



artigos pesquisa de artigos

sumário anterior próximo autor assunto pesquisa home alfa

**Psicologia USP**

versão impressa ISSN 0103-6564

**Psicol. USP v.13 n.1 São Paulo 2002**

doi: 10.1590/S0103-65642002000100006

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL,  
DIRIGIDAS A GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS,  
NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA DA GRANDE  
VITÓRIA-ES**

**Sônia Regina Fiorim Enumo<sup>1</sup>**  
**Zeidi Araujo Trindade**  
*Universidade Federal do Espírito Santo*

*Fazer prevenção em Saúde Pública implica em conhecimento sistematizado para a proposição de programas e sua avaliação. Quanto à prevenção de Deficiência Mental, que atinge cerca de 10% da população, pouco se conhece no país. Adotando uma metodologia para levantamento de ações preventivas de DM em hospitais e unidades de saúde, junto a gestantes e recém-nascidos, foi possível descrever e analisar a atuação da rede pública de saúde da Grande Vitória/ES, indicando os níveis de prevenção mais atendidos. Foram levantadas as ações de prevenção (AP) de cinco hospitais públicos de grande porte, nove (31%) unidades de saúde e seis secretarias de saúde, entre 1996-97. Os dados de 25 entrevistas mostram que esses locais realizavam 51,5% das 433 AP possíveis (57,4% da prevenção primária e 45,5% da secundária). Particularizando a atuação de cada município e local pesquisado, os dados fornecem subsídios para análises e possíveis mudanças nos indicadores de saúde materno-infantil.*

*Descritores: Serviço de saúde mental. Prevenção. Deficiência mental. Saúde pública. Recém-nascidos.*

Escolher qualquer ação a ser executada no âmbito público significa uma tomada de decisão difícil, além de uma ampla negociação política, especialmente por implicar na origem e destino de verbas, sempre tão disputadas por todas as instâncias que geram recursos públicos. No campo da saúde pública, alguns fatos podem ajudar nessa tomada de decisão. Por exemplo, mães e filhos somam cerca de um terço da população e o que acontece à saúde, nesta fase de vida, por conseguinte, pode ter reflexos em parte da vida de todas as pessoas. Assim, a promoção da saúde materno-infantil destaca-se entre as ações básicas em saúde pública, dada a extensão do problema na comunidade. Dessa forma, as ações preventivas adotadas têm efeitos sobre toda a comunidade, a médio prazo, e diminuem o risco desse período de vida, tanto para a mãe como para o bebê, embora seja uma situação de mudanças constantes para ambos (Wegman, 1976).

Propor ações preventivas, contudo, exige um conhecimento prévio sobre a situação a sofrer intervenção, especialmente a respeito de dados estatísticos sobre a saúde da população, para se poder avaliar seus efeitos. A atuação da saúde pública nessa área é avaliada, geralmente, através dos indicadores básicos utilizados nas estatísticas vitais, como os índices de mortalidade infantil, que incluem as taxas de natimortalidade, mortalidade

**Meu SciELO**

Serviços customizados

**Serviços Personalizados**

**Artigo**

- Artigo em XML
- Referências do artigo
- Como citar este artigo
- Curriculum ScienTI
- Tradução automática
- Enviar este artigo por email

**Indicadores**

**Links relacionados**

**Bookmark**

| Mais

perinatal e neonatal e os índices de mortalidade materna (Laurenti, Jorge, Lebro, & Gotlieb, 1987; World Health Organization, 1977).

Essa avaliação poderia ser complementada verificando-se a prevalência de deficientes mentais na população e suas causas, como forma de justificar a importância da adoção de medidas preventivas que venham a diminuir os riscos de uma criança vir a nascer com deficiência mental (DM). Infelizmente, como nas demais áreas, há lacunas ou divergências nos dados estatísticos, decorrentes principalmente da metodologia utilizada e da conceituação de deficiência, que variam de acordo com o referencial teórico adotado - abordagem tradicional, com suas propostas organicista e psicopedagógica, abordagens social e comportamental (Enumo, 1985, 1989, 1998). Krynski (1983), por exemplo, estimava que a Deficiência Mental atingia 10% da população do Brasil. Em 1986, a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE, 1986) considerava que 5% da população brasileira era portadora de DM, a partir da estimativa geral da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981) de que 10% da população teria alguma deficiência, sendo a DM aquela com maior prevalência. Realmente, este é o tipo de deficiência mais freqüente, totalizando 39,5% de todos os casos de deficiência identificados em 1991- cegueira, surdez, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, falta de membro(s) ou parte(s) dele(s), deficiência mental e deficiência múltipla- pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991). Entretanto, os dois censos nacionais que incluíram o tema deficiência mental na pesquisa por domicílios concluíram, a partir da atribuição do próprio entrevistado, que cerca de 0,5% da população era portadora de DM, equívulo a 658.915 pessoas em 1991 (IBGE, 1981, 1991). Como se vê, há divergências entre as taxas estimadas pelos especialistas e aquelas obtidas quando a própria população se atribui ou identifica o problema. De qualquer forma, seja qual for o índice e referencial adotados, há um grande contingente populacional com esse transtorno de desenvolvimento, cujo impacto na economia do Brasil ainda não foi calculado, diferentemente de outros países (Wallace, 1976)<sup>2</sup>, sem falar nos efeitos conhecidos sobre a família e o próprio indivíduo em termos psicológicos e sociais.

Aceitando-se a análise das causas da DM feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981) para países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se que a DM decorre de quatro causas principais: 1) subnutrição; 2) doenças transmissíveis; 3) acidentes (em particular por atos de violência) e 4) baixa qualidade da assistência perinatal. Essa análise pode ser referendada com dados da *American Psychiatric Association* (1995), no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV*, mostrando que a maioria dos casos de DM, cerca de 45%, decorre de causas essencialmente orgânicas, que incidem precocemente, nos períodos pré e perinatal (durante o parto). Para 30 a 40% dos indivíduos identificados, a etiologia é desconhecida, restando os fatores pós-natais- 5% decorrentes de "condições médicas gerais adquiridas no início da infância", como traumas e envenenamentos e 15 a 20% ligados a "influências ambientais e outros transtornos mentais", como privação de afeto, de cuidados e de estimulação social, lingüística, entre outros- que representam, no máximo, 25% dos casos (pp. 40-42). Apesar da predominância de causas orgânicas, há uma clara interdependência de fatores ambientais (sociais, econômicos, culturais, políticos) e biológicos, tornando a causalidade orgânica secundária aos determinantes sociais, mesmo quando se identifica a etiologia de fundo biológico, pois registra-se uma prevalência de DM no sexo masculino (razão de 1,5:1) e na classe sócio-econômica mais baixa (American Psychiatric Association, 1995).

Todas essas causas da DM podiam ser identificadas no Brasil, no final da década de 90, pelo índice historicamente utilizado como bom indicador de avaliação das condições de saúde e de vida das populações- a mortalidade infantil e de menores de 5 anos<sup>3</sup>. Segundo o IBGE (2001, p. 47):

... perdem importância nos óbitos destes dois grupos [*mortalidade infantil e de menores de 5 anos*], as causas relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias e às doenças respiratórias, passando a ser predominantes as afecções perinatais, relacionadas a problemas congênitos e, também, aqueles derivados da oferta e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente, o atendimento pré-natal.

As afecções perinatais, particularmente, foram responsáveis por 50,7% das mortes em crianças com menos de um ano de idade no país, em 1998 (IBGE, 2001). A situação dos sobreviventes dessa "guerra silenciosa" não é menos grave, como mostram os dados sobre as internações hospitalares pelo SUS, no país, relativas às complicações de gravidez, parto e puerpério. Na época da coleta de dados desta pesquisa (1996-97), por exemplo, ocorreram 3.269.396 de internações decorrentes de problemas gerados na situação de gravidez e parto; 175.972 internações por afecções originadas no período perinatal e 57.244 internações decorrentes de anomalias congênitas (IBGE, 1996). Dessa forma, a morbidade acaba tendo um efeito econômico maior do que a mortalidade, segundo Wallace (1971, citado por Aumann & Baird, 1996).

A solução básica para esse quadro, segundo autores como Frota-Pessoa (1983), Krynski (1983), Scott e Carran (1987) e a própria OMS (1981), seria atuar preventivamente, possibilitando, aos países em desenvolvimento, reduzir a incidência de portadores de DM em sua população de 10% para 3%, que corresponde à porcentagem típica de países de como os Estados Unidos da América (Robinson & Robinson, 1975). Levando-se em conta o argumento inicial de que as condições de saúde das mulheres e seus filhos afetam direta ou indiretamente a vida de todas as pessoas, e que praticamente a metade dos casos de DM decorre de fatores atuantes antes e durante o parto, podemos deduzir que as ações de saúde pública realizadas nesse período poderiam também alterar esse

quadro, reduzindo as causas de DM em nosso país. Em outros termos, cuidados com a saúde reprodutiva da mulher e com recém-nascidos, o atendimento ao parto, o controle de doenças transmissíveis e da subnutrição de gestantes e recém-nascidos, assim como melhorias na qualidade da assistência ao parto deveriam ser tema de estudos voltados para a prevenção de DM em nosso meio.

Considerou-se, então, que um levantamento sistematizado sobre as ações de prevenção da DM, passíveis de realização no âmbito municipal principalmente, identificando os responsáveis por sua execução, de forma a analisar o que está sendo feito na realidade local, seria um passo inicial na produção de conhecimento e para a proposição de medidas preventivas mais adequadas para o atendimento de mulheres em idade fértil, gestantes e recém-nascidos. Esse trabalho ficaria facilitado pelo fato de que a elaboração desse instrumental metodológico e sua aplicação já terem sido realizadas numa cidade de grande porte do Estado de São Paulo<sup>4</sup>, mostrando sua viabilidade (Enumo, 1993, 1996, 1997; Enumo & Kerbauy, 1994, 1995). Tal condição levou à sua utilização no Estado do Espírito Santo, através da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), após análise das estatísticas vitais e sobre as condições de saúde das mulheres e crianças do ES.

Na época da coleta de dados, as condições de saúde das mulheres e crianças no ES podem ser resumidas como se vê a seguir (Barros, Victora, César, & Horta, 1994; IBGE, 1996; Secretaria Estadual de Ações Estratégicas e Planejamento. Departamento Estadual de Estatística [SEPLAE/DEE], 1993).

Durante a década de 80, a mortalidade infantil no ES aumentou, culminando com 31,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), em 1990, de acordo com a Secretaria de Ações Estratégicas e Planejamento do ES (SEPLAE/DEE, 1993). Na década de 90, observa-se uma diminuição nessa taxa que, em 1999, correspondia a 26 mortes/1.000 NV; ainda acima da taxa máxima de 20/1.000 NV (IBGE, 2001).

As afecções originadas no período perinatal constituíam a primeira causa de óbito não fetal em menores de um ano, entre 1988-1992, no ES, equivalendo a 43,6% das mortes (IBGE, 2001; SEPLAE/DEE, 1993) e assim se mantiveram durante a década de 90: 54,8% das mortes em 1998 decorreram dessas afecções, seguindo-se às doenças infecciosas e parasitárias (8,5%). Esses dados acompanham a tendência de alta nacional para essa causa de mortalidade infantil: 41,5% em 1992 e 50,7% em 1998 (IBGE, 2001).

Em 1992, as internações por complicações da gravidez, do parto e do puerpério somavam 62.396, constituindo-se, à semelhança desses dados em nível nacional, na primeira causa de internações hospitalares na rede pública e conveniada do ES, ao custo de US\$ 7.727.924 dólares (SEPLAE/DEE, 1993).

Afora esse alto custo econômico representado pela perda de vidas e pelo grande número de atendimentos às complicações decorrentes da situação de parto, fica a questão da baixa qualidade de vida daqueles que sobrevivem, como bem mostra o levantamento feito no Estado do Espírito Santo pela Secretaria Estadual de Saúde do ES, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Epicentro/Universidade Federal de Pelotas/RS, no final de 1993 (Barros et al., 1994). Foram pesquisados 16 municípios do ES (2.598.231 hab.), incluindo a região metropolitana da Grande Vitória (cinco municípios na época), utilizando uma amostra de 3.047 domicílios, 1.165 crianças menores de cinco anos e 3.892 mulheres em idade fértil (15-49 anos).

De acordo com esse estudo, com desvantagens para o interior do Estado em relação à Grande Vitória, os dados obtidos mostram a existência de fatores de risco para o desenvolvimento infantil:

... uma importante parcela das crianças do interior do Estado viviam sob condições adversas de moradia e saneamento (...) enfrentam condições de vida e de cuidados bastante inadequados (...), dada a baixa renda familiar, limitada escolaridade dos pais e trabalho materno não qualificado ... (Barros et al., 1994, pp. 10-11).

Especificando melhor, cerca de 6% das crianças pesquisadas eram filhos de mães adolescentes; um quinto das crianças não vivia com seu pai (95% com a mãe biológica, das quais, 10% nunca haviam frequentado escola); 10% nasceram quando o irmão mais próximo não tinha completado 18 meses; cerca de 57% das crianças da Grande Vitória nunca tiveram cartão de crescimento, 69% destas haviam sido levadas à consulta nos últimos três meses precedentes à pesquisa, por infecções respiratórias, puericultura, diarreia e infecções de pele.

Em relação às mulheres pesquisadas, 40% tiveram seu primeiro filho na adolescência; metade já havia sido submetida a pelo menos uma operação cesariana; 45% dos partos foram feitos através de cesarianas<sup>5</sup>; um quarto das mulheres já havia tido um aborto<sup>6</sup>; 30% não haviam sido imunizadas contra o tétano na gravidez; 12% não fizeram uma única das cinco consultas mínimas recomendadas pela OMS; e 35,2% fizeram laqueadura entre 25 e 29 anos, após o 3.º ou 4.º filho.<sup>7</sup>

Para atender a essa demanda de serviços na área da saúde da gestante e dos recém-nascidos, a população da Grande Vitória contava com uma rede hospitalar pública composta por sete hospitais de grande porte, e por 29 unidades de saúde (além dos ambulatórios e pronto-socorros dos hospitais), localizados na Região de Saúde nº 1, segundo o Cadastro de Leitos Hospitalares, do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP-ES).

Visando contribuir para mudanças nesse quadro geral de saúde materno-infantil, foi realizada uma pesquisa integrada<sup>8</sup>, cujos dados relativos ao levantamento junto às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, também nas unidades de saúde e nos atendimentos pré-natal, perinatal (durante o parto), neonatal e berçários de hospitais públicos da Grande Vitória serão aqui apresentados. Pretendia-se, assim, conhecer a atuação dos órgãos responsáveis pela saúde, no campo da prevenção primária e secundária de Deficiência Mental, na área metropolitana da capital do Estado do Espírito Santo, composta pelas cidades de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana, totalizando cerca de 1.063.293 habitantes, ou 41% da população do ES, na época da coleta de dados.

## Método

### Informantes

Participaram como informantes os responsáveis por órgãos e instituições públicas que atuam na prevenção e atendimento de gestantes e recém-nascidos, na Grande Vitória/ES, em nível oficial, como:

1. Responsáveis pelas Secretarias de Saúde das Prefeituras Municipais da Grande Vitória/ES e da Secretaria Estadual de Saúde. Cabe às secretarias em questão a responsabilidade pela saúde coletiva da população das cidades. Com seus postos de saúde distribuídos pelas cidades, prestam serviços em nível de "atenção primária" no sistema de saúde. Estão também ligadas às associações de bairro. Têm, portanto, grande abrangência nos municípios, principalmente nas camadas de baixa renda. E, através delas, pode-se conhecer a atuação dos hospitais da rede pública, em termos de atendimento a gestantes e intervenção perinatal e em neonatologia, caso realize este tipo de serviço.
2. Responsáveis pelos serviços de atendimento pré-natal, perinatal e neonatal de hospitais que atendem gestantes e recém-nascidos em cinco hospitais, sendo um deles o Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo. Foram utilizados como critérios de inclusão: estar na região metropolitana, ser público, possuir leitos de Unidade de Terapia Intensiva- U.T.I.- neonatal e leitos obstétricos.
3. Responsáveis pelo atendimento de, pelo menos, 20% das unidades de saúde da rede pública da Grande Vitória, selecionadas de acordo com o maior número de pessoas atendidas e existência de serviços de atendimentos pré-natal e de pediatria), segundo relatórios fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, no primeiro semestre de 1996. A [Tabela 1](#) mostra a distribuição dos locais de coleta de dados por município.

CIDADES	Hospitais	Unidades de Saúde	Secretarias municipais/Estad.
Vitória	03	06	02 (SES)
Vila Velha	01	02	01
Serra	01	*	01
Cariacica	—	01	01
Viana	—	**	01
<b>TOTAL</b>	<b>05</b> (71,4% de 07)	<b>09</b> (31% de 29)	<b>06</b> (100%)
n.º entrevistas	16	20	25
Período	mar.- nov./96	jul.- dez./96	Mar.- jun./97

\* Dados não coletados por falta de médico responsável.

\*\* Não foi possível obter dados na unidade de saúde selecionada em Viana devido à greve no sistema de saúde local.

**Tabela 1:** Locais de coleta de dados - Região de Saúde n.º 1 da Grande Vitória.

Foram utilizados seis Roteiros de Entrevista, elaborados anteriormente (Enumo, 1993; Enumo & Kerbauy, 1995), descritos a seguir.

Visando sistematizar as várias ações de prevenção (AP) indicadas pela literatura da área, utilizou-se a classificação de Leavell e Clark (1976): Prevenção Primária, que inclui ações realizadas antes do problema acontecer, subdividida em Promoção de Saúde e Proteção Específica contra a DM; e Prevenção Secundária, com ações realizadas logo após a ocorrência do problema, subdividida em Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato. As AP e seus efeitos foram separadas pelo "nível de prevenção" e "tempo" em que ocorrem (períodos pré, peri e neonatal), resultando em oito quadros, em que estão também identificados os profissionais

responsáveis pela execução dessas ações. A identificação das AP segundo seu nível de prevenção permite o cálculo percentual dos dados, indicando o tipo de prevenção mais defasado, com sugestões de intervenção multidisciplinar.

Classificando agora estas AP segundo os possíveis informantes, foram construídos seis roteiros de entrevista, totalizando 433 questões, abertas e fechadas, a serem aplicadas em seis locais: Secretaria Municipal de Saúde - 83 AP, Centro de Saúde - 138 AP, Maternidade - 209 AP (atendimentos pré-natal - 120 AP, perinatal - 15 AP, neonatal - 49 AP e berçário - 28 AP). Os seis roteiros foram organizados em duas partes: a primeira contém o Roteiro de Entrevista, com identificação e organização do local, resultados quantitativos, questões de entrevista e complementações ao roteiro; na segunda parte, ficam os Resultados Gerais, Conclusões, Sugestões e Fontes de Referências. As respostas são assim categorizadas: E - executada, C - em curso, P - planejada, N - não existente, A - abandonada, I - não informada; complementando-se com os efeitos obtidos, quando a resposta for positiva.

#### *Procedimento*

As entrevistas com responsáveis pelos órgãos, entidades, ou programa de prevenção da DM foram realizadas por 10 alunos bolsistas e voluntários do curso de Psicologia da UFES, com a seguinte sistemática: explicava-se que seriam apresentadas as questões sobre AP de DM realizadas ou propostas pelo serviço, devendo o informante expor os motivos para sua realização ou não, os efeitos observados após sua implementação, os critérios e medidas utilizados para avaliar esses efeitos e as dificuldades encontradas na área preventiva. Solicitou-se a autorização para gravação. Foi esclarecido que o trabalho não visava a uma avaliação particular do profissional que estava sendo entrevistado, mas um levantamento do sistema como um todo. Foi aplicada a parte do roteiro de entrevista específica para cada tipo de informante. Quando existiam programas preventivos, questionou-se sobre os órgãos e tipos de profissionais envolvidos, o número de pessoas atingidas, a população-alvo, o período e a duração do projeto.

Foram solicitadas cópias/autorização para fotocopiar manuais, normas ou instruções relativas à área, quando existiam. Esta é uma forma de ilustrar ou enriquecer os dados coletados na entrevista. Permite também confrontar as informações obtidas pessoalmente com o que fica registrado na instituição, pois podem existir falhas no registro permanente das atividades da instituição, o que dificulta tanto a avaliação posterior do que foi realizado, quanto a continuidade de programas preventivos a médio prazo e frente às mudanças administrativas.

#### **Resultados**

Os dados quantitativos resumidos em tabelas e gráficos relatam parte da realidade local na área de saúde reprodutiva, mais especificamente, sobre a saúde de gestantes e recém-nascidos, visando a prevenção de Deficiência Mental na população da Grande Vitória, obtidos em 61 entrevistas gravadas, de cerca de duas horas cada, e por meio do material disponível.

Mesmo não sendo completos, devido à inexistência de dados estatísticos locais ou à ausência de sua sistematização, centralização e controle, esses dados permitem indicar direções, de forma a subsidiar a tomada de decisões no campo da política de saúde pública. Lembramos que a existência e a disponibilidade de dados estatísticos são fundamentais para o estabelecimento de quaisquer ações e medidas administrativas em todas as áreas do serviço público.

Estão resumidos a seguir os dados quantitativos obtidos em cada local indicado anteriormente, destacando as ações de prevenção (AP) da DM *realizadas* (executadas, planejadas e em curso), em contraposição àquelas AP *não realizadas* (inexistentes, abandonadas e não informadas). Os gráficos permitem uma melhor visualização do levantamento realizado.

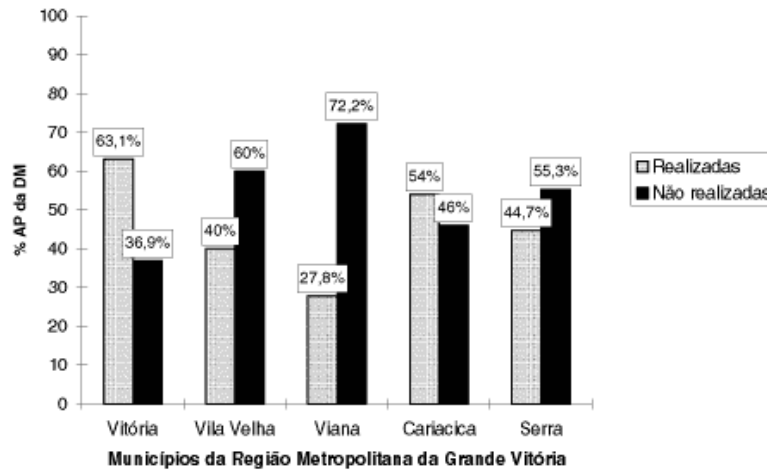
A análise qualitativa, com os dados comparativos e globais da Grande Vitória e relativos aos seus cinco municípios, e também segundo os níveis de prevenção Primária (Promoção de Saúde e Proteção Específica contra a DM) e Secundária (Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato), segue-se à apresentação dos dados quantitativos.

Esclarecemos que há, para cada local, um relatório individualizado, detalhando os dados quantitativos e qualitativos, e que incluem uma descrição do serviço e sugestões para a implantação de programas de prevenção da DM; não foram aqui apresentados por questão de espaço para publicação.

Os dados coletados nos cinco municípios da Grande Vitória indicam que a Prevenção Primária é a mais realizada (57,4% de 338 AP possíveis), o que é importante para a redução do índice de DM na região, já essa prevenção permite atuar antes do problema existir. Contudo, em termos percentuais, são realizadas menos da metade das ações de prevenção secundária (45,4% de 95 AP), significando que, em média, são realizadas 51,5% das ações de prevenção possíveis.

De um modo geral, tem-se dado muita atenção aos portadores de DM. São diversos os programas de reabilitação e educação especial; porém, poucas ações são de caráter preventivo. Não existem programas específicos para a prevenção de DM e, muitas vezes, os responsáveis pelos serviços de saúde não conhecem as ações de prevenção e seus efeitos, que poderiam diminuir esse índice.

A [Figura 1](#) mostra o desempenho geral de cada município da Grande Vitória em relação à prevenção primária e secundária da Deficiência Mental, com destaque para Vitória (53,1%) e Cariacica (54%), realizando mais da metade das 433 ações de prevenção propostas pela literatura da área, para gestantes e recém-nascidos.

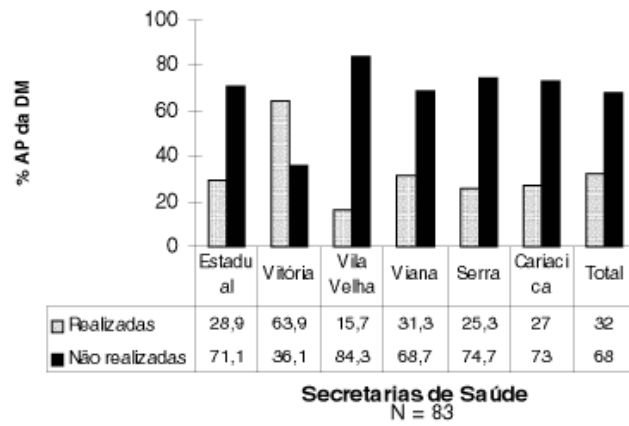


**Figura 1:** Porcentagem média das Ações de Prevenção da DM realizadas em cada uma das cinco cidade da Grande Vitória, considerando o total de 433 AP possíveis.

**Resultados gerais das AP da DM realizadas pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, na Grande Vitória**

Os dados levantados referentes às Secretarias de Saúde (estadual e municipais), entre março e junho de 1997, por meio de 25 entrevistas, revelaram que a maioria das AP não eram realizadas, cerca de 68% das AP (61% das AP Primárias e 69% das AP Secundárias), como se vê na [Figura 2](#).





\* O profissional responsável pela área de "saúde da mulher e da criança" da PM de Cariacica não foi localizado, sendo retiradas 20 questões; portanto, foi considerado o total de questões- n = 63 e não 83.

**Figura 2:** Porcentagem média das Ações de Prevenção Primária e Secundária da DM realizadas pelas Secretarias de Saúde de cada município da Grande Vitória, considerando o total de 83 AP possíveis.

Com exceção da Secretaria Municipal de Vitória, as demais Secretarias de Saúde- Municipais e Estadual- forneceram dados mostrando que a atenção dada à Prevenção Primária e Secundária da DM é pouco freqüente. Nenhuma dessas Secretarias possuía profissional especializado na área de DM, o que dificultava AP específicas nessa área. É importante ressaltar que, segundo dados oficiais (CORDE, 1986), cerca de 40% os casos graves de deficiência mental e 60% dos casos de deficiência visual poderiam ser evitados através de medidas preventivas e de programas de informação e esclarecimento da população.

Os dados serão apresentados de acordo com as seis áreas pesquisadas: Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Núcleo de Dados Estatísticos.

Em relação à área de *Saúde Mental*, verificou-se que nenhuma das Secretarias possuía um programa específico para prevenção de DM, mas somente atenção voltada para "doença mental". Não havia, assim, ações de prevenção como legislação sobre prevenção de doenças do metabolismo, órgão/departamento específico para área de DM, projetos/programas de prevenção de DM, pessoal destinado a programas de prevenção, levantamento estatístico na área.

Apenas duas Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal de Vitória) eram informatizadas, outras estavam em processo de informatização, sendo que destas, apenas a Secretaria Municipal de Cariacica apresentou dados levantados nos últimos anos.

A área de *Vigilância Sanitária* também não tinha ações voltadas para a prevenção de DM, de caráter mais primário, que beneficiam toda a população, além das mulheres, como a porcentagem da população servida com rede de água, esgoto e energia elétrica; programa de controle do meio ambiente e controle de fontes radioativas odontológica, hospitalares e industriais.

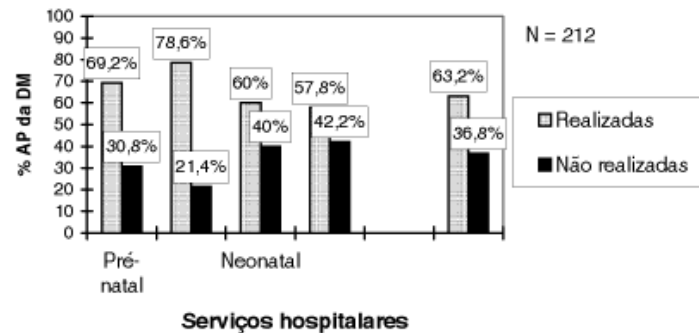
Em contrapartida, as AP específicas para a área *epidemiológica* eram realizadas em sua totalidade, entre elas estão: cobertura vacinal e campanha de vacinação contra doenças infecciosas.

Campanhas antifumo, anti-AIDS, programa de educação sexual, programas educativos de saúde geral e dentária são exemplos de AP que eram realizadas, em sua maioria, pelos responsáveis na área de *Educação para a Saúde*.

Nas áreas de Assistência à Mulher e à Criança, a maioria das AP também não eram realizadas. Entre essas AP, podem ser citadas: fornecimento de métodos de controle de natalidade para grupos de riscos para DM, triagem em massa para diagnóstico precoce de erros inatos do metabolismo<sup>2</sup> e programa de detecção precoce e triagem populacional para identificar crianças com risco para DM. Outras ações, porém, eram realizadas pela maioria das Secretarias, entre elas estavam: programa de nutrição para gestante de baixa renda, participação de enfermeiras e nutricionista, programa de planejamento familiar, levantamento de fenilcetonúria e de hipotireoidismo congênito.<sup>10</sup>

**Resultados Gerais sobre a Prevenção da DM realizada pelos hospitais da Grande Vitória - serviços de atendimento pré-natal, perinatal, neonatal e berçário.**

Os dados obtidos em 16 entrevistas, realizadas entre março e dezembro de 1996, indicam que os cinco *hospitais* públicos da Grande Vitória realizavam, em média, 63,2% das 212 AP possíveis, distribuídas da seguinte forma: 69,2 das 120 AP no período pré-natal; 78,6% das 15 possíveis na situação de parto; 60% das 49 AP no período neonatal; e 57,8% das 28 AP realizáveis no berçário, com se vê na [Figura 3](#).



**Figura 3:** Dados gerais da prevenção da DM realizada pelos serviços pré-natal, perinatal, neonatal e berçários de cinco hospitais públicos da Grande Vitória, considerando 212 AP possíveis.

Apesar desses dados quantitativos indicarem que a maioria das AP (68,2%) está sendo realizada, uma análise qualitativa mostrou que faltavam ou não estavam disponíveis informações básicas para a tomada de decisões na área, como os dados estatísticos de mortalidade materna e perinatal. As AP ocorriam especialmente no momento do parto, quando os principais fatores de risco estavam presentes, e, na maioria das vezes, sem a identificação prévia destes. Sua execução poderia evitar metade dos casos de retardo mental, segundo Frota-Pessoa (1983), pelo aconselhamento genético e com um manejo adequado pré e perinatal; assim como poderiam diminuir em 40% os casos de paralisia cerebral decorrentes de assistência obstétrica inadequada (Krynski, 1983).

Os cinco hospitais realizavam, em média, 71,1% das 141 ações de *Prevenção Primária* possíveis. Algumas dessas AP primária eram realizadas pelos serviços de atendimento *pré-natal* de todos os hospitais pesquisados, como, por exemplo, a assistência pré-natal de seis consultas<sup>11</sup>, no mínimo, cálculo da idade gestacional, registro de pressão arterial e movimentos fetais, tipologia sanguínea, citologia oncológica e outros exames; porém, nem todos esses locais realizavam e teste para identificação do vírus HIV. Além disso, era feito o controle da alimentação das gestantes, bem como o ganho e perda de peso das mesmas, mas nenhum hospital possuía um programa especial para a gestante de baixo peso, o que diminuiria a probabilidade de prematuridade, aborto, malformação congênita, raquitismo, paralisia cerebral, epilepsia e instabilidade emocional futura na criança (Alencar, 1982; Krynski, 1983; Matos, 1983).

A *Prevenção Secundária* (diagnóstico precoce e pronto-atendimento) era menos realizada (57,2%, em média, das 71 AP possíveis), também por falta de estrutura laboratorial e de especialistas em genética, por exemplo.

Em relação ao *atendimento pré-natal* dos hospitais, em média, estavam sendo realizadas metade das 138 AP possíveis, com destaque para o H-4- HUCAM, com 89% das AP relativas ao pré-natal em curso.

A maioria desses hospitais realizava programas de preparação da mulher para o parto. Estes, porém, não incluíam um trabalho com a gestante para redução da ansiedade em relação ao parto, o que reduziria o *stress* e as complicações obstétricas. A maior parte dos hospitais também não realizava um levantamento de indicadores de risco para doenças genéticas, aberrações cromossômicas e risco de erros inatos do metabolismo (EIM), em geral, por falta de estrutura laboratorial. Essas ações poderiam reduzir em 20% os casos de DM grave (Krynski, 1983).

Nenhum hospital fazia levantamento de indicadores de paralisia cerebral e de riscos demográficos ou do ambiente, que se interrelacionam, como ser mãe solteira, idades materna e paterna<sup>12</sup>, nível de escolarização da mãe<sup>13</sup>, condições sócio-econômicas desfavoráveis, residência em grandes altitudes, exposição à radiação, entre outros, indicados por vários autores, entre eles Knuppel e Drukker (1995). A inadequação do ambiente social da gestante é comum nas famílias com um só genitor, por sua associação com fatores sócio-econômicos, em que interagem padrões familiares de saúde e higiene, moradia, situação financeira, suporte emocional e social, tendo



efeitos diretos e indiretos, variados e profundos sobre o resultado da gestação. Assim, o fato da gestante não ser casada, principalmente sendo adolescente, a coloca em situação de gravidez de alto risco, da mesma forma que a gestante casada, mas vítima de maus tratos e sem auxílio ou apoio social: "As histórias reprodutivas (...) incluíam elevadas taxas de mortes, evidências de partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascimento e alta proporção de crianças com retardamento mental ou dificuldades de aprendizagem (...)", resultados que se repetem em uma ou mais gerações, segundo Aumann e Baird (1996, p. 27).

O *atendimento ao parto* inclui 15 AP da DM, que eram realizadas, em média, 78,6%, pelos cinco hospitais. Ter equipe permanente de parto, com anesthesiologista e neonatologista de plantão, além de enfermagem especialmente treinada; aparelhagem para ressuscitação do bebê; leitos de U.T.I. neonatal e evitar partos prolongados<sup>14</sup> são algumas das AP que diferenciaram os serviços entre si, podendo evitar cerca de 25% das mortes perinatais (Krynski, 1983). Destaca-se o hospital do município da Serra (H1), com 100% das AP realizáveis no parto em curso.

Dentre as ações de prevenção que os hospitais realizavam no *período neonatal*, podemos citar o uso do Boletim Apgar na avaliação do recém-nascido, o registro dos comportamentos induzidos pelo *stress*, o controle de infecção em prematuros, a identificação de risco neonatal e de grupos de risco para hipoglicemia neonatal, o levantamento de riscos mais freqüentes de distúrbios neurológicos e o exame neurológico ao nascer. Quase todos hospitais realizavam diagnóstico de Síndrome de Down, porém nenhum fazia diagnóstico de EIM através de exames de laboratório, como o "teste do pezinho", para identificação da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, bem como seu tratamento imediato. O Hospital Universitário (H-4) e o Hospital do Município da Serra (H1) novamente se destacam, agora no atendimento neonatal.

Em todos hospitais, afirmou-se que possuíam programas de estimulação precoce para recém-nascidos prematuros. Nesses programas, porém, não era feita a correção programada dos efeitos do *stress* pós-parto no bebê, a estimulação visual, auditiva, tátil, cinestésica, multimodal ou social. O Hospital do Município de Vila Velha (H-2) destaca-se com 96,4% das AP realizáveis no berçário.

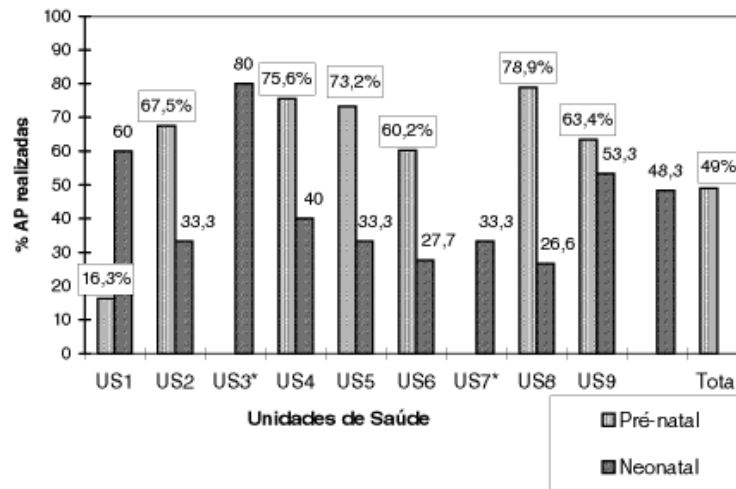
#### *Resultados Gerais das Unidades de Saúde- serviços de atendimento pré-natal e de pediatria.*

Os dados das 09 unidades de saúde, coletados entre julho e dezembro de 1996, em 20 entrevistas gravadas, mostram que, em média, eram realizadas cerca de 59,5% das 138 AP possíveis, indicando que há uma maior ênfase nas ações de Prevenção Primária (62,2% das 123 AP) do que na Prevenção Secundária (48,5% das 15 AP).

Os dados quantitativos indicaram que a maioria das AP estava sendo realizada, mas faltavam ou não estavam disponíveis dados estatísticos sobre os serviços.

Entre os 62,1% das ações de *Prevenção Primária* realizadas nas *US*, podemos destacar: acompanhamento pré-natal mínimo de 04 consultas, exames de rotina<sup>15</sup>, vacinas, controle da condição nutricional da gestante e tratamento de gestante portadora de sífilis congênita.

Entretanto, como se vê na [Figura 4](#), 51,7% das ações de *Prevenção Primária* de grande importância não eram realizadas pela maioria das *US*, como, por exemplo, levantamento de indicadores de risco para a DM (indicadores de risco para EIM, para doenças genéticas, aberrações cromossômicas e para paralisia cerebral), amniocentese na 16.<sup>a</sup> semana de gestação, dosagem sérica de alfa-betoproteína no soro materno, diagnóstico de hipóxia fetal, exame do líquido cefalorraqueano e tratamento de gestante com incompatibilidade de Rh.



\* US 3 e 7 funcionando sem médico ginecologista, o que impossibilitou a coleta de dados sobre o pré-natal.

**Figura 4:** Média das AP da DM nos serviços de atendimento pré-natal (120 AP possíveis) e neonatal (49 AP possíveis) das Unidades de Saúde da Grande Vitória.

Em relação à *Prevenção Secundária*, pode-se ver ainda na [Figura 4](#), que era menos realizada (48,3%) pelas *US*. Estas, de modo geral, realizavam ações como por exemplo: medidas periódicas de peso, de altura e de perímetro cefálico e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Ações como implantar programas de prevenção de doenças do metabolismo, de detecção e estimulação precoce e de triagem populacional para identificar crianças em risco para DM; a participação de equipe multidisciplinar e fornecer suplementação alimentar para o bebê, são exemplos de ações de prevenção não realizadas pela maioria das *US*.

### Discussão

A prevenção em saúde pública especificamente para a Deficiência Mental deveria ser uma preocupação presente para os governantes e administradores; preocupação esta traduzida em ações/medidas preventivas. Contudo, as pessoas responsáveis pela administração pública necessitam de subsídios para a tomada de decisões. Nesse sentido, a descrição do que pode ser feito, e do que está sendo realizado, inclusive com a identificação de agentes envolvidos, pode facilitar o processo de decidir. Em outros termos, o conhecimento teórico sobre as causas prováveis da deficiência não gera diretamente propostas de intervenção em nível preventivo, que devem, então, ser sistematizadas e apresentadas aos órgãos competentes.

Os dados obtidos na região metropolitana de Vitória, ES, assim aqueles encontrados em Campinas, SP (Enumo & Kerbauy, 1994), dão visibilidade à inexistência de uma política de saúde pública relacionada à prevenção da DM em seis cidades da Região Sudeste, como de resto ocorre em outros campos, expondo a variabilidade de atenção dada às ações de prevenção. Cada hospital e/ou unidade de saúde parece ter suas prioridades, sem que qualquer explicação, no plano técnico ou no plano social, possa ser encontrada para justificar as diferenças encontradas, a não ser as variações de recursos humanos e financeiros.

A pesquisa visava também mostrar se e como estavam sendo feitas as avaliações das ações de prevenção implementadas; entretanto, não foi encontrado qualquer tipo de avaliação, o que torna mais difícil a defesa da adoção de ações preventivas, pois evidenciar os efeitos de medidas preventivas talvez torne os programas preventivos mais atraentes aos administradores públicos. A avaliação de seus efeitos possibilitaria comprovar as vantagens de medidas preventivas, pelo menos em termos econômicos, em relação às medidas remediativas.

Este trabalho pode ser visto como uma forma de mostrar o que está sendo feito e pode ser feito no contexto sócio-econômico atual, em nível municipal, na área de prevenção. Ao apresentar alternativas para prevenção de deficiências, pretende-se contribuir para a área, num contexto e época definidos, propondo ações viáveis a um determinado contexto, mesmo sabendo que sua adoção depende de uma ação conjunta e coordenada de vários tipos de profissionais, entre eles o psicólogo, a exemplo da proposição de Ribes (1990, pp. 71-72, tradução livre das autoras):

A organização dos sistemas assistenciais à saúde, com vistas a melhorar sua ação preventiva (atenção e diagnóstico precoce) e sua ação curativa e reabilitadora, implica não só em rever os organogramas estruturais que fundamentam conceitual e administrativamente seu funcionamento, mas requerem também uma análise de sua operatividade a partir da perspectiva dos comportamentos individuais efetivos do pessoal médico e paramédico, o pessoal administrativo pertinente e dos próprios usuários que utilizam os serviços. Este problema constitui um campo de intervenção multidisciplinar no qual o papel do psicólogo, como analista do comportamento institucional, pode ser de fundamental importância.

Enumo, S. R. F., & Trindade, Z. A. (2002). Mental Deficiency Preventive Actions Directed to Pregnant Women and Newborn Children in the Public Health System. *Psicologia USP*, 13 (1), 106-132.

**Abstract:** The accomplishment of prevention in Public Health requires a systematized knowledge for the proposition of a program and its evaluation. When it comes to the prevention of Mental Deficiency, which afflicts around 10% of the population, little is known in Brazil. By adopting a methodology for cataloging MD preventive actions in hospitals and health units, with pregnant women and newborns, it was possible to describe and analyze the actions of the public health system in Greater Vitória/ES, indicating the levels of prevention which were most covered. Preventive actions (PA) of five large public hospitals, nine health units and six health offices, from 1996 to 1997 were studied. Data from 25 interviews show that these places made 51.5% of the 433 possible PA (57.4% of primary prevention and 45.5% of the secondary). Along with the particularization of the action of each municipality and place researched, the obtained data was useful for analyses and possible changes in maternal-infantile health indicators.

*Index terms:* Mental health services. Prevention. Mental deficiency. Public health. Neonates.

Enumo, S. R. F., & Trindade, Z. A. (2002). Prévention Contre la Déficience Mentale Des Femmes Enceintes et Des Nouveau-Nés Dans le Système De Santé Publique. *Psicologia USP*, 13 (1), 106-132.

**Résumé:** Faire de la prévention dans la santé publique est conditionné par une très bonne connaissance afin de proposer des programmes et les évaluer. Au Brésil, on sait peu de choses sur la prévention de la déficience mentale, qui atteint pourtant 10 % de la population. Adoptant une méthodologie et pour faire un catalogue des actions préventives de déficience mentale dans les hôpitaux et les unités de santé, pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, on a pu décrire et analyser les actions de santé publique dans la ville de Grande Vitoria (État du Espírito Santo), indiquant le niveau de prévention les plus couverts. On a regroupé les actions de prévention de cinq hôpitaux publics importants, neuf (31 %) unités de santé et six bureaux centralisateurs, entre 1996 et 97. Les données de vingt-cinq entrevues montrent que ces locaux réalisent 51,5 % des 433 actions de prévention possibles (57,4 % de prévention primaire et 45,5 % de secondaire). En détaillant les réalisations de chaque municipalité et local étudié, les chiffres fournissent des ressources pour des analyses et les modifications possibles dans les indicateurs de santé maternelle et infantile.

*Mots clés:* Service de santé mentale. Prévention. Déficience mentale. Santé publique. Nouveau-nés.

### Referências

Alencar, E. M. S. (1982). *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis, RJ: Vozes. [ [Links](#) ]

American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed., D. Batista, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. [ [Links](#) ]

APAE desenvolve programa para testes em recém-nascidos. (1986-1987). *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, 46, 85-87. [ [Links](#) ]

Aumann, G. M. E., & Baird, M. (1996). Avaliação do risco em gestantes. In R. A. Knuppel & J. E. Drukker (Orgs.), *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (W. M. F. Settineri, trad., pp. 13-36). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. [ [Links](#) ]

Barros, F., Victora, C., César, J., & Horta, B. (1994). *Diagnóstico das condições de saúde das mulheres e crianças do Espírito Santo*. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo; Pelotas, RS: UNICEF/Universidade Federal de Pelotas. [ [Links](#) ]

Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. (1986, julho). *Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial. Texto mimeografado. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1985). *A formação universitária em Educação Especial - Deficiência Mental-* no Estado de São Paulo: Suas características administrativas, curriculares e teóricas. Dissertação de Mestrado, São Carlos, SP, Universidade Federal de São Carlos. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1989). Deficiência mental: A problemática formação de professores no Estado de São Paulo. *Ciência e Cultura*, 41 (12), 1225-1229. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1993). *Prevenção de deficiência mental: Uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1996). Prevenção de deficiência mental em gestantes e recém-nascidos: Uma proposta metodológica para levantamento e intervenção em Saúde Pública. In L. R. O. P. Nunes (Org.), *Prevenção e intervenção em educação especial* (Coletâneas da ANPEPP, Vol. 1, No 14, pp. 13-30). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1997). Como prevenir a deficiência mental em saúde pública. *Temas em Psicologia*, 2, 57-73. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F. (1998). Uma análise da evolução do conceito de deficiência mental. In L. Souza, M. F. Q. Freitas, & M. M. P. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia: Reflexões impertinentes* (pp. 347-371). São Paulo: Casa do Psicólogo. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F., & Kerbauy, R. R. (1994). Prevenção de deficiência mental: Sua importância e concepções. *Boletim de Psicologia*, 44 (100/101), 31-40. [ [Links](#) ]

Enumo, S. R. F., & Kerbauy, R. R. (1995). Prevenção da deficiência mental nos períodos pré, peri e neonatal. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2 (3), 73-92. [ [Links](#) ]

Frota-Pessoa, O. (1983). Genética da deficiência mental. In S. Krynski (Org.), *Novos rumos da deficiência mental* (pp. 13-26). São Paulo: Sarvier. [ [Links](#) ]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1981). *Anuário estatístico do Brasil - 1981*. Brasília, DF: Autor. [ [Links](#) ]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1991). *Censo demográfico 1991- Características gerais da população e instrução: Resultados da amostra- n.º 1- Brasil*. Rio de Janeiro: Autor. [ [Links](#) ]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1996). *Anuário estatístico do Brasil - 1996*. Brasília, DF: Autor. [ [Links](#) ]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2001). *Síntese de indicadores sociais 2000- populações e indicadores sociais*. Rio de Janeiro: Autor. [ [Links](#) ]

Knuppel, R. A., & Drukker, J. E. (Orgs.). (1996). *Alto risco em obstetria: Um enfoque multidisciplinar* (W. M. F. Settineri, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. [ [Links](#) ]

Krynski, S. (Org.). (1969). *Deficiência mental*. Rio de Janeiro: Atheneu. [ [Links](#) ]

Krynski, S. (Org.). (1983). *Novos rumos da deficiência mental*. São Paulo: Sarvier. [ [Links](#) ]

Laffont, A. (1978). *Encyclopédie médico-chirurgicale-pédiatrie-1*. Paris: Editions Techniques. [ [Links](#) ]

Laurenti, R., Jorge, M. H. P., Lebro, M. L., & Gotlieb, S. L. D. (1987). *Estatísticas de saúde* (2a ed. revista). São Paulo: EPU. [ [Links](#) ]

Leavell, H., & Clark, E. G. (Orgs.). (1976). *Medicina preventiva* (M. C. F. Donnangelo, M. Goldbaume, & U. S. Ramos, trads.). São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: FENAME. [ [Links](#) ]

Matos, M. A. (1983, outubro). Ambiente e desenvolvimento infantil. *Pediatria Moderna*, 18 (5), 283-288. [ [Links](#) ]

Organização Mundial da Saúde /ONU. (1981). *Prevención de incapacidades y rehabilitación: Informe del Comité de Expertos de la OMS en prevención de incapacidades y rehabilitación* (Serie de Informes Técnicos, 668). Ginebra: Autor. [ [Links](#) ]

Ribes Iñesta, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca. [ [Links](#) ]

Robinson, H. B., & Robinson, N. M. (1975). Retardamento mental. In P. H. Mussen (Org.), *Carmichael- Psicología da criança* (Vol. 10, pp. 171-305). São Paulo: EPU. [ [Links](#) ]

Scott, K. G., & Carran, D. T. (1987). The epidemiology and prevention of mental retardation. *American Psychologist*, 42 (8), 801-804. [ [Links](#) ]

Secretaria Estadual de Ações Estratégicas e Planejamento. Departamento Estadual de Estatística. (1993). *Informações municipais do Estado do Espírito Santo*. Vitória, ES: Autor. [ [Links](#) ]

Wallace, H. M. (1976). Economic costs of fetal and perinatal casualties. In R. L. Brent, & M. I. Harris (Eds.), *Prevention of embryonic, fetal and perinatal disease* (DHEW Publication n.º (NHI) 76-853, pp. 19-25). Washington, DC: Government Printing Office. [ [Links](#) ]

Wegman, M. E. (1976). Saúde materno-infantil. In H. R. Leavell & E. G. Clark (Orgs.), *Medicina preventiva* (pp. 366-419). São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: FENAME. [ [Links](#) ]

World Health Organization. (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. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 56, 247-253. [ [Links](#) ]

Recebido em 17.12.2001  
Modificado em: 12.03.2002  
Aceito em 21.03.2002

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Estudos Gerais, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Av. Fernando Ferrari, s/n, Goiabeiras, Vitória, ES. Endereços eletrônicos: [enumosrf@npd.ufes.br](mailto:enumosrf@npd.ufes.br) e [trindade@zaz.com.br](mailto:trindade@zaz.com.br)

<sup>2</sup> Para os EUA, em 1970, estimou-se uma perda de 5,5 bilhões dólares/ano, decorrente de 118.604 mortes fetais e neonatais/ano. Cada criança com DM profunda custava US\$ 140.000 à nação, se vivesse até 40 anos, totalizando US\$ 3,5 bilhões/ano os cuidados com 6 milhões de portadores de DM (Wallace, 1976).

<sup>3</sup> Sua relação direta com a DM pode ser vista na medida em que 90% dos casos com Q.I. menor que 25 e 50% dos casos com Q.I. entre 25 e 50 morrem até os 5 anos de idade (Krynski, 1983).

<sup>4</sup> Campinas, SP, em 1991 e 1992.

<sup>5</sup> O índice esperado é de 15%.

<sup>6</sup> 14,8% de abortos provocados por chás e por curetagem, em clínicas de aborto; 80% tiveram que ser internadas.

<sup>7</sup> 23,8% das laqueaduras foram pagas por políticos em época de campanha eleitoral.

<sup>8</sup> Estes dados fazem parte de uma pesquisa integrada, financiada pelo CNPq entre 1995-97, com a participação de bolsistas de iniciação científica.

<sup>9</sup> Decréscimo de 17% na incidência de afetados por autossômicos recessivos (Krynski, 1983).

<sup>10</sup> Diminui a taxa de 3 nascimentos/mês de RN com fenilcetonúria e de 10 nascimentos/mês de hipotireoidismo congênito em SP (APAE desenvolve programa para teste em recém-nascidos 1986-1987).

<sup>11</sup> Fazer supervisão antenatal de 5 a 8 consultas compulsórias reduz a frequência de prematuros de 15% para 5% e a taxa de mortalidade perinatal de 63,3 para 19,2 (Laffont, 1978, p. 4002).

<sup>12</sup> 1 em cada 4 casos de síndrome de Down nasce de mãe com menos de 30 anos; acima de 35 anos as chances são de 1:150; 1/3 dos casos nascem de pai com 40 anos ou mais (Krynski, 1983).

<sup>13</sup> A mortalidade infantil é 3,5 vezes menor para mães com nível de instrução superior a 8 anos (IBGE, 2001, p. 48).

<sup>14</sup> Reduz a taxa de 80% de casos de RN em anóxia (Krynski, 1969).

<sup>15</sup> Tipagem sanguínea ABO e Rh, hemograma, protoparasitológico, V.D.R.L.- sífilis, urina I.



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

*Instituto de Psicologia*

**Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco A, sala 202  
Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira  
05508-900 São Paulo SP - Brazil  
Tel./Fax: +55 11 3091-1662**



[revpsico@edu.usp.br](mailto:revpsico@edu.usp.br)