

Prevenção da deficiência mental nos períodos pré, peri e neonatal

SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO

Professora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da UFES

RACHEL RODRIGUES KERBAUY

Professora do Instituto de Psicologia da USP e pesquisadora da CAPES

1 BRASIL/COORDENADORIA PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CORDE). *Plano nacional de ação conjunta para integração da pessoa deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial, julho de 1986. (mimeo.)

2 ROBINSON, H.B., ROBINSON, N.M. Retardamento Mental. Em P.H. MUSSEN (org.). *Carmichael - Psicologia da Criança*. São Paulo: EPU, 1975, v. 10, p. 171-305.

Se alguém perguntar a uma gestante o que ela espera em relação ao filho que vai nascer, sua resposta mais provável será: “que seja normal e saudável”.

Essa expectativa das mães é possível. Examinando a realidade, pode-se verificar a probabilidade de nascer um filho “retardado” e também como aumentar as chances da criança, tendo nascido retardada, ter uma vida saudável. Um outro aspecto a ser estudado é identificar quais situações aumentam a probabilidade de nascer ou não com Deficiência Mental e, neste caso, seria adequado verificar as condições de nascimento da criança.

Para responder a essas questões, se analisarmos as estatísticas das várias regiões brasileiras e de outros países, mesmo com discrepância nas informações disponíveis, encontraremos pistas significativas.

O órgão oficial da Educação Especial no Brasil, a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), considera que havia, em 1986, 6 milhões e 500 mil pessoas no Brasil portadoras de Deficiência Mental, ou 5% da população total¹. Estes dados são contestados por Krynski (1983), que considera existir, na população brasileira, 10% de deficientes mentais. Nos EUA, em 1962, a taxa era de 3% da população; sendo excedida apenas pelas taxas de doença mental, males cardíacos, artrite e câncer.²

Dada sua prevalência e incidência na população, vê-se que a Deficiência Mental é um fenômeno que vai além da pessoa portadora. Constitui um problema nacional, por suas seqüelas sociais, econômicas e pessoais.

Neste contexto, considera-se que somente a adoção de medidas preventivas poderia ter efeitos amplos no nível da nação, sobre sua economia, força de trabalho, produção cultural e científica, sobre seu nível de desenvolvimento, enfim. Seria possível atuar, assim, sobre as famílias e as pessoas portadoras de deficiência em sua interação com o meio ambiente, em suas oportunidades de aprendizagem e em seu desenvolvimento afetivo.

O objetivo do presente trabalho foi elaborar uma metodologia que permita identificar as ações preventivas e seus efeitos em vários níveis de atuação. Evidentemente, o mesmo instrumento de identificação poderá prestar-se à avaliação e ao acompanhamento de medidas preventivas implantadas, quando transformado em instrumento de coleta de dados.

MÉTODO

O trabalho foi realizado em duas etapas. Na primeira, foram elaborados quadros contendo informações básicas sobre ações que a literatura da área considera como preventivas da Deficiência Mental (DM), em gestantes e recém-nascidos. Na segunda etapa, foram construídos roteiros de entrevista, que permitem levantar essas ações de prevenção (AP) junto às instituições responsáveis pela saúde da mulher e da criança.

Para a elaboração dos Quadros de Ações de Prevenção da DM, foram utilizadas como fontes de informações básicas a literatura relevante da área, considerada como aquela utilizada em cursos de graduação para formação de psicólogos e educadores especiais,³ além de consulta a bancos de dados e órgãos oficiais. Compreendiam, principalmente, manuais clássicos de Psicologia do Excepcional e do Desenvolvimento, publicações de órgãos oficiais nacionais e estrangeiros sobre Educação Especial, e também artigos sobre Genética Médica e Metodologia.

Foi, então, selecionada a bibliografia encontrada em livros e artigos de revistas científicas da área, relacionados aos temas: prevenção de Deficiência Mental e efeitos dessas ações preventivas.

Notou-se que, ao longo do tempo, os conceitos básicos se mantiveram, embora não se excluam críticas a tópicos específicos e as evoluções da tecnologia utilizada.

Esse material foi lido e listado segundo o que a pesquisadora considerou como ações de prevenção (AP) da DM e seus efeitos. Foi, assim, elaborado um texto resumidor dos dados encontrados, identificando-se a fonte bibliográfica por números.

Após esta primeira organização do material, procedeu-se a uma classificação das AP encontradas na literatura, segundo os parâmetros:

- a) níveis de prevenção:

3 ENUMO, Sônia R.F. *A formação universitária em educação especial – deficiência mental – no estado de São Paulo; suas características administrativas, curriculares e teóricas*. São Carlos, 1985. [Dissertação de mestrado – UFSCar]; ENUMO, S.R.F. *O Ensino de Psicologia nas habilitações para professores de deficientes mentais-SP*. Comunicação livre feita na XVI Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto, 1986.

4 LEAVELL, H., CLARK, E.G. (org.). *Medicina preventiva*. Trad. Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaume e Uraci Sim Ramos. São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: Fename, 1976.

Primária – Promoção da Saúde e Proteção Específica contra a DM

Secundária – Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato;⁴

- b) o período de tempo em que as ações de prevenção ocorrem, tendo como critério a criança que está para nascer ou nasceu, ou seja, antes da gestação, pré-natal, perinatal (durante o parto) e neonatal (de zero a 29 dias de vida);
- c) quem poderia executar as ações de prevenção ou utilizá-las: administradores públicos, na área de saúde, principalmente; pesquisadores; profissionais relacionados a este campo multidisciplinar, como psicólogos, pediatras, obstetras, neonatologistas, sanitaristas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

O objetivo principal deste procedimento foi a organização e preenchimento de quadros de AP da DM, mantendo-se, na medida do possível, os originais numa transcrição “quase aspada”.

Da interrelação dos parâmetros citados nos itens a), b) e c) foram elaborados oito quadros com estes mesmos itens, sendo assim preenchidos:

- a) cada ação de prevenção (AP) foi colocada na parte esquerda do quadro, recebendo três indicações:
 - um número
 - o(s) tipo(s) de profissional(ais) potencialmente relacionados, através de uma letra entre parênteses, legendada no alto do quadro
 - as referências bibliográficas, indicadas por números entre parênteses, após a AP;
- b) na parte direita do quadro, foram colocados os efeitos da AP, com as mesmas indicações descritas anteriormente, ou seja, número, profissional, referências bibliográficas.

As AP encontradas foram também hierarquizadas, partindo-se do enunciado mais amplo e acrescentando-se os mais específicos.

Após a elaboração desses quadros, procedeu-se a construção dos roteiros de entrevista, segundo descrição feita a seguir.

As Ações de Prevenção (AP), já identificadas e classificadas nos quadros construídos anteriormente, foram agora numeradas e marcadas com (*) de acordo com os níveis de prevenção:

- * = prevenção primária/promoção de saúde;
- ** = prevenção primária/proteção específica contra a DM;
- *** = prevenção secundária/diagnóstico precoce;
- **** = prevenção secundária/tratamento imediato.

Pretendeu-se, com isso, facilitar o processo de tratamento e análise dos dados, por permitir facilmente quantificar os vários níveis de prevenção.

Um outro critério de organização das AP foi acrescido à numeração: a separação segundo as prováveis pessoas a serem entrevistadas. Este procedimento foi facilitado pela indicação dos possíveis informantes, contida nos quadros das AP da DM.

A partir desse tratamento dos dados, foram elaborados seis roteiros de entrevista, compostos por 433 questões (ações de prevenção – AP) abertas e fechadas.

Cada roteiro de entrevista foi organizado em duas partes: uma, relativa aos resultados do levantamento, e outra, contendo o roteiro de entrevista propriamente dito; totalizando cinco campos a serem preenchidos. A primeira parte é composta por:

- 1 Resultados Gerais;
- 2 Avaliações;
- 3 Sugestões;
- 4 Fontes de Referências.

Destina-se ao coordenador do projeto de aplicação (profissional da saúde) das entrevistas e sintetiza os dados que obterá no final da aplicação dos roteiros de entrevista. Contém, portanto, um resumo dos resultados obtidos e indicação do material que poderá solicitar ao entrevistado ou responsável pela instituição. Após o levantamento realizado, oferece sugestões para intervenção multidisciplinar.

A segunda parte refere-se ao roteiro de entrevista propriamente dito, com instruções para preenchimento e aplicação das entrevistas. Está organizada nos seguintes tópicos:

5. Roteiro de Entrevista
 - 5.1 Identificação;
 - 5.2 Organização do local;
 - 5.3 Resultados Quantitativos;
 - 5.4 Questões de Entrevista;
 - 5.5 Complementações ao Roteiro.

A resposta para cada AP pode ser classificada em uma dessas categorias:

E – executada, quando a AP já tiver terminado, sendo considerada completa;

C – em curso, quando a AP estiver sendo implantada;

P – planejada, quando a AP for prevista ou fizer parte de planos de ação;

N – não existente, quando não existirem AP planejadas, já executadas, em curso ou abandonadas;

A – abandonada, quando a AP tiver sido planejada ou implantada, sendo abandonada após certo tempo;

I – não informada;

sendo complementada com os efeitos obtidos, quando a resposta for positiva.

Note-se que há números para identificar cada ação separadamente. Há também asterisco que determina o nível de prevenção. Essa classificação, que determinava seu funcionamento, a numeração e a identificação das AP segundo seu nível de prevenção,

5 ENUMO, S.R.F. *Prevenção de deficiência mental; uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas*. São Paulo, 1993. [Tese de Doutorado – USP]; ENUMO, S.R.F., KERBAUY, R.R. A prevenção da deficiência mental realizada por uma cidade do estado de São Paulo, nos períodos pré, peri e neonatal. *Revista de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, fev. 1994.

6 LEAVELL, H., CLARK, E.G. (org.), *op. cit.*

permitem o cálculo percentual dos dados. Pode-se, assim, indicar o(s) tipo(s) de prevenção mais defasado(s) e fazer sugestões de intervenção interdisciplinar.

Considerou-se que, após essa elaboração dos instrumentos de coleta de dados, era conveniente um pré-teste dos roteiros de entrevista, que consistiu na apresentação do projeto e do material já elaborado a um profissional da área, solicitando que os avaliasse segundo os itens: a) a pertinência do dados contidos nos roteiros de entrevista; b) a possível receptividade de um trabalho deste tipo junto aos profissionais de saúde, principalmente à classe médica; c) a extensão do material e a provável disponibilidade de tempo desses profissionais; d) a reação ao uso de gravador; e) a possibilidade de haver “resistência” por parte dos entrevistados, no sentido de se sentirem avaliados profissionalmente; f) a relevância do projeto de pesquisa como um todo. Foram solicitadas também sugestões sobre bibliografia recente na área.

Os roteiros de entrevista foram reformulados em duas situações: a) frente às sugestões e avaliações feitas pelo “juiz”, e b) após sua aplicação numa cidade de grande porte do Estado de São Paulo.⁵

RESULTADOS

O levantamento bibliográfico foi realizado em 1991, resultando em oito Quadros de Ações de Prevenção da DM, dos quais selecionou-se três como amostra: Quadros 2, 4 e 6. Todos os oito quadros contêm uma relação das ações de prevenção, com indicações de seus agentes e efeitos, segundo a classificação tradicionalmente adotada na área da saúde⁶. No geral, essas ações são passíveis de realização no âmbito da administração da saúde pública (como aquelas indicadas pela sigla “E – estado”, no Quadro 2, principalmente).

Quadro 2 - Ações de Prevenção da DM em nível de Proteção Específica, no período anterior a gestação.

NÍVEL DE PREVENÇÃO: Primária/Proteção Específica contra DM	PERÍODO: Antes da Gestação
AÇÕES DE PREVENÇÃO	EFEITOS
<p>1. (E/IEP) incentivar o estudo e controle dos problemas e circunstâncias que levam à DM nos países em desenvolvimento (1,20)</p> <p>A. (E/IEP) dar absoluta prioridade aos estudos neuroepidemiológicos, empregando definições, classificações e métodos uniformes (15)</p> <p>B. (E/IEP) compreender e controlar melhor os fatores infecciosos e imunológicos ao desenvolvimento de neuropatias (15)</p> <p>2. (IEP) treinar obstetras e neonatologistas (1)</p> <p>3. (E) executar programas de controle de natalidade (1, 18, 20)</p> <p>A. (E/PS) fornecer métodos de controle de nascimento para grupos de alto risco (1,18):</p> <ul style="list-style-type: none"> - grupos com privação cultural (1) - pais mais idosos (mãe com mais de 35 anos e pai com 40 anos ou mais) (1,18) - adolescente (14) <p>B. (E/PS/N) aconselhar que se evitem uniões consanguíneas (primos, 29,4% de chances de danos pré e pós-natais) (1,17, 18, 19)</p> <p>4. (E) realizar campanhas de vacinação para a população principalmente para doenças que provocam lesão cerebral (1, 20, 23)</p> <p>A. (E) realizar campanhas de vacinação antirubéola em meninas acima de 13 anos e mulheres que trabalham na comunidade (1,23).</p> <p>5. (E) realizar campanhas antidrogas (morfina, heroína, álcool) e antifumo (nicotina) (1)</p> <p>6. (M/D) usar de modo prudente o raio X ao fazer diagnóstico (2)</p> <p>A. (M/D) usar filmes ultrasensíveis e intensificadores de imagem nos procedimentos radiológicos (2)</p> <p>B. (M/D) usar anteparo de chumbo para o abdome -> proteção das gônadas ao tirar radiografia (1)</p> <p>7. (E) desenvolver programas e legislação específica para a prevenção de doenças do metabolismo que levam à deficiência (20)</p> <p>8. (E/PS) realizar testes de triagem em massa para diagnóstico precoce de erros inatos do metabolismo (1)</p> <p>A. (P) fazer pesquisa rotineira de fenilcetonúria em todas crianças com DM que procuram ambulatórios de pediatria (4).</p> <p>B. (P) pesquisar todas crianças saudáveis - existe fenilcetonúria sem DM (4)</p> <p>9. (E) realizar programas de educação pública sobre cuidados pré-natais e riscos de saúde, especialmente para mães em potencial, utilizando veículos de comunicação de massa, materiais impressos e outros métodos, a nível nacional e internacional (1)</p> <p>10. (E) acrescentar iodo à água das cidades localizadas em regiões carentes desta substância (2)</p>	<p>1. maior e melhor controle de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - subnutrição da gestante (1,24) - assistência perinatal ruim (1,24) - subnutrição infantil (1) - privação psicológica infantil (1) - enfermidades transmissíveis (24) - acidentes (atos de violência) (24) <p>• supre a falta de estudos e levantamentos de natureza quantitativa e qualitativa (16)</p> <p>• aumenta o pequeno volume da produção brasileira sobre deficiência, comparada a produção dos países desenvolvidos (16)</p> <p>OBS. - a maior necessidade atual reside na aplicação dos nossos conhecimentos - um problema de pesquisa em si (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • evita 1/3 das anomalias genéticas (síndrome de Down, por ex.) (1) <p>B. decréscimo de 17% na incidência de afetados por autossômicos recessivos (AR) -> erros inatos do metabolismo (EIM)) (galactosúria, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito) (1)</p> <p>A. risco desprezível de doença fatal quando engravidar (1)</p> <p>5. diminuição na incidência de lesões tóxicas do SNC (1)</p> <p>6. minimiza o montante de exposição à radiação (2)</p> <p>7. diminui a taxa de 3 nascimentos/mês de RN com fenil-cetonúria em SP (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • diminui a taxa de 10 nascimentos/mês de RN com hipotireoidismo congênito em SP (10) <p>8. determina a incidência populacional para futuros aconselhamentos genéticos (1)</p> <p>A. previne a doença nos próximos filhos, através da orientação dos pais (4).</p> <p>B. mais dados físicos sobre a doença sem DM (*)</p> <p>9. informar a população quanto às causas mais comuns e evitáveis das deficiências (1,20)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumenta a precária conscientização da sociedade quanto à problemática de deficiência (16,20) <p>10. redução de cretinismo (2)</p>
<p>LEGENDA - (N) - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA - E - ESTADO - PS - PROFISSIONAL DA SAÚDE - IEP - INST. DE ENSINO E PESQUISA - DM - DEFICIÊNCIA MENTAL - M - MÉDICO - D - DENTISTA - P - PEDIATRA MENTAL</p>	

QUADRO 4 - Ações de Prevenção Primária da DM a nível de Proteção Específica, no período Perinatal

NÍVEL DE PREVENÇÃO: Primária/Proteção Específica contra DM	PERÍODO: Perinatal
AÇÕES DE PREVENÇÃO	EFEITOS
<p>1. (IEP) aperfeiçoar as técnicas médicas (2)</p> <p>2. (E) oferecer maternidade para todos (1)</p> <p>3. (PS/M/AS) encaminhar gestantes para centros médicos de maiores recursos, dentro do espírito de regionalização da assistência perinatal (1)</p> <p>4. (AM) introduzir aparelho de ressuscitação na sala de parto (1)</p> <p>5. (AM) ter equipes permanentes nas maternidades, constituídas de obstetra, pediatra anestesista e pessoal de enfermagem convenientemente treinado e auxílio de especialista, como neurologista, quando solicitado pelo pediatra (1)</p> <p>A. (EP) melhorar as condições de parto (1)</p> <p>B. (EP) ter um perfeito entrosamento entre equipe (1)</p> <p>6. (O) fazer cesariana em parto prematuro (2)</p> <p>A. (O) evitar cesariana desnecessária (4)</p> <p>7. (O) ter cuidado no emprego de drogas analgésicas e anestésicas (1)</p> <p>8. (O) evitar, quando possível, o uso de fórceps (2, 4, 10)</p> <p>9. (O) evitar parto prolongado (período expulsivo não deve ultrapassar 2h) (4)</p>	<p>1. mais êxito em aumentar a taxa de sobrevivência de bebês prematuros (do que em preservar de danos neurológicos) (2)</p> <p>2. parto hospitalar = mais seguro (1)</p> <p>3. prevenção da hipóxia fetal (1)</p> <p>4. prevenção da prematuridade e hipóxia fetal (1)</p> <p>A. prevenção da hipóxia fetal (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • redução na taxa de 40% dos casos de PC decorrentes de assistência obstétrica inadequada (1) • redução na taxa de 7 crianças com PC para cada 100.000 pessoas/ano (2) • redução no índice de 1 a 5% dos casos DM decorrentes de lesão traumática de nascimento (2) • redução das tetraplegias e surgimento de formas menos graves de PC (formas distônicas devidas a malformações congênicas) (1) <p>B. prevenção da hipóxia fetal (1)</p> <p>6. desenvolvimento mais normal (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • redução no risco de epilepsia (2) <p>A. evita deficiência na compressão do tórax do RN, necessária para expulsão do líquido amniótico aspirado = prevenção da hipóxia fetal (4)</p> <p>7. evita efeitos deletérios da hipóxia fetal (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • diminui irritabilidade e interferências com a habituação a novos estímulos (13) • melhora interação inicial mãe-bebê (13) <p>8. diminui lesão traumática no nascimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • reduz a incidência de PC (2,4,22) <p>9. redução na taxa de 80% de casos de RN em anoxia (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • redução da síndrome humoral típica (substrato = acidose clínica) (4) <p>OBS. significa parto mal assistido e revela desconhecimento da distocia (4)</p> <p>EFEITOS GERAIS DAS AÇÕES DE PROTEÇÃO ESPECÍFICA CONTRA DM NO PERÍODO PERINATAL:</p> <p>1. 25% das mortes perinatais poderiam ser evitadas (1)</p> <p>2. causas da hipóxia fetal são perfeitamente evitáveis ou diagnosticáveis a tempo de impedir seus efeitos deletérios, desde que haja boa assistência à parturiente (4)</p>
<p>LEGENDA - (N) - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA - E - ESTADO - PS - PROFISSIONAL DA SAÚDE - EP - EQUIPE DE PARTO - M - MÉDICO - AS - ASSISTENTE SOCIAL - O - OBSTETRA - EP - INST. DE ENSINO E PESQUISA - DM - DEFICIÊNCIA MENTAL - AM - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR</p>	

QUADRO 6 - Ações de Prevenção Secundária da DM a nível de Proteção Específica, no período Neonatal

NÍVEL DE PREVENÇÃO: Secundária/ Diagnóstico Precoce da DM	PERÍODO: Neonatal
AÇÕES DE PREVENÇÃO	EFEITOS
<p>1. (O/N) identificar os fatores de risco neonatal (1,6)</p> <p>2. (E/AH/N) tornar rotina a realização de triagem em massa nos berçários para mais de 10 entidades metabólicas hereditárias (hipotirodismo congênito, galactosúria, fructosúria, glicosúria, fenilcetonúria, por ex.) (1,2,3,4,20)</p> <p>3. (N/NE/P) dar atenção especial às infecções cerebrais (meningite e septicemia) (1)</p> <p>4. (N/P) identificar de modo precoce e dar medicação imediata para controle da tireóide (2)</p> <p>5. (N/P) identificar grupos de RN com risco de hipoglicemia</p> <p>6. (N) usar boletim Apgar na avaliação do RN (1,8)</p> <p>7. (EB) anotar os comportamentos induzidos pelo stress (sofrimento fetal perinatal levando a dificuldades respiratórias durante o parto, icterícia e prematuridade) (7)</p> <p>8. (N/NE) levantar os riscos mais frequentes de distúrbios neurológicos (12)</p> <p>9. (N/P/NE) fazer seguimento de RN de alto risco para distúrbios neurológicos (8, 9, 20)</p> <p>10. (N/NE) realizar exame neurológico no RN ao nascer (4)</p> <p>11. (N) diagnosticar precocemente a síndrome de Down (2)</p> <p>OBS. - importante e necessário que as histórias clínicas dos RN em maternidades sejam completas e revelam dados concretos para aqueles que buscam informações sobre as primeiras horas de vida (4)</p>	<p>3. evita problemas neurológicos graves através do reconhecimento de intoxicação hídrica (1)</p> <p>4. evita sintomas mais graves (2) • evita sintomas físicos, não os mentais (2)</p> <p>6. diagnóstico precoce de hipóxia fetal (1,8)</p> <p>7. diminui possíveis complicações no processo posterior de aprendizagem</p> <p>9. instituição pronta de medidas terapêuticas (9) • melhor recuperação do RN (9) • melhor orientação dos pais (9)</p>
<p>LEGENDA – (N) - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA – E - ESTADO – P - PEDIATRA – N - NEONATOLOGISTA – NE - NEUROLOGISTA – EB - ENFERMEIRA DE BERCÁRIO – DM - DEFICIÊNCIA MENTAL – AH - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR – O - OBSTETRA.</p>	

Após a elaboração dos quadros, o tratamento desses dados, na construção dos roteiros de entrevista, possibilitou especificar: 1) os locais de aplicação, 2) a distribuição das ações de prevenção pelos períodos pré, peri e neonatal e níveis de prevenção, e 3) os seis roteiros de entrevista.

- 1) Locais de aplicação. Decorrente do tipo de informante que detinha a informação, os roteiros de entrevista elaborados para serem aplicados em seis locais:

1. Secretaria Municipal de Saúde- 83 AP;
2. Centro de Saúde- 138 AP;
3. Maternidade- 209 AP, relativas aos atendimentos: Pré-natal – 120 AP; Perinatal – 15 AP; Neonatal – 49 AP; Berçário – 28 AP.

Segundo o local de coleta de dados, portanto, praticamente a metade das 433 AP podem ser levantadas junto à Maternidade (49% = 212 AP), ficando o Centro de Saúde com 32% (138 AP) e a Secretaria de Saúde com 19% (83 AP) (vide Gráfico 3).

- 2) Em termos gerais, as 433 ações de prevenção foram assim distribuídas:
 - a) segundo o período de ocorrência, a grande maioria das AP concentra-se no período pré-natal (73% = 317 AP), sendo seguida pelos períodos neonatal e perinatal, em ordem decrescente (vide Gráfico 1);
 - b) segundo o nível de prevenção, as 433 AP são classificadas, principalmente, na categoria de Prevenção Primária (338 AP), em termos de Proteção Específica contra a DM (66% = 286); com distribuição quase equitativa entre as demais categorias (vide Gráfico 2).

GRÁFICO 1 - Distribuição de AP por Período de Ocorrência

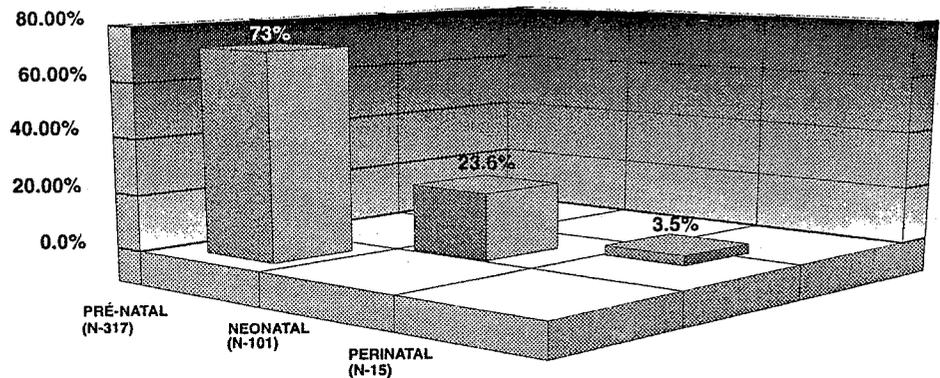
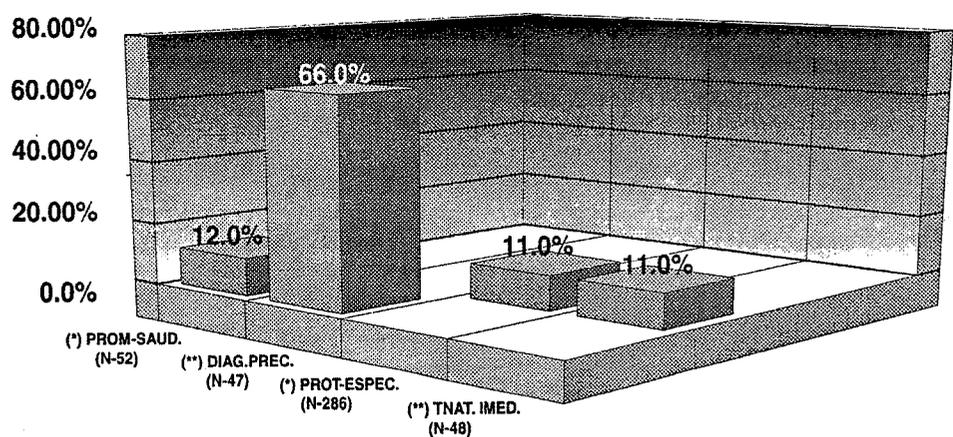
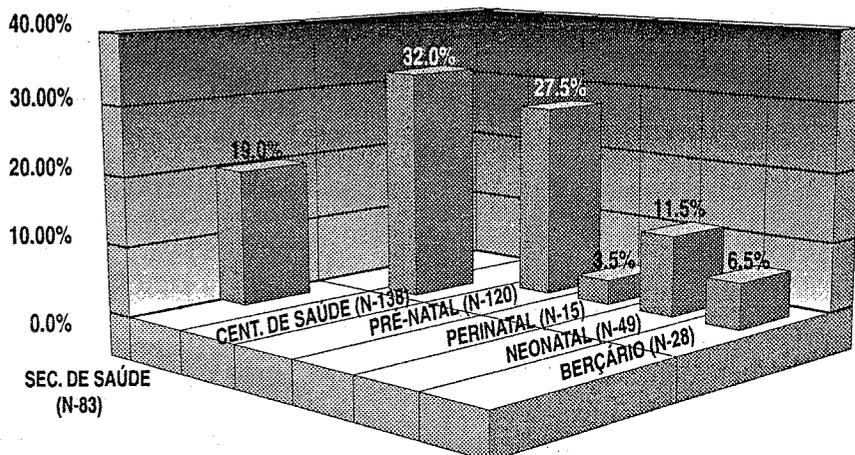


GRÁFICO 2 - Distribuição de AP da DM por Nível de Prevenção de P



Prevenção primária (N=333) - Prevenção Secundária (N=96)

GRÁFICO 3 - Distribuição de AP da DM por Local



A distribuição, que aparece nos Gráficos 1 a 3, mostra que os Roteiros de Entrevista foram elaborados com questões dirigidas especificamente para o período e nível de prevenção mais precoces, e para o local que poderia ter uma atuação mais intensiva: a Prevenção Primária, em nível de Proteção Específica contra a DM, realizada no período Pré-natal, por uma Maternidade.

- 3) Os seis roteiros de entrevista, relativos a cada local de aplicação, dada sua extensão, serão apresentados em publicação posterior. Um exemplo do Roteiro de Entrevista é o nº 6, sobre Estimulação Precoce no Berçário.

PARTE I - RESULTADOS DO LEVANTAMENTO SOBRE AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA–TRATAMENTO IMEDIATO–CONTRA A DEFICIÊNCIA MENTAL, A NÍVEL NEONATAL, REALIZADO JUNTO AO BERÇÁRIO DA MATERNIDADE ...

autor(es):

data:

local:

Instruções para elaboração do relatório final:

Este relatório deverá: a) conter uma leitura dos itens registrados no protocolo de entrevista em anexo, seguindo a mesma estrutura deste; b) apresentar uma análise preliminar dos dados nos tópicos “Avaliações” e “Sugestões”; c) incluir informações sobre o procedimento e local de coleta de dados para uma melhor localização do material obtido.

Os dados sobre a Prevenção Secundária contra a Deficiência Mental – Tratamento Imediato na situação de estimulação precoce no berçário – a nível neonatal (0 a 28 dias), realizada pela Maternidade ..., foram coletados no período Foi gravada/anotada entrevista(s) com: ... Coletou-se/não foi coletado material escrito (fichas, roteiros) utilizados na rotina dos serviços; e foram/não foram mostradas as instalações do berçário.

Descrição do Atendimento Neonatal no Berçário da Maternidade ...: localização, vinculação administrativa e funcionamento:

1. Dados obtidos no Levantamento das Ações de Prevenção Secundária – Tratamento Imediato – Estimulação Precoce, a nível Neonatal, realizadas pelo Berçário da Maternidade...

Existem 28 ações de Prevenção Secundária contra a Deficiência Mental, segundo levantamento da literatura da área, que podem ser realizadas no período neonatal, através de estimulação precoce do recém-nascido, em especial para aqueles que necessitam de um tempo maior de internação logo após nascimento. O berçário da Maternidade ... realiza ...% (...) dessas AP a nível de Tratamento Imediato; deixando de executar% (...) das AP, como se vê na Tabela I.

Tabela I – Total de Ações de Prevenção Secundária contra a Deficiência Mental – Tratamento Imediato – Estimulação Precoce Neonatal, identificadas no Berçário da Maternidade...						
Ações e Níveis de Prevenção	Executadas	Em curso	Planejadas	Não existentes	Abandonadas	Não Informadas
Secundária- Tratamento Imediato da DM (****)						
Total = 28						
%						
(Obs. - Estes dados podem ser apresentados na forma de gráficos).						

- 1.1. AP da DM executadas, em curso e planejadas, a nível de Tratamento Imediato- Estimulação Precoce no Berçário da Maternidade ... (****)
- 1.2. AP da DM não o existentes, abandonadas e não o informadas, a nível de Tratamento Imediato- Estimulação Precoce no Berçário da Maternidade ... (****)
2. Avaliações feitas a partir do Levantamento sobre AP da DM a nível de Estimulação Precoce Neonatal, realizado no Berçário da Maternidade... (colocar em fl. à parte)
3. Sugestões para a Prevenção Secundária da DM, a nível de Tratamento Imediato – Estimulação Precoce no Berçário, feitas a partir do Levantamento realizado no Berçário da Maternidade... (colocar em fl. à parte)
 - 3.1. A nível de planejamento ambiental:
 - 3.2. A nível de organização do serviço:
4. Fontes de Referência (colocar em fl. à parte)
 - 4.1. Estatuto/regimento/normas:
 - 4.2. Folhetos:
 - 4.3. Modelos de programas de prevenção:
 - 4.4. Outras referências:

PARTE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA Nº - Estimulação Precoce no Berçário

Instruções para aplicação do roteiro de entrevista:

1. Os dados sobre as ações de prevenção (AP) da DM a nível neonatal, na situação de berçário hospitalar, devem ser coletados através de entrevista com o profissional de saúde (terapeuta desenvolvimentista, pediatra, enfermeira, por exemplo) responsável por este tipo de atendimento.

2. Gravar a entrevista sempre que possível. SIM () NÃO O ()
3. Observar a execução dos serviços sempre que possível. SIM () NÃO O ()
4. Solicitar material:
 - a) ficha neonatal ()
 - b) programa de estimulação precoce neonatal ()
5. Especificar para cada AP citada:
 - a) motivos para sua execução ou não;
 - b) efeitos das AP realizadas;
 - c) formas de avaliação das AP (tipos de medidas, critérios);
 - d) dificuldades.

Obs.- a) para campanhas/programas amplos acrescentar:

- órgãos envolvidos;
- tipos de profissionais envolvidos;
- número de pessoas;
- período;
- duração;
- população-alvo;

b) indicar as fontes de referências, quando necessário.

5. Assinalar para cada item:

- (E) Executada – quando a AP já tiver sido executada;
- (C) em Curso – quando a AP estiver sendo implantada;
- (P) Planejada – quando a AP for prevista ou fizer parte de planos de ação;
- (N) NÃO – quando não o existirem AP planejadas, já executadas, em curso ou abandonadas;
- (A) Abandonada – quando a AP tiver sido planejada ou implantada, sendo abandonada após certo tempo;
- (I) dado não Informado.

Legenda:

m – órgão municipal e – órgão estadual p – instituição particular ps- profissional da saúde o – obstetra

não – neonatologista p – pediatra ah – administração hospitalar

* = prevenção primária/promoção da saúde

** = prevenção primária/proteção específica contra DM

*** = prevenção secundária/diagnóstico precoce

**** = prevenção secundária/tratamento imediato

(F) = informação impressa em ficha

(+) = quando há mais informações sobre a AP no final.

I. Identificação do Berçário

Nº:

data:

horário:

duração:

entrevistador:

- 1.1. Instituição:
- 1.2. Local:
- 1.3. Entrevistado(s):
- 1.4. Cargo/função do(s) entrevistado(s):
- 1.5. Natureza da instituição:
estadual () municipal () particular ()
- 1.6. Dependência administrativa:
- 1.7. Localização da instituição na comunidade:

2. Organização do Berçário

- 2.1. Organograma (colocar em anexo):
- 2.2. Tipos de serviços prestados:
- 2.3. Clientela:
- 2.4. Encaminhamento da clientela:
- 2.5. Fontes de manutenção (subvenções, convênios, doações):
- 2.6. Designação de responsabilidades e delegação de autoridade:
- 2.7. Estatutos, regimento interno, normas e instruções relativas ao funcionamento do estabelecimento:

3. Resultados Quantitativos da Estimulação Precoce no Berçário

- 3.1. N
- 3.2. período das entrevistas:
- 3.3. AP Secundária/Tratamento Imediato (****): Total= 28 já executadas (E): % =
 - em curso (C): % =
 - planejadas (P): % =
 - Subtotal:..... %
 - não existentes (NÃO): % =
 - abandonadas (A): % =
 - não informadas (I): % =
 - Subtotal:..... %

4. Roteiro de Entrevista N° 6 - Estimulação Precoce no Berçário (ps/n)

4.1. N° de internações/mês:.....(para.....partos/mês=.....%

4.2. N° de altas/mês:

4.3. Fatores que determinam risco e internação:

4.4. Problemas médicos mais freqüentes:

4.5. Fatores que influem na melhora do quadro clínico:

4.6. Rotina de atendimento no berçário:

4.7. Tipos de atendimentos durante a internação:

4.8. Seguimento dos casos com seqüelas neonatais:

Freqüência de seqüelas por anoxia: .../mês.

4.9. Dificuldades no serviço:

Obs.- Solicitar explicação da ficha neonatal. 4.10. Relação de AP a serem levantadas:

4.10. Relação de AP a serem levantadas:

- 1 **** 1. correção dos efeitos do stress (dificuldades no nascimento) no berçário, por estimulação precoce programada ()
- 2 **** 2. terapia intensiva em RN prematuros de MBP ()
- 3 **** 2.1. observação de dicas do RN sobre sua organização (estado de agitação, coloração da pele, por exemplo) ()
- 4 **** 2.2. avaliação do comportamento de autoregulação do RN (sono, alimentação, por exemplo) ()
- 5 **** 2.3. manipulação do ambiente do RN ()
- 6 **** 2.3.1. cuidado com o excesso de manipulação do bebê ()
- 7 **** 2.3.2. localização adequada do berço/incubadora ()
- 8 **** 2.3.3. manutenção freqüente das incubadoras () - freqüência: ()
- 9 **** 2.3.4. humanização do ambiente (decoração adequada) ()
- 10**** 2.3.5. diferenciação dia-noite ()
- 11**** 2.4. intervenções/orientações programadas para as atendentes/enfermeiras nas manipulações de rotina (banho, pesagem), visando estimular sensorial e socialmente o bebê, sem excessos de movimentação ()
- 12**** 2.5. estimulação oral e de alimentação do RN ()
- 13**** 2.5.1. avaliação da prontidão para ser alimentado ()
- 14**** 2.5.2. uso de mini chupeta ortodôntica + sucção do dedo mínimo do adulto + sonda ()
- 15**** 2.5.3. local aconchegante para alimentação ()
- 16**** 2.5.4. intervalos adequados para a alimentação (programar horários da rotina de manipulação de forma a deixar o bebê descansar) ()
- 17**** 2.6. estimulação visual programada ()

- 18**** 2.7. estimulação auditiva programada ()
- 19**** 2.8. estimulação tátil cinestésica programada ()
- 20**** 2.9. estimulação multimodal e social programada ()
- 21**** 2.10. programa de intervenção junto à família do RN de MBP ()
- 22**** 2.10.1. critérios para encaminhamento para terapia ()
- 23**** 2.10.2. orientação aos pais sobre como entender e manipular o RN ()
- 24**** 2.10.3. programa individualizado e flexível ()
- 25**** 2.11. planejamento de alta hospitalar, com orientação aos pais e encaminhamentos ()
- 26**** 2.12. programa de seguimento após alta ()
- 27**** 2.13. orientações quando houver alterações do quadro clínico ()
- 28**** 3. serviços de dinâmica de grupo para equipe de atendimento ao RN MBP ()

5. **Complementações ao Roteiro N c, d, para cada AP identificada e observações)**

DISCUSSÃO

Em termos de metodologia, a elaboração dos Quadros de Ações de Prevenção traz uma proposta de organização da bibliografia disponível sobre prevenção da Deficiência Mental. Considera-se, ainda, que essa proposta pode ser aplicada a outros conteúdos relacionados às demais deficiências e mesmo às doenças em geral, pois a entrevista, organizada a partir desses quadros, permite uma verificação aprofundada das variáveis envolvidas na prevenção.

As atividades descritas ultrapassam um levantamento bibliográfico, pois incluem a categorização das AP encontradas na literatura, segundo os critérios descritos. A adequação ou pertinência desses dados foi avaliada na aplicação-piloto dos roteiros de entrevista, gerados a partir dos quadros em questão, e após sua aplicação numa cidade do estado de São Paulo.⁷

Esses oito Quadros de Ações de Prevenção da DM, portanto, resumem e tornam disponível um conhecimento sistematizado, descrevendo o que pode ser feito no campo da prevenção da Deficiência Mental, por quem, em que época do desenvolvimento, e os prováveis efeitos das ações preventivas. O conteúdo dos quadros, a ser transformado em roteiros de entrevista, resultou em ações que poderiam ser implantadas no nível de prevenção mais precoce e, geralmente, na maternidade.

Os Roteiros de Entrevista apresentam também uma característica relevante: os dados levantados podem servir de base para a proposição de sugestões de intervenção multidisciplinar. Não se restringem, portanto, a um simples levantamento de dados, pois têm implicações práticas.

A classificação das AP em níveis de prevenção e sua numeração permitem o cálculo percentual e sua visualização gráfica, identificando as áreas mais defasadas, seja em termos gerais do município pesquisado ou em nível de partes do sistema de

saúde (centros de saúde como um todo ou individualizados, maternidades e seus serviços de pré-natal, atendimento ao parto e neonatologia). Sua organização possibilita, assim, uma comparação periódica das ações preventivas.

A aplicação dos roteiros de entrevista numa cidade do estado de São Paulo, pelo pesquisador⁸, permitiu constatar que são fáceis de aplicar, principalmente com a utilização do gravador e o preenchimento de vários itens pelo entrevistado. O entrevistador, sendo psicólogo, possuía conhecimento prévio dos itens e da forma de preenchimento; sendo prescindíveis conhecimentos sobre medicina fetal, por exemplo. Pode-se, assim, considerar viável o treino de alunos que já tenham tido experiência com técnicas de entrevistas.

A aplicação da entrevista e a análise dos resultados possibilitam a tomada de decisões no campo da prevenção da DM, com base na realidade local, no conhecimento de Medicina e outras ciências sobre cada um dos itens, além evidentemente de uma decisão no nível de valores pessoais e políticos. Ou seja, os seis roteiros de entrevistas, abrangendo os diversos informantes e locais, possibilitam conhecer as ações preventivas que estão sendo executadas, planejadas, aquelas que foram abandonadas e as não existentes; indicam também as variáveis provavelmente relacionadas a estas ações. Esses roteiros de entrevista permitem identificar não só as ações de prevenção existentes ou não, mas também os níveis de prevenção (primária/secundária) mais defasados e os períodos (pré, peri ou neonatal) menos atendidos, através de dados percentuais, gráficos e indicações de intervenção interdisciplinar. Metodologicamente, este é o principal produto da pesquisa em questão, pois são instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados em qualquer cidade ou município, com baixo custo e em pouco tempo, exigindo poucas pessoas para sua aplicação e contando com programas de informática para facilitar a análise dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL/COORDENADORIA PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CORDE). *Plano nacional de ação conjunta para integração da pessoa deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial, julho de 1986. (mimeo.)
- ENUMO, Sônia R.F. *A formação universitária em educação especial – deficiência mental – no estado de São Paulo; suas características administrativas, curriculares e teóricas*. São Carlos. 1985. [Dissertação de mestrado – UFSCar]
- ENUMO, S.R.F. O Ensino de Psicologia nas habilitações para professores de deficientes mentais-SP. Comunicação livre feita na XVI Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto, 1986.
- ENUMO, S.R.F. *Prevenção de deficiência mental; uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas*. São Paulo. 1993. [Tese de Doutorado – USP]

8 Cf. nota anterior

- ENUMO, S.R.F., KERBAUY, R.R. A prevenção da deficiência mental realizada por uma cidade do estado de São Paulo, nos períodos pré, peri e neonatal. *Revista de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, fev. 1994.
- KRYNSKI, S. (org.). *Novos rumos da deficiência mental*. São Paulo: Sarvier, 1983, 281p.
- LEAVELL, H., CLARK, E.G. (org.). *Medicina preventiva*. Trad. Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaume e Uraci Sim Ramos. São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: Fename, 1976.
- ROBINSON, H.B., ROBINSON, N.M. Retardamento Mental. Em P.H. MUSSEN (org.). *Carmichael – Psicologia da Criança*. São Paulo: EPU, 1975, v. 10, p. 171-305.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS QUADROS

- KRYNSKI, Stanislaw (org.). *Novos rumos da deficiência mental*. São Paulo: Sarvier, 1983.
- TELFORD, C.W., SAWREY, J.M. *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, cap. 7, 8, 9 e 13.
- ROBINSON, H.B., ROBINSON, N.M. *Retardamento mental*. São Paulo: EPU, v. 10, 1975, p. 1-75. Em: P.H. MUSSEN (org.). *Carmichael – psicologia da criança*, v. 10.
- KRYNSKI, S. (org.). *Deficiência mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969, cap. 1, 2, 8, 9, 10, 11 e 15.
- BIRCH, H.G. A saúde e a educação das crianças socialmente desfavorecidas. Em BEE, H. (org.). *Psicologia do desenvolvimento: questões sociais*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979, p. 223-240.
- BARNARD, K. E., ERICKSON, M.L. A responsabilidade da enfermeira. Em *Educação de excepcionais – 4ª parte – como educar crianças com problemas de desenvolvimento*. 3ª ed. Porto Alegre: Globo, 1982, p. 188-205.
- FLEMING, J.W. *A criança excepcional: diagnóstico e tratamento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 57-98.
- GHERPELLI, J.L.D. Seguimento neurológico de recém nascidos de alto risco. Em: DIAS, T.R.S., MENDES, E.G., DENARI, F.E., REIS, M.J.D., COSTA, M.P.R. (org.). *Temas em educação especial 1*. São Carlos: UFSCar, 1990, p. 55-59.
- MEYERHOH, P.G. O neonato de risco – proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. Em: KUDO, A.M. (org.) *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1990, 246-276.
- APAE desenvolve programa para testes em recém-nascidos. *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, v. 41, p. 85-87, 1986/87.
- MATOS, M.A. Ambiente e desenvolvimento infantil. *Pediatria Moderna*, v. 18, n. 5, p. 283-288, out. 1983.
- Uso eleva ruído de incubadora, diz empresa. *Jornal Folha de São Paulo*, 01/09/1991, caderno 4, p. 14.
- ALENCAR, E.M.S. *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis: Vozes, 1982, p. 62-70.
- NUNES, L.R.O.P. Prevenção da excepcionalidade: intervenção psicoeducacional com mães adolescentes e seus bebês de alto risco. Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq (proc. 407919/85 Ph.)
- OMS/ONU – *Neuropatias periféricas*. Report of the study Group on Peripheral Neuropathies – Technical Report Serie, 1980, v. 654. Tradução do original em inglês pelos Laboratórios Sintofarma S.A.

- REINTEGRA. Rede de Informações Integradas sobre Deficiências – projeto de implantação. São Paulo: USP-CECAE/AMANKAT, 1990.
- OTTO, P.A. Estimativas de riscos de doença genética na prole de primos em primeiro grau. *Ciência e Cultura*, v. 41, n. 5, p. 471-474, mai. 1989.
- FROTA PESSOA, O. O dano na prole de primos e de casais de 35 anos ou mais. *Ciência e Cultura*, v. 41, n. 5, p. 474-483, mai. 1989.
- FREIRE-MAIA, N. Pequena história dos estudos sobre uniões consanguíneas, com exemplos de populações brasileiras. *Ciência e Cultura*, v. 41, n. 5, p. 483-489, mai. 1989.
- BRASIL/COORDENADORIA PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CORDE). *Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial, julho de 1986. (mimeo)
- SÃO PAULO. Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. Manual de orientação para atendimento à deficientes mentais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental. São Paulo, *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, janeiro a dezembro de 1985, v. 45, suplemento n
- SÃO PAULO. Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, janeiro 1982 a dezembro 1983, v. 43, n
- UNESCO debate educação especial. *Revista Pestalozzi*, p. 11-28, 1980.
- OMS/ONU. Prevención de incapacidades y rehabilitación. *Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación*, Ginebra: Série de Informes Técnicos, v. 668, 1981.
- LEAVELL, H., CLARK, E.G. (org.). *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill; Rio de Janeiro: FENAME, 1976, p. 1136.
- FRAZÃO, M.F. (org.). Aspectos etiológicos de problemas da infância. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v. 58, n. 127, p. 44-50, 1972.
- SCOTT, K.G., CARRAN, D.T. The epidemiology and prevention of mental retardation. *American Psychologist*, v. 42, n. 8, p. 801-804, aug. 1987.
- LAFFONT, A. (org.) *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Pédiatrie-I*. Paris: Techniques, 1978, p. 4002, F 50.
- Este artigo faz parte de tese de doutorado apresentada ao IPUSP com subvenção da CAPES (PICD).