

COMO PREVENIR A DEFICIÊNCIA MENTAL EM SAÚDE PÚBLICA

SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO⁽¹⁾

Universidade Federal do Espírito Santo

Adotando o modelo operante para análise do comportamento (Skinner, 1978, 1993), procuramos elaborar uma metodologia para avaliar a ocorrência de ações preventivas da Deficiência Mental (DM) em serviços de atendimento público à saúde de gestantes e recém-nascidos (Enumo, 1993; Enumo e Kerbauy, 1994, 1995). Mais especificamente, um dos objetivos do presente trabalho foi elaborar uma metodologia que permitisse identificar as ações preventivas e seus efeitos em vários níveis de atuação. É evidente que 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.

Estávamos frente a alguns desafios de análise: quem seria o sujeito da ação; qual o critério para avaliação de conseqüências funcionalmente relacionadas a essa ação; a terminologia corrente na área, diferente daquela utilizada pela análise comportamental; iríamos ter relatos verbais como dado de pesquisa; a unidade de análise teria que ser ampliada para o comportamento de grupos populacionais ao invés de unidades de resposta individuais; fatores de risco comportamentais teriam que ser identificados. Por fim, era este um típico problema com caráter interdisciplinar: a Deficiência Mental (DM), como um fenômeno multideterminado, mal delimitado e sem um modelo teórico único ou consensual que o explique (Bijou, 1963, cf. Robinson e Robinson, 1975), justamente por não ser uma entidade nosológica; e sua prevenção, dependente de ações integradas, multi e interdisciplinares.

Era este também um caso de Saúde Pública, dada a prevalência na população brasileira - 5 a 10% da população, segundo estimativas da OMS (1981) e

⁽¹⁾ Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento - Mestrado em Fundamentos Evolutivos e Sociais do Comportamento - Centro de Estudos Gerais - Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.
Endereço residencial: av. Saturnino Rangel Mauro, 275, Jardim da Penha, Vitória, ES, CEP 29060-770, Fone: (027) 227-7318.
Endereço da UFES: av. Fernando Ferrari, s/n, Goiabeiras, Vitória, ES, CEP 29060-900, telefax: (027) 335-2501.

de autores da área (Krynski, 1983; CORDE², 1986) – e sua incidência principalmente nas camadas mais pobres. A DM se apresenta, assim, como um problema de âmbito nacional, com repercussões na vida econômica, social, cultural, familiar e pessoal de um grande contingente de pessoas.

Como tentamos resolver essas dificuldades metodológicas será exposto ao longo desta exposição.

Antes, porém, é importante definir previamente alguns conceitos básicos para melhor localizar o conteúdo que será apresentado. Esses esclarecimentos iniciais se fazem necessários diante de dificuldades que psicólogos e profissionais da saúde encontram em identificar esse tipo de trabalho como vinculado e derivado da Psicologia. Parte dessas dificuldades se encontra, segundo análise feita por Stone (1987, cf. Winet, King e Altman, 1989), no fato de os psicólogos, em geral, não se interessarem pela influência ou efetividade das políticas públicas. Em outros termos, as pesquisas em Psicologia da Saúde têm focalizado os processos de cuidados profissionais com a saúde, bem como as pessoas, cuja saúde é utilizada como dado. São pesquisas que utilizam amostras pequenas e não adotam abordagens de saúde pública ou comunitária.

Isso posto, vamos definir o campo em que estamos: é o da Saúde Pública, que inclui muitas disciplinas: medicina, psicologia, enfermagem, educação especial, nesse caso em particular, entre outras. Reside aqui a primeira característica (e dificuldade) desse campo: a interdisciplinaridade. Psicólogos são treinados para compreender e mudar comportamentos, podendo estender sua atuação em pequena escala para intervenções na sociedade em geral, ao trabalhar com profissionais do campo da saúde pública. Estes, por sua vez, são especialistas em epidemiologia, análise de sistemas e mudanças sociais em larga escala, e teriam muito a ganhar com a incorporação dos princípios da psicologia em seus trabalhos, segundo Winet, King e Altman (1989).

Como já citamos, dentro da Psicologia, há um nome para essa tipo de intervenção interdisciplinar- é a Psicologia da Saúde, definida por Matarazzo (1980, cf. Winet, King e Altman, 1989), há 15 anos, como:

... o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da área da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação de etiologias e diagnósticos correlatos com a saúde, doença e disfunções relacionadas, e análise e promoção do sistema de cuidados com a saúde e formação de políticas de saúde. (p. 18)

² Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente.

E para compor essa proposta de integração, podemos considerar que estamos também falando de Medicina Comportamental, assim definida por Schwartz & Weiss (1978, cf. Winet, King e Altman, 1989:

... o campo interdisciplinar relativo ao desenvolvimento e integração dos conhecimentos e técnicas das ciências comportamental e biomédica, relevantes à saúde e à doença, e relativo à aplicação desse conhecimento e dessas técnicas à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (p. 18)

Assim identificado o campo em que se localiza esse trabalho, temos que explicitar uma outra característica definidora do mesmo. Trata-se da questão da prevenção.

As intervenções preventivas podem assumir duas perspectivas: clínica, relativa ao bem-estar do paciente, ou seguir a perspectiva da saúde pública, cujo foco está no bem-estar da comunidade (Hovell, Kaplan e Hovell, 1991).

Independente do sujeito-alvo da ação preventiva, comumente são utilizados procedimentos de aconselhamento, também chamados de "serviços cognitivos", em contraposição ao tratamento médico ou farmacológico. Esses procedimentos seguem basicamente duas abordagens teóricas: o modelo de crenças sobre saúde, que enfatiza mudanças no conhecimento e atitudes como pré-requisitos para a mudança comportamental; gerando procedimentos educacionais, com o fornecimento de informações, e procedimentos de aconselhamento, que visam a persuadir as pessoas a reavaliarem os custos e benefício (Hovell, Kaplan e Hovell, 1991). Ou se relacionam à teoria do comportamento operante, que não assume mediadores cognitivos para o comportamento, mas focaliza variáveis discretas do ambiente, através da análise de contingências e esquemas de reforçamento e controle de estímulo (Skinner, 1978; 1993).

Segundo avaliação de Millenson e Leslie (1979, cf. Hovell, Kaplan e Hovell, 1991), essa teoria pode ser incorporada à medicina preventiva, permitindo a criação de um modelo de serviço preventivo mais sofisticado. A título de ilustração da aplicação dessa teoria em nível macro, Hovell, Kaplan e Hovell (1991) fazem uma análise comportamental dos serviços preventivos na área da saúde pública dos E.U.A., levantando hipóteses sobre os motivos pelos quais a medicina preventiva não é praticada em maior escala. São identificados fatores, entre outros, como a falta de treino nas escolas de medicina em habilidades de aconselhamento, ou de treino discriminativo para diferenciar entre aconselhamentos efetivos e não efetivos, ou mesmo falta de treino em técnicas de modificação de comportamento; os motivos de ordem econômica são também analisados, inclusive em termos de usuários de sistemas de convênios médicos e de seguros-saúde; o custo de resposta para o clínico; as reações do usuário

diante das indicações de mudanças de estilo de vida; e o tipo de *feedback* existente nas intervenções em saúde pública. São propostas soluções como, por exemplo, o pagamento por serviços preventivos; o estabelecimento de políticas governamentais (ou procedimentos de controle de contingências) e conseqüências legais relacionadas à punição dos clínicos que deixem de realizar serviços preventivos a alguma subpopulação, como o caso de gestantes de alto risco. Estas são normalmente encontradas nas camadas mais pobres da população e dependentes do sistema de saúde do governo; e a pobreza é considerada de alto risco para praticamente todas as doenças e para a mortalidade da população.

Vejamos, então, as soluções adotadas para resolver os desafios apontados inicialmente.

A avaliação comportamental pôde ser aqui considerada, pois uma de suas funções, segundo Kanfer e Phillips, 1975, é a "... *determinação dos recursos sociais e pessoais, e das habilidades disponíveis para serem usados no programa terapêutico, bem como das limitações e obstáculos na pessoa e no ambiente ...* "; (p. 59) não se limitando a propósitos terapêuticos, mas tendo também aplicações na seleção e treinamento de pessoal, estimativa administrativa ou estatística, decisões legais e em pesquisas (Keefe, Kopel e Gordon, 1980). Nesses casos, são necessárias mudanças na unidade de análise e na escolha da variável independente (Mischel, 1968, cf. Nucci, 1979).

Dada a natureza interdisciplinar do trabalho, tínhamos que levar em consideração a terminologia em uso na medicina, em especial na área de prevenção. Decidimos manter essa terminologia para uma melhor comunicação com outros profissionais da área, adotando a proposta tradicional e didática de Leavell e Clark (1976), "(...) *tem grande valor didático. Facilita, ao trabalhador de saúde, a análise de seus instrumentos e de sua atuação diante de um problema de saúde qualquer. (...)*" (p. 69). Esta proposta divide as ações preventivas em seis fases, organizadas em três níveis: 1º) Promoção de Saúde, 2º) Proteção Específica, que, juntas, correspondem à "Prevenção Primária"; 3º) Diagnóstico Precoce, 4º) Tratamento Imediato, 5º) Limitação do Dano, que correspondem à "Prevenção Secundária"; e 6º) Reabilitação, correspondendo à "Prevenção Terciária".

Segundo Krynski (1983), a Prevenção Primária da DM visa a promover a saúde mental e diminuir os riscos de distúrbios mentais na população infantil, por interferência de fatores patogênicos, biopsicossociais, antes do aparecimento de patologias identificáveis.

As ações de prevenção primária resultam, de acordo com a proposta epidemiológica de Scott e Carran (1987), em poucos indivíduos que nasceriam mentalmente retardados ou que se tornariam retardados mais tarde.

O ponto central para se definir e classificar as diversas ações em saúde, segundo essa proposta em prevenção, está na clara especificação do objeto de estudo: a doença/problema escolhido para estudo. O aparecimento ou não do problema é o marco delimitador entre a Prevenção Primária e a Secundária; ou seja, a Prevenção Primária visa a evitar o surgimento do problema e a Secundária existe a partir do momento em que o problema já aconteceu e foi precocemente identificado e prontamente atendido. As medidas a serem adotadas para a Prevenção Secundária da DM envolvem:

a) no período pré-natal- tratamento daquelas doenças que, quando prontamente tratadas, não causam deficiências ao embrião/feto, como, por exemplo, a sífilis e a toxoplasmose;

b) no período perinatal- o pronto-atendimento a problemas detectados no parto como anoxia neonatal, baixo peso ao nascimento, dificuldades respiratórias, por exemplo;

c) no período neonatal- a identificação dos fatores de risco neonatal, a triagem em massa em berçários para erros inatos do metabolismo, a avaliação neurológica do recém-nascido, entre outras;

d) no período pós-natal- programas de detecção precoce e triagem populacional, a fim de identificar crianças em risco para a DM, o pronto-atendimento a doenças do bebê e da criança, visando a obter a cura ou a menor seqüela possível.

A "Prevenção Terciária", por sua vez, se refere aos procedimentos de reabilitação a serem implantados quando as incapacidades decorrentes da doença estiverem instaladas. Promove o ajustamento de condições irremediáveis, amenizando algumas complicações ou a perda da função (Leavell e Clark, 1976; Scott e Carran, 1987).

Ainda com esse objetivo de padronizar a linguagem, os termos "resposta" ou "comportamento", ou mesmo "medidas preventivas" foram substituídos por "ação preventiva" (AP), por ser de uso corrente na área e ter também uma conotação mais operacional. O mesmo foi decidido em relação ao termo "conseqüência" (o terceiro termo da "análise funcional- antecedente-resposta-conseqüência"), que foi substituído por "efeito" da ação preventiva, pelas mesmas razões anteriores.

Assim, ao nos propormos a realizar uma avaliação comportamental nessa área, consideramos relevante organizar as ações preventivas da DM, passíveis de realização nos períodos pré-natal, perinatal (durante o parto) e neonatal, de acordo com esse sistema classificatório. Os dados estão disponíveis na forma de oito quadros de ações de prevenção e de seis roteiros de entrevistas,

para levantamentos em secretarias municipais e estaduais de saúde, centros de saúde e maternidades (Enumo, 1993; Enumo e Kerbaux, 1995).

Esses quadros e roteiros de entrevista contêm questões sobre a intervenção preventiva mais precoce e diretamente dirigida às gestantes e recém-nascidos que pode ser realizada pelas maternidades, através dos atendimentos pré-natal, obstétrico e neonatal, como indicam os estudos sobre efeitos das ações preventivas nesse período de 10 meses (gestação e primeiro mês de vida) (Enumo, 1993; Enumo e Kerbaux, 1994, 1995). Essas questões estão baseadas em pesquisas, como, por exemplo, sobre a relação existente entre prematuridade, taxa de mortalidade perinatal e o número de consultas, como o citado por Laffont (1972), demonstrando que esta taxa de mortalidade diminuía de 63,3% para 5,7%, e a porcentagem de bebês prematuros (37 semanas ou menos) também era reduzida de 15% para 3%, entre as mulheres que fizeram nove ou mais consultas no pré-natal em relação àquelas que não fizeram nenhuma consulta. A relação entre o peso materno e o peso do recém-nascido também foi demonstrada por pesquisadores brasileiros, indicando que a gestante deveria atingir, ao final da gravidez, mais de 60 Kg, independentemente de sua altura, para que o bebê nascesse com mais de 3 Kg (Faúndes, 1988). Ainda, segundo Krynski (1983) e Frota-Pessoa (1989), o controle de natalidade, através do aconselhamento familiar para grupos de alto risco para a DM (grupos com privação cultural, mães com mais de 35 anos e pais com mais de 40 anos, gestantes adolescentes), ajudaria a evitar cerca de um terço das anomalias genéticas, inclusive a Síndrome de Down. Ainda em termos de prevenção de distúrbios genéticos, a triagem de erros metabólicos ajudaria a diminuir a taxa de 3 nascimentos/mês com fenilcetonúria e de 10 nascimentos/mês de hipotireoidismo congênito somente na cidade de São Paulo, segundo dados da APAE (Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental, 1986/87). Em relação à questão nutricional, Krynski (1969, 1983) e a CORDE (1986) afirmam que o controle e a suplementação nutricional da gestante poderia evitar a amênia nutricional causada por lesões anóxicas do SNC.

Esses são alguns exemplos de ações que foram demonstradas como podendo ser realizadas no período pré-natal, havendo também outras que, se implantadas durante o parto, poderiam, não só evitar 25% das mortes perinatais, mas impedir os efeitos deletérios da hipóxia fetal (Krynski, 1969, 1983). O controle e cuidado no emprego de drogas analgésicas e anestésicas, do fórceps, bem como na realização de cesarianas, e a duração do parto são alguns exemplos de ações preventivas da hipóxia fetal e da paralisia cerebral, tendo efeitos também no grau de irritabilidade e responsividade do recém-nascido, com conseqüências sobre seu ganho de peso e na interação mãe-bebê (Krynski,

1969, 1983; Telford e Sawrey, 1978; Alencar, 1982; Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1983).

No nível neonatal, autores como Krynski (1969, 1983) e a CORDE (1986) citam estudo que demonstra uma diminuição na mortalidade infantil com a utilização de UTI para recém-nascidos e a presença do neonatologista na sala de parto, apesar de os dados não serem conclusivos sobre a qualidade de vida dos sobreviventes, pois, segundo Gherpelli (1990), observou-se um aumento de 4% para 12% de RN que sobrevivem com seqüelas neurológicas (paralisia cerebral, deficiência mental, surdez, distúrbios visuais, epilepsia). Neste último aspecto, os trabalhos como os de Gherpelli (1990) e Meyerhoh (1990) mostram a importância de serem instituídos, nos berçários, programas de estimulação precoce neonatal para RN prematuros de muito baixo peso, que incluam orientações para a família e seguimento após a alta hospitalar. Esse tipo de terapia intensiva tem demonstrado, como explicado acima, uma diminuição na taxa de mortalidade em 30% dos casos e, ainda, um aumento de 10% para 50% de recém-nascidos que sobrevivem sem seqüelas neurológicas, apesar de vários ainda apresentarem seqüelas.

Nesse caso, a unidade de análise passa a ser ação pesquisada, emitida por uma pessoa ou grupo de pessoas (que deve ter um responsável que responda pelo grupo), procurando-se identificar os eventos antecedentes dessa ação e suas conseqüências, de forma a estabelecer relações entre os eventos relatados pelas pessoas-chave nos serviços. A busca de informações sobre como uma dada ação preventiva foi realizada no passado, as dificuldades encontradas e seus efeitos servem como um banco de dados históricos que pode subsidiar a proposição e implantação de medidas preventivas atuais.

À semelhança da avaliação comportamental individual, feita em clínica, é preciso avaliar a situação total e não apenas os comportamentos específicos representados na queixa inicial (Kanfer e Philips, 1975). Procura-se, então, uma visão mais completa do problema, sem desconsiderar a história passada de aprendizagem das pessoas envolvidas com a execução de uma dada ação preventiva.

Em outros termos, procuramos fornecer um método sistemático para coletar informações que permitam avaliar as dificuldades na execução de ações preventivas da DM, facilitando a tomada de decisões sobre onde intervir, em que nível de prevenção (primário, secundário ou terciário), e com quem (pessoas-chaves) realizar o processo de mudança comportamental.

Para casos em que se queira ter uma visão mais macro (situação de uma cidade em termos de prevenção da DM, por exemplo), ao analisarmos a efetivi-

dade de uma intervenção, temos agora que considerar a população como uma unidade de análise (Hovell, Kaplan e Hovell, 1991). São os indicadores de mortalidade, de morbidade, de qualidade de vida de uma dada população, por exemplo, que devem ser tomados como base para avaliação da eficácia e eficiência de um programa preventivo. Devem, portanto, ser identificados na fase inicial de coleta de dados ou na linha-de-base. Reside aqui uma dificuldade a ser considerada na avaliação comportamental, que não se restringe ao levantamento inicial, mas é um processo contínuo: a atribuição de responsabilidades por ações preventivas em nível populacional. Nesse aspecto, tanto os quadros como os roteiros de entrevista indicam a qual tipo de profissional ou setor de serviços potencialmente pode-se atribuir a responsabilidade pela proposição/coordenação da ação preventiva.

Para a identificação das conseqüências da emissão de comportamentos ou ações preventivas, podem ser considerados efeitos amplos como a ausência de doenças durante um período definido de tempo ou mudanças nos indicadores de morbidade e de qualidade de vida, ou mais específicos da área, como mudanças na quantidade de crianças identificadas como deficientes mentais, selecionadas por instituições educacionais especiais, durante um dado período de tempo, ou números de encaminhamentos da neonatologia para a neuropediatria em um hospital, por exemplo.

Procurando contribuir nessa área preventiva, realizamos um levantamento numa cidade de grande porte do Estado de São Paulo- Campinas, que tem cerca de um milhão de habitantes, sobre as ações de prevenção (AP) contra a Deficiência Mental (DM) propostas para gestantes e recém-nascidos. Esse levantamento foi feito em várias instâncias do sistema público de saúde: Secretaria Municipal de Saúde, um centro de saúde e um hospital universitário (Enumo, 1993; Enumo e Kerbauy, 1995).

A título de demonstração da aplicabilidade desta proposta metodológica, apresentaremos agora os dados obtidos junto à Maternidade (Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher/CAISM) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)³.

Segundo o levantamento realizado na literatura da área (Enumo, 1993; Enumo e Kerbauy, 1994, 1995), as maternidades poderiam atuar preventivamente contra a DM através da realização de 212 ações de prevenção (AP). A classificação dessas AP, segundo a proposta de Leavell e Clark (1976):

³ Resumo dos Dados Estatísticos e Dados Estatísticos Mínimos recomendados pela Organização Mundial de Saúde - 1987 a 1992. Relatório Mensal de Vigilância Epidemiológica.

"Promoção Primária- Promoção de Saúde e Proteção Específica contra a DM; e Secundária- Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato", permite descrever e analisar como os setores pré-natal (120 AP), perinatal (15 AP), neonatal (49 AP) e berçário (28 AP) atuam para evitar futuros distúrbios no desenvolvimento infantil e a mortalidade peri e neonatal.

Os dados relativos a cada setor serão especificados e analisados a seguir, sendo complementados com sugestões de intervenção multi e interdisciplinar. Evidentemente, essas sugestões só poderão ser hierarquizadas após uma análise de cada AP em termos de custo-benefício, eficiência e eficácia, baseando-se na realidade local, além de implicar decisões de cunho político e ético.

Os resultados gerais obtidos no presente trabalho mostram que o setor de atendimento perinatal tinha a maior frequência de AP em curso, realizando 14 das 15 AP propostas para o momento do parto, enquanto o berçário executava 15 das 28 AP previstas para o local. Esses dados, juntamente com os demais obtidos no levantamento, estão sob a forma de gráficos percentuais, para oferecer uma melhor comparação dos resultados encontrados, apesar de o N ser menor que 100 em alguns casos.

Análise da proteção específica contra a DM realizada no período pré-natal

O atendimento pré-natal da maternidade cobria 94 AP das 120 (78,5%) ações de Proteção Específica contra a DM, passíveis de realização no período pré-natal. A atenção à saúde da gestante era abrangente, envolvendo desde o levantamento de riscos obstétricos até o tratamento em nível pré-natal para os casos de hipóxia fetal, incompatibilidade de Rh e inibição das contrações uterinas.

As 25 AP (21%) não executadas, contudo, são de grande valor preventivo contra nascimentos de bebês com baixo peso ou com futuros atrasos no seu desenvolvimento. Não havia, por exemplo, controle efetivo das condições nutricionais das gestantes, especialmente nos casos de desnutrição materna. E o levantamento de riscos para doenças genéticas não podia ser realizado por falta de respaldo laboratorial para a genética. Não havia também sorologia específica e de rotina para pesquisa de doenças que levam a lesões no SNC, como: a rubéola, a toxoplasmose, o citomegalovírus (CMV) e a sífilis. Um dos problemas médicos mais frequentes nas gestantes atendidas, levando com frequência à interrupção da gravidez, era a rubéola.

Análise da proteção específica contra a DM realizada no período perinatal

A Proteção Específica contra a DM realizada, na situação de parto, em 14 das 15 AP pesquisadas, não pode ser avaliada com base somente em dados estatísticos, pois se poderia incorrer em erro, uma vez que outros indicadores vitais, como a mortalidade materna e neonatal devem ser também considerados.

Diante de um pessoal clínico completo e bem aparelhado tecnologicamente, destaca-se a ocorrência de um óbito materno em função de infecção hospitalar obstétrica (0,35% dos 271 partos ocorridos na época de coleta dos dados em maio/92); ou mesmo a incidência de mortalidade neonatal ser maior que em outras maternidades, como mostrou o trabalho de Brenelli⁴ (1989). Neste, a maternidade apresentou a taxa de 19,5/1.000 NV (1987) e de mortalidade neonatal precoce (7 dias) de 16,3/1.000 NV. São índices mais elevados que outros encontrados dentro e fora do país: 10/1.000 NV em outro hospital da cidade no mesmo período, 11,8/1.000 NV no RS; 3/1.000 NV na Finlândia, 6,5/1.000 NV nos E.U.A., por exemplo.

Os entrevistados explicaram essas questões pelo fato de essa maternidade servir de referência para os hospitais da região, aumentando a frequência de casos mais graves e dos seus índices de mortalidade, por consequência. Também, atendendo a casos emergenciais, a relação médico-paciente, em parte dos casos, se restringe à situação de parto unicamente.

Os entrevistados ressaltam também que a equipe médica, apesar de completa, era composta de alunos sob supervisão de professores, a qual, nem sempre é possível que seja direta durante todo atendimento. Essa condição de ser um serviço de treinamento pode aumentar a probabilidade de ocorrerem erros ou haver uma conduta médica menos precisa; e o número de pessoas presentes no parto é maior, elevando as chances de ocorrer infecção hospitalar.

Análise da prevenção primária e secundária sa Dm realizada no período neonatal

A maternidade executava 38 das 49 ações de prevenção contra a DM, propostas pela literatura da área para o período neonatal. Apenas 08 AP não estavam sendo executadas e não se conseguiram informações sobre 03 AP.

Na área de Prevenção Primária da DM- Proteção Específica contra a DM, eram executadas todas as 06 AP relativas à estruturação dos serviços de

⁽⁴⁾ Estudo epidemiológico da distribuição de peso, idade gestacional e de mortalidade neonatal da população de nascidos vivos de duas maternidades da cidade de Campinas.

neonatologia, como a existência de UTI neonatal e aparelhos para ressuscitação, neonatologista presente na sala de parto, atendimento especializado para problemas neurológicos.

As ações de Prevenção Secundária da DM eram também realizadas em sua grande maioria – 38 das 43 AP previstas. O Diagnóstico Precoce da DM era realizado através de 23 das 29 AP previstas, não existindo 03 AP e as outras 03 AP não foram informadas. Todo recém-nascido era submetido a exame neurológico e ao “teste do pezinho”, para identificação de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, por exemplo.

As ações preventivas da DM em nível de Tratamento Imediato eram as menos executadas: 09 AP de um total de 14 estavam em curso e 05 não existiam. Os casos de doenças hemolíticas, hidrocefalia e hipóxia neonatal eram prontamente atendidos. O índice de aleitamento materno para os recém-nascidos internados era da ordem de 80%. Contudo, as famílias desses RN não tinham acesso a um atendimento especial, que possibilitasse um maior controle nutricional e socioeconômico. E não havia programas especiais para atendimento dos casos de erros metabólicos.

No entanto, os indicadores de natalidade e mortalidade neonatal apresentavam uma ascensão contínua nos últimos 5 anos (1987-1992). A taxa de mortalidade neonatal precoce, por exemplo, mostra que cerca de 11 bebês, em cada 1.000 nascidos vivos, morreram entre 0 e 7 dias de vida no período anual anterior à pesquisa. E 76 (2,33%) das 3.263 crianças nascidas neste período morreram antes de completarem um mês de vida. Ou seja, a qualidade do atendimento peri e neonatal estava afetada, apesar de a maior parte das ações preventivas estarem sendo executadas.

Analisando a qualidade de vida dos que nasceram em 1992, observa-se um alto índice de nascimentos com peso abaixo de 2500g, 16% (432 casos), e 3,1% (102 casos) com muito baixo peso. Este dado pode ser relacionado com o atendimento emergencial característico desse serviço.

Análise da prevenção secundária da DM, em nível de estimulação precoce neonatal, realizada no berçário

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. A maternidade realizava 15 AP, em nível de Tratamento Imediato, deixando de executar 13 AP.

O fato de encontrarmos 15 dessas 28 ações de prevenção (AP) Secundária contra a DM sendo realizadas pela maternidade, em nível de Estimulação Precoce Neonatal, não significa a existência de um programa especialmente planejado para a redução dos efeitos do "stress" perinatal e a estimulação do recém-nascido internado logo após o nascimento. Eram AP ligadas mais diretamente ao atendimento médico-hospitalar, como a terapia intensiva em neonatos com muito baixo peso (MBP).

Havia outras AP relativas a um programa de estimulação geral do bebê, como: a observação de sua organização e auto-regulação, a avaliação de sua prontidão para ser alimentado, a orientação da mãe para a alimentação e o manuseio do RN, e o encaminhamento do caso para especialistas quando necessário. Contudo, eram ações isoladas.

As 13 AP não realizadas se referiam a ações específicas, programadas, para a estimulação sensorial e social do RN. Incluíam-se aqui ações de planejamento ambiental (localização dos berços, humanização do ambiente, manuseio controlado das incubadoras, diferenciação dia-noite, por exemplo), programação de rotina (banho, pesagem, alimentação) que permitisse descanso ao bebê. E, mais especificamente, envolviam ações relativas à estimulação visual, auditiva, tátil, cinestésica, social e multimodal, que poderiam ser executadas, não só através de programas especiais, contando com profissionais como fisioterapeutas, mas também durante a rotina de atendimento, pelas próprias atendedoras ou enfermeiras.

Um setor especial para a estimulação precoce de RN prematuros, com MBP e/ou complicações decorrentes das condições de nascimento, atendendo inclusive aos familiares e profissionais envolvidos nesse processo, não existia no local pesquisado. A análise geral dos dados indica que, na ausência de um programa preventivo específico para a área, ocorria uma inversão nos resultados esperados, segundo as teorias de prevenção. Por exemplo, o setor de atendimento neonatal atuava mais em nível de Proteção Específica contra a DM, executando todas as 06 AP propostas, e menos em termos de Tratamento Imediato – 09 das 14 AP analisadas – quando era esperado que ocorresse uma maior intervenção em termos de Tratamento Imediato. E o berçário realizava pouco mais da metade das AP relativas ao Tratamento Imediato, que era de sua responsabilidade, principalmente.

Ao analisarmos os dados obtidos junto ao atendimento pré-natal, relacionando-os às ações de Proteção Específicas contra a DM indicadas na literatura, notamos que, numa intervenção conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, poder-se-ia executar a triagem, em mulheres em idade fértil, para identificação daquelas suscetíveis à vacinação contra rubéola.

232 No nível municipal, há também as campanhas informativas e educativas para a população sobre as vantagens e necessidades da consulta pré-natal e os riscos de uma gravidez sem assistência médica. Caberia ainda informar a população onde encontrar assistência médica pré-natal, além de uma análise sobre os fatores que dificultam a participação no pré-natal, visando a uma maior cobertura de gestantes e a uma maior freqüência de atendimento para cada gestante em particular.

Em relação ao atendimento direto às gestantes que procuram os serviços da maternidade, constatamos um atendimento pré-natal mais especializado, com equipe multidisciplinar, para casos especiais, enquanto a literatura preconiza esta medida preventiva como prática rotineira para qualquer gestante. Essa intervenção multidisciplinar implicaria, por exemplo, a execução de oito ações para o levantamento de riscos de doenças genéticas, que necessitaria de base laboratorial para sua implantação.

Também relativo ao acompanhamento pré-natal, a literatura indica a pesquisa do uso de drogas (legais e ilícitas) pela gestante, cuja relevância poderia decorrer de estudos sobre os casos de problemas no nascimento, decorrentes do uso de drogas, justificando, assim, sua pesquisa no atendimento pré-natal local. Considerando-se o caráter educativo dos programas de atendimento pré-natal, poderia ser incluída a educação alimentar, com cozinhas educativas, para o ensino do preparo de alimentos adequados à fase gestacional e, evidentemente, às condições de vida da gestante e relativo às características naturais da região. Como fazer a gestante seguir as orientações médicas, principalmente em relação aos cuidados com a saúde e a alimentação, é um desafio para os profissionais envolvidas nessa questão educacional.

Analisando textos dos próprios professores daquela faculdade (Faúndes, Herrmann e Cecatti, 1985), constatamos que as estatísticas vitais poderiam ser aperfeiçoadas através de medidas como: colocar instruções para preenchimento nos atestados de óbito, de forma a melhorar a identificação das mortes maternas; registrar e analisar os casos de acidentes anestésicos durante o parto; às quais incluímos o registro da duração dos partos, para verificar a existência ou não de correlação com os casos de seqüelas peri e neonatais. O registro e acompanhamento desses casos facilitariam também a identificação precoce das crianças com distúrbios de desenvolvimento infantil e seu pronto atendimento.

De outra parte, contando com dados mais confiáveis sobre os óbitos maternos, seria mais fácil reativar o funcionamento do Comitê de Morte Materna na cidade, criado por professores da própria faculdade; também contri-

70

buindo para o fornecimento de informações básicas à tomada de decisões no campo da saúde pública. Dentre essas, destacamos a divulgação e aplicação de um planejamento familiar, para redução das gestações indesejadas e do índice de abortos ilegais, também indicado por professores dessa faculdade (Faúndes, Cecatti, Silva e Pinotti, 1987; Cecatti e Faúndes, 1989; Faúndes, Cecatti, Bacha e Pinotti, 1989).

Esses mesmos autores apontam também a necessidade de uma análise mais detalhada sobre qualidade da atenção profissional ao parto, visando a evitar as complicações infecciosas e hemorrágicas, responsáveis por 50 a 80% dos óbitos maternos (juntamente com a hipertensão-eclâmpsia), normalmente associadas com a instituição hospitalar. Consideramos um outro aspecto que poderia ser incluído nessa análise: a organização do sistema de residência médica, de modo a permitir que a parturiente seja atendida pelo residente que a acompanhou no último trimestre de gravidez. Essa medida traria conseqüências em termos emocionais para a gestante, principalmente em relação à redução da ansiedade. Por conseguinte, poderia levar ao alojamento conjunto, já adotado pela maternidade, permitindo que a interação mãe-bebê se estabelecesse logo após o parto, com benefícios em nível orgânico, como facilitar o ganho de peso, e, principalmente em nível afetivo-emocional, contribuindo para a ligação afetiva mãe-criança.

Os dados obtidos na neonatologia permitem concluir que a prevenção da DM logo após o nascimento estaria sendo eficaz, principalmente em termos de Prevenção Primária, que tinha 100% das AP em curso. No entanto, ao relacionar os dados obtidos nas entrevistas às propostas de ações preventivas levantadas na literatura, pudemos questionar a qualidade da gestação levada a termo pelas gestantes atendidas. As explicações oferecidas pelos entrevistados de que o hospital centraliza os casos graves da região pode perfeitamente explicar esses fatos. No entanto, identificamos outras ações de Proteção Específica contra a DM, que poderiam ser implantadas, após a devida análise, pelo setor de atendimento neonatal. Por exemplo, poderiam ser feitas pesquisas sobre prováveis correlações existentes entre a qualidade do atendimento pré e perinatal e os problemas neonatais identificados. Seria possível, assim, incluir, nos relatórios estatísticos de natalidade e mortalidade neonatal, os dados de morbidade decorrentes de problemas pré e perinatais. E otimizando a capacidade de atendimento da patologia médica, haveria melhores estudos sobre as causas da mortalidade neonatal. Em conjunto com as demais maternidades do município, poderia ser

proposta uma atuação complementar para a ampliação do número de leitos de UTI neonatal, de forma a atender à alta demanda da área.

Em relação ao Diagnóstico Precoce da DM, a literatura indica a triagem de pelo menos 10 entidades clínicas relativas a erros inatos do metabolismo, para o que haveria necessidade de incrementar a infra-estrutura laboratorial necessária.

Após uma análise de sua adequação, todas as ações relativas ao planejamento ambiental e organização do atendimento no berçário, citadas nos resultados, poderiam ser transformadas em ações preventivas, em termos de Tratamento Imediato da DM no berçário, como propõe Meyerhoh (1990). Outras medidas que poderiam alterar o atendimento ao neonato seriam a ampliação do atendimento fisioterápico a todos RN internados e não apenas para os casos graves, e a inclusão de estimulação oral, com o uso de recursos, como a minichupeta ortodôntica, a sonda, no programa de alimentação do RN. Ainda em relação ao serviço, a criação de um serviço de atendimento psicológico aos profissionais que lidam com o neonato ajudaria a diminuir o estresse e a ansiedade resultante do trabalho constante com pacientes de risco.

Enfim, mais diretamente associado à prevenção de futuros distúrbios no desenvolvimento infantil, a literatura indica que seria relevante o registro dos casos de seqüelas peri e neonatais, bem como o seguimento dos casos que ficaram internados, avaliando-se os efeitos do programa de estimulação precoce realizado.

Finalizando, fica aqui uma ilustração das possibilidades que esta proposta metodológica de levantamento e análise de ações preventivas em saúde pública possibilita, sendo também uma proposta sobre como operacionalizar a integração interdisciplinar na área da Psicologia da Saúde, que pode ser aplicada a outros tipos de deficiências ou doenças.

Referências Bibliográficas

- Alencar, E. M. S. (1982) *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil/Coordenadoria para integração da pessoa portadora de Deficiência (CORDE) (1986). Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial. texto mimeo.
- Brenelli, M. A. (1989) Campinas: UNICAMP. Tese de Doutorado.
- Enumo, S. R. F. (1993) São Paulo: USP. Tese de Doutorado.
- Enumo, S. R. F. e Kerbaux, R. R. (1994) Prevenção de Deficiência Mental: sua importância e concepções. *Boletim de Psicologia*, XLIV, 100-101, 31-40.
- Enumo, S. R. F. e Kerbaux, R. R. (1995) Uma Metodologia para Prevenção da Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2, 3, 73-91.
- Faúndes, A.; Herrmann, V. e Cecatti, J. G. (1985) Análise da mortalidade materna em partos cesáreos, no Município de Campinas, 1979-1983. *FEMINA*, 13 (6), 516-524.
- Faúndes, A.; Cecatti, J.G.; Silva, J. I. C. P. e Pinotti, J. (1987) O problema da mortalidade materna. *FEMINA*, janeiro/87, 25-31.
- Faúndes, A.; Pinotti, J. A. e Cecatti, J. G. (1987a) Atendimento Pré-Natal. Assistência Obstétrica Primária: quais as necessidades do Brasil? *Jornal Brasileiro de Medicina*, 52, 3, 38-54.
- Faúndes, A. (Org.) (1988) Estudo de diversas formas de avaliação do peso materno como indicadores do peso do recém-nascido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 9, 199-204.
- Faúndes, A.; Cecatti, J. G.; Bacha, A. M. e Pinotti, J. A. (1989) Intervenções para a redução da mortalidade materna. *Rev. Paul. Med.* 107 (1), 47-52.
- Faúndes, A.; Cecatti, J. G.; (Org.) (1991) *Morte Materna: uma tragédia evitável*. Campinas: Ed. UNICAMP.
- Frota-Pessoa (1989) O dano na prole de primos e de casais de 35 anos ou mais. *Ciência e Cultura*, 41 (5), 474-483.
- Gherpelli, J. L. D. (1990) Seguimento neurológico de recém-nascidos de alto risco. Em T.R.S. Dias, F.E. Denari, M.J.D.reis, M.P.R. Costa (Org.), *Temas em Educação Especial I*. São Carlos: UFSCar, 1990.
- Hovell, M. f.; Kaplan, R. e Hovell, F. (1991) Analysis of Preventive Medical Services in the United States. Em P.A. Lamal (ed.) *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kanfer, F. H. e Phillips, J. S. (1975) *Os Princípios da Aprendizagem na Terapia Comportamental- vol III: aplicação clínica*. São Paulo: EPU.
- Keefe, F. J.; Kopel, S. A. e Gordon, S. B. (1980) *Manual Prático de Avaliação Comportamental*. São Paulo: Editora Manole.
- Krinsky, S. (Org.) (1969) *Deficiência Mental*, Rio de Janeiro: Atheneu, 1969.
- Krynski, S. (Org.) (1983) *Novos Rumos da Deficiência Mental*. São Paulo: Sarvier.
- Laffont, A. (Org.) (1978) *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Pédiatrie-1*. Paris: Editions Techniques.

- Leavell, H. e Clark, E. G. (Org.) (1976) *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill. Rio de Janeiro: FENAME. Tradução do original em inglês de 1965, por Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos.
- Meyerhoh, P. G. (1990) O neonato de risco- proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. Em A.M. Kudo (Org.) *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*. São Paulo: Sarvier, 246-276.
- Nucci, A. P. S. (1979) *Terapia Comportamental: conceitos e definições*. São Paulo: EPU.
- ONU/OMS (1981) *Prevención de incapacidades y rehabilitación*. Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. Ginebra: Serie de Informes Técnicos, 668.
- Robinson, H. R. e Robinson, N. M. (1975) *Retardamento Mental*. Em P.H. São Paulo. Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de ambulatório de Saúde Mental. (1983) Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatório de saúde mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*. jan/82 a dez/83. XLIII.
- São Paulo. Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. (1986) APAE desenvolve programa para testes em recém-nascidos. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*. 1986/87. XLVI.
- Scott, K. G. e Carran, D. T. (1987) The Epidemiology and Prevention of Mental Retardation. *American Psychologist*, 42 (8).
- Skinner, B. F. (1978) *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, tradução de João Carlos Todorov e Rodolpho Azzi do original em inglês de 1953.
- Skinner, B. F. (1993) *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix . tradução de Maria da Penha Villalobos do original em inglês de 1974.
- Telford, C. W. e Sawrey, J. M. (1978) *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Zahar.
- UNICAMP/CAISM/ERSA 27. (1982).
- UNICAMP. (1992).
- Who (1977) Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Act Obstet. Gynecol. Scand*, 56, 247-253.
- Winett, R. A., King, A. C. e Altman, D. G. (1989) *Health Psychology and Public Health: an integrative approach*. New York: Pergamon Press.