunidade onde vive, da escola onde estuda, da família que lhe forma e assimilando-os, ou seja, ainda assim aprendendo.

Os Modelos de Assistência à saúde há cerca de 100 anos funcionam centrados no saber e no ato médico. Uma visão biologicista do adoecimento que, portanto, confere ao médico o poder de tratar a doença por meio de medicamentos. Embora estejamos num século onde grande número de informações e tecnificações estejam acessíveis à maioria, a nossa sociedade ainda se relaciona com o adoecer de maneira individualizada (responsabilização absoluta do indivíduo que adoeceu) e fragmentada (o ser não é observado como integral, ou seja, num exemplo bastante comum: a dor lombar nada tem a ver com o estado de ansiedade, portanto a dor lombar deve ser tratada pelo ortopedista e a ansiedade pelo psiquiatra). Os modelos de assistência, formados e formadores desse paradigma, tendem a dissociar mente e corpo e, dificilmente, associam sintomas e queixas do indivíduo, analisando o adoecer sob um ponto de vista holístico.

A abordagem à criança com distúrbio de aprendizagem nunca será abrangente e resolutiva se for realizada apenas com a visão clínica. É fundamental uma abordagem ampla que intervenha na saúde emocional, familiar, social e nos recursos de apoio Intersetorial,

entendendo o humano como um ser complexo e baseado no conceito ampliado de saúde elaborado no Relatório final da 8ª Conferência nacional de Saúde (BRASIL, 1986):

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (...)”

No Modelo Assistencial Saúde da Família e Comunidade, estabelece-se um novo paradigma, uma produção social para a saúde e nossa ação médica se amplia, tendo em vista existir uma equipe de profissionais, cada um trazendo sua bagagem de experiências e “ferramentas”, onde, juntos, podemos aumentar as ações e a resolutividade nos cuidados em saúde.

Como nos elucida MERHY e FRANCO (2009), “o trabalhador de saúde é sempre coletivo (...). A caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo (...). O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalho que dê conta, sozinho, do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde”.

Assim, a equipe de Saúde da Família Zilda Arns junto aos seus apoiadores do NASF e da Supervisão, elaborou uma proposta de intervenção, orientados pelo conceito ampliado de saúde, utilizando-se de todas as “ferramentas” ao nosso alcance para a realização do projeto.

Podemos enunciar diversas causas para o transtorno elencado, porém, mais importante que destacá-las, se faz reconhecer que os distúrbios de aprendizagem são multicausais, e que os fatores biopsicossociais estão sempre interligados.

Analisando-as sistematicamente, podemos dividir as causas em alguns grupos, quais sejam:

- 1ª Causas relacionadas à gestação e ao parto:

Uso de drogas durante a gestação;

Desnutrição materna;

Doenças ou complicações durante a gravidez ou no trabalho de parto.

-2ª Causas relacionadas à escola:

Metodologia de ensino inadequada;

Escola excludente;

Desmotivação dos educadores envolvidos com a criança;

Educadores pouco qualificados.

-3ª Causas relacionadas ao indivíduo:

Desnutrição infantil;

Transtorno neurológico;

Transtorno de ansiedade, depressão infantil, baixa autoestima;

Estresse pós-traumático.

-4ª Causas sócio familiares:

Baixa escolaridade dos responsáveis;

Alta expectativa dos pais quanto ao aprendizado;

Disfunção familiar;

Ambiente desmotivador;

Violência doméstica.

Na tentativa de clarear alguns desses tópicos aventados, encontramos na literatura, de forma esparsa, estudos que qualificam e relacionam algumas dessas situações com distúrbio de aprendizagem. Rompendo a dissociação desses temas e trazendo-os para dentro da abordagem integral do Ser proposta desde o início, vamos analisar alguns aspectos mencionados.

### **Gestação e parto**

O uso do álcool e outras drogas durante a gestação já foi amplamente elucidado por diversas pesquisas como de altíssimo risco para o feto, na sua formação física, principalmente neurológica, resultando em perdas cognitivas na criança, manifestadas ao longo de seu desenvolvimento.

O álcool rompe a barreira placentária atingindo de maneira direta o feto. Estudos indicam que uma gestante alcoolizada tem em seu ventre um feto alcoolizado.

Sabidamente, essa substância tem a capacidade de lesionar vários tecidos orgânicos e, no feto, mesmo no terceiro trimestre (período gestacional em que as principais formações fetais já ocorreram), segundo [Grinfeld \(2009\)](#), ainda assim, prejudica as células neurais, notadamente cerebelo e córtex pré-frontal.

“O uso do álcool é o vetor mais relevante de retardo mental nos filhos de mães usuárias dessa droga, além de ser o principal responsável por teratogênias no mundo ocidental. O consumo excessivo de álcool entre as mulheres grávidas constitui um dos problemas mais relevantes da dependência alcoólica, pois pode levar à síndrome alcoólica fetal (SAF), isto é, a expressão de maior comprometimento neuropsiquiátrico em filhos de mulheres que beberam em excesso durante a gestação”([GRINFELD, 2009](#), p. 1).

Várias pesquisas já foram desenvolvidas relacionando síndrome alcoólica fetal com baixo desenvolvimento biopsíquico da criança, baixo rendimento escolar e distúrbio de aprendizagem.

“... no Brasil, estima-se que possam surgir 3.000 a 9.000 casos novos de SAF por ano, se a prevalência de 1 a 3:1.000 nascidos vivos for confirmada, uma vez que o índice de natalidade no país está, atualmente, em três milhões/ano” ([GRINFELD, 2009](#), p. 6).

O uso abusivo de álcool e outras drogas e a dependência química estão relacionados também à desnutrição materno-fetal, presença de quadros infecciosos na gestante, ISTs, levando facilmente à prematuridade, recém-nascidos a termo com baixo peso e morte materna.

Em um estudo realizado em São Paulo, encontrou-se uma taxa de 4% no uso da maconha, 1,7% cocaína e 0,3% de uso concomitante. A gestante com dependência química tem uma menor adesão ao pré-natal, tem maior risco de malformações e problemas obstétricos que podem levar a grávida a óbito, sendo considerada, dessa forma, uma gestação de alto risco. O uso de drogas ilícitas atravessa a barreira placentária e pode ter efeitos sobre o feto. Nos Estados Unidos, cerca de 10% das mulheres utilizam cocaína durante a gestação. No Brasil, estudos apontam a prevalência em torno de 3,6% (TACON; AMARAL; TACON, 2018).

Alguns artigos apontam a maconha como sendo a droga ilícita mais usada entre as gestantes.

Na verdade, no senso comum, há uma ideia de que a maconha é menos prejudicial que qualquer outra droga ilícita, porém recém-natos frequentemente manifestam, logo nos primeiros momentos de vida, sinais e sintomas relacionados à abstinência, evidenciando quadro de dependência por consumo abusivo de substâncias psicoativas por suas mães. Bebês irritados, chorosos, com dificuldade no aleitamento por rebaixamento no reflexo de sucção e outros sinais que demonstram a gravidade do quadro e suas consequências para a vida dessa criança.

Como causa perinatal podemos citar a Encefalopatia hipóxio-isquêmica (EHI) que, podem ocorrer mesmo em partos a termo de gestações com evolução normal.

A EHI em RNT é a principal causa de danos encefálicos e sequelas neurológicas, responsáveis pelo desenvolvimento de disfunções motoras, sensoriais e cognitivas, com alto custo individual, familiar e social. As sequelas neurológicas podem variar, sendo consideradas graves, como: PC; distúrbios comportamentais; déficits cognitivos, de atenção, de aprendizagem ou hiperatividade (GRINFELD, 2009).

### **Escola**

Durante as avaliações em consultório, escuto relatos de crianças e mães sobre professores que gritam nas salas de aula, que conferem apelidos pejorativos aos alunos com maiores dificuldades, educadores que expõem crianças e adolescentes a situações de constrangimento. Os meios de comunicação e o trabalho dentro da comunidade nos mostram escolas despreparadas para a inclusão. Profissionais desmotivados e impacientes pouco qualificados para lidar com os complexos aspectos multicausais do DA.

Segundo um estudo analítico realizado em São Paulo, após a aplicação de testes aos professores, ficam evidentes a responsabilização do próprio aluno perante sua dificuldade de aprender, conferindo à Escola e à pedagogia ínfimo papel na mudança desse cenário (LOPES; CRENITTE, 2012).

“Quando questionados sobre as dificuldades de aprendizagem, os professores apontaram como causa o desinteresse e a falta de esforço do aluno, não tendo relevância significativa às aplicações prévia e posterior à intervenção formativa. Outro aspecto apontado foi que a causa do baixo desempenho acadêmico, para a escola, está relacionada ao aluno,

especificamente, às suas condições internas de aprendizagem, pois para 88% dos professores as crianças vêm de lares desestruturados, com pais que não acompanham os estudos dos filhos, e 52% acreditam que essas crianças não estão interessadas em aprender e como esses fatores estão intrínsecos ao aluno, para o professor, a sua conduta não interferirá de forma significativa para que este aluno supere estas dificuldades” (LOPES; CRENITTE, 2012, p. 10).

Um dos fatores relevantes que vem merecendo estudos é o aspecto motivacional dos professores e suas conseqüências na abordagem junto às crianças com DA. O educador precisará, principalmente nesses casos, ser aquele que busca afirmações positivas para que o aluno consiga romper, dentro do seu possível, os diversos fatores causais que o distanciam do aprendizado.

“(…) Assim, considerar a existência de memórias positivas e negativas e relacioná-las à vontade de estudar é importante. Dificilmente conseguiremos separar experiências vividas e motivação. Nesse contexto, as lembranças que geram bem-estar e prazer estimulam todo o organismo a estar apto a receber o conhecimento. Aqui entra o papel do professor como um gerador de experiências positivas relacionadas ao conhecimento, principalmente quando consideramos um aluno com algum distúrbio de aprendizagem”(ARTERO, 2012).

FREIRE (1996) se referindo à relação ensino/aprendizagem, nos traz a imagem do educador ativo e motivado, disposto a ensinar e a aprender, escreve: “É esta percepção do homem e da mulher como seres ‘programados, mas para aprender’ e, portanto, para ensinar, para conhecer, para intervir, que me faz entender a prática educativa como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos”.

### **Indivíduo**

Quando se estuda DA, qualquer fator individual desestabilizante, seja físico ou psicofetivo (baixa nutrição, distúrbios neurológicos congênitos ou adquiridos, ansiedade, depressão, baixa autoestima, reação de estresse pós-trauma), irá repercutir na aprendizagem.

Causas sócio familiares: baixa escolaridade dos responsáveis; disfunção familiar; ambiente desmotivador; violência doméstica.

“O progresso educacional da criança pode ser influenciado por características relacionadas à escola e ao background familiar (educação e renda familiar), bem como à complementaridade entre esses fatores. O ambiente familiar e as características dos pais têm impacto nas decisões relacionadas às crianças e jovens” (MACHADO; GONZAGA, 2007, p. 2).

Indiscutivelmente, a família, sua dinâmica, valores, costumes, funções e disfunções atuam diretamente sobre a criança e sua relação com o aprendizado, principalmente escolar.

## 4 Metodologia

Para intervir no problema elencado, foram destacadas 30 crianças de 6 a 11 anos de idade, pertencentes à área adscrita pelo PMF Zilda Arns, Condomínio “Minha casa, Minha vida”, denominada Zilda Arns.

Na minha prática primo pela gestão de cuidados, estabelecendo agendamentos e condutas adequadas aos programas de assistência a grupos prioritários assim como, estabeleço critérios para prestar assistência a todas as crianças adscritas.

Assim, essas crianças já vinham em atendimento clínico familiar. Apresentam distúrbios de aprendizagem variados. Algumas com histórico anterior de tratamento neurológico, uma apenas em tratamento psiquiátrico, porém a maioria sem qualquer tipo de diagnóstico, sequer intervenção de qualquer área de assistência à saúde.

Portanto, como marco zero, a partir do mês de junho/2018 foi iniciado um plano de intervenção.

Seleção dos prontuários. Levantamento das situações já anteriormente encaminhadas às especialidades, discriminando se já estavam ou não inseridos em serviços de reabilitação cognitiva multidisciplinar, fonoaudiologia, neurologia, etc.

Após esse levantamento de dados, entre os meses de junho a julho/2018 realizamos reuniões com as profissionais do NASF, Terapeuta Ocupacional e a Fonoaudióloga, para estabelecer possibilidades de avaliações e acompanhamentos.

Assim, de junho a agosto/2018 todas as crianças foram avaliadas pelo NASF e todas foram discutidas em reuniões de caso para elaborar um plano de intervenção.

Dessas 30 crianças cadastradas pela Saúde da Família, 21 estudam na Escola Municipal ao lado da nossa Unidade. Esse foi um ponto facilitador para iniciar uma “conversa” intersetorial.

A escola Municipal de Ensino Infantil Roberto Silveira, localizada ao lado da Unidade de Saúde, foi convidada a participar.

Entre os meses de agosto e setembro/2018, ficaram estabelecidos alguns momentos de intercâmbios com a Escola, quando pudemos analisar, em grupo, de maneira ampliada e contextualizadora, aspectos relevantes de cada criança, tais como: o ambiente escolar, a relação entre os alunos, a questão hierárquica e disciplinar, os problemas pedagógicos e técnico-administrativos da própria escola que influenciam diretamente no prazer de aprender, a família dentro da escola e suas relações muitas vezes conflituosas, a desmotivação do profissional de ensino, a criança com dificuldade e sua necessária inclusão, o contexto precário da saúde pública, dentre outros temas.

No mês de setembro/2018 foram realizados dois encontros: o primeiro coordenado pela Terapeuta Ocupacional reunindo os professores, Diretora e Pedagoga. O objetivo foi de conhecê-los melhor, estreitar vínculos e trabalhar com eles suas próprias dificuldades

como educadores. O segundo encontro, coordenado por mim e o enfermeiro da equipe SF, reuniu além dos profissionais de educação, participaram os pais/responsáveis. O objetivo também foi de estreitar vínculos e criar espaços para que a família pudesse nos identificar como parceiros. Nesse encontro aproveitamos o “Setembro amarelo” para introduzir o assunto suicídio junto aos pais.

Desde fim de setembro/2018 a Fonoaudióloga iniciou na Unidade SF, atendimentos em pequenos grupos incluindo aquelas crianças que não estudam na Escola local e que também foram elencadas para o projeto de intervenção.

A partir de novembro/2018 até o final do ano letivo, dia 20 de dezembro/2018, a Fonoaudióloga permaneceu avaliando o andamento das crianças na escola e orientando o serviço pedagógico quanto às demandas mais relevantes. Desse modo estávamos também nutrindo as prerrogativas solicitadas pelo PSE municipal, gerando novas frentes de atuação para o próprio programa.

Dentro da Unidade de Saúde da Família permanecemos acompanhando os quadros por meio de reuniões entre equipe SF e NASF a cada semana ou quinzenalmente e em atendimentos individuais ou com as famílias.

A partir de fevereiro até 15 de março/ 2019, as crianças serão reavaliadas clinicamente por mim em consultório. Vários aspectos enfatizados a cada passo desse processo precisam ser analisados e todos são de fundamental importância indo muito além do distúrbio de aprendizagem daquela criança.



## 5 Resultados Esperados

Durante todo o percurso desse trabalho o objetivo norteador sempre foi o de minimizar as consequências biopsicossociais dos distúrbios de aprendizagem (DA) e para isso buscamos interceder junto à criança e seu entorno, como sua família e sua escola.

Os resultados esperados estão de acordo com os objetivos específicos do plano de intervenção.

É de fundamental importância aumentar a capacidade da Equipe Saúde da Família de identificar precocemente a presença de fatores de risco que possam desencadear distúrbios de aprendizagem nas crianças. Logo no início desse plano de intervenção, os profissionais da Equipe e o NASF “aguçaram seus olhares” para identificar tais vulnerabilidades, trazendo para discussão os casos e seus contextos.

Ao serem identificados os fatores, esperamos interceder sobre cada um na tentativa assim de minimizá-los e possibilitar a criança/família ampliar seus recursos para não desenvolver um possível DA.

Entendendo a importância do contexto escolar para a criança, esperamos que a Instituição de Ensino local possa estar francamente sensível quanto aos fatores de risco do DA e quanto à vulnerabilidade sociofamiliar da criança, principalmente a portadora do DA.

Esperamos que a família se conscientize quanto à complexidade do quadro de DA e assim, tomando para si a responsabilidade dos cuidados dessa criança.

Enfim, acreditamos construir um diagnóstico analítico sobre a atenção prestada hoje à criança com DA na Unidade Saúde da Família do Baldeador.



## Referências

- ARTERO, T. T. A motivação e sua relação com os problemas de aprendizagem. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v. 3, n. 3, p. 1122–1132, 2012. Citado na página 20.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 27 Dez. 2018. Citado na página 17.
- CYRINOI, E. G.; TORALLES-PEREIRAI, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 780–788, 2004. Citado na página 16.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. SÃO PAULO: Paz e Terra, 1996. Citado na página 20.
- GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. (Ed.). *Alcool e suas consequências*. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 179–199. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSS, C. F. *Planejamento na atenção básica [Recurso eletrônico]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado na página 11.
- LOPES, R. C. F.; CRENITTE, P. A. P. - estudo analítico do conhecimento do professor a respeito dos distúrbios de aprendizagem. *Revista CEFAC Saúde e Educação*, v. 15, n. 5, p. 1214–1226, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- MACHADO, D. C.; GONZAGA, G. O impacto dos fatores familiares sobre a defasagem idade-série de crianças no Brasil. *Revista Brasileira de Economia*, v. 61, n. 4, p. 449–476, 2007. Citado na página 20.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio / FIOCRUZ*, p. 278–284, 2009. Citado na página 17.
- TACON, F. S. de A.; AMARAL, W. N. do; TACON, K. C. B. Drogas ilícitas e gravidez influência na morfologia fetal. *REVISTA CONTEMPORANEA DE GO-“FEMINA*, v. 46, n. 1, p. 10–18, 2018. Citado na página 19.
- TAVARES, A. A.; CARDOSO, A. A. Inter-relações entre o desempenho no processo de aprendizagem escolar e o desenvolvimento das capacidades motoras: Revisão de literatura. *Revista de Terapia Ocupacional*, p. 88–93, 2016. Citado na página 16.