

ROSANA JUSSIANI

FATORES DE RISCO A INSTALAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS E SUA PREVENÇÃO

PONTAL DO PARANÁ
2004

ROSANA JUSSIANI

FATORES DE RISCO A INSTALAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS E SUA PREVENÇÃO

Dissertação apresentada ao curso de Pós Graduação em Inclusão, na Universidade Federal do Paraná como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Educação Inclusiva.

Orientador: Professora Cláudia C. B. Cobalchini.

PONTAL DO PARANÁ
2004

DEDICATORIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de alguma forma estão envolvidas na educação dos portadores de necessidades educacionais especiais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda ajuda que tem me dado em conseguir realizar meus propósitos.

A professora Claudia Cibele Bittinger Cobalchini pela orientação na realização deste trabalho.

Aos professores do curso de Educação Inclusiva pelos esclarecimentos que em muito contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para efetivação deste trabalho.

Muito obrigado.

Rosana Jussiani

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	2
1.1 – Estudo das Deficiências.....	2
1.1.1 - O Conceito da incapacidade e sua importância.....	4
1.1.2 - Caracterização e classificação das deficiências.....	5
1.2 - Etiologia das Deficiências.....	9
1.3 - Fatores de risco para as deficiências na saúde materno-infantil..	17
1.4 – A Prevenção Primária dos defeitos congênitos.....	22
1.5 – Cuidados Básicos de Prevenção.....	29
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

INTRODUÇÃO

O acompanhamento da saúde materno infantil, durante a gestação constitui-se hoje, num poderoso agente, a fim de evitar-se o surgimento de novos casos de deficiências.

Buscou-se através deste estudo conhecer os fatores de risco relacionados a deficiência, e sua prevenção na saúde materno infantil.

Para tanto utilizou-se pesquisa bibliográfica, sobre as deficiências, onde buscou-se informações sobre as definições ora existente, as características e classificações próprias de cada uma dessas anomalias, no intuito de alertar-se a população, como forma de prevenção caso surjam novos casos .

No caso de falhar a prevenção e instalar a deficiência, faz-se recomendações que podem e devem ser utilizadas como formas auxiliares dos tratamentos a serem seguidos, servindo este material também, como referencial a pessoas que tem dificuldades em lidar com deficientes.

Conclui-se que somente uma efetiva prevenção feita durante todo o período gestacional, onde se leve a sério a saúde materno - infantil, poderá afastar de vez o risco do nascimento de novas pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 ESTUDO DAS DEFICIÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

Definição de Deficiência Mental

“A Deficiência Mental é definida como limitações substanciais no funcionamento atual, caracterizadas por funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, (antes dos 18 anos) coexistindo como limitações relacionados as duas ou mais áreas de conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho”.
(Associação Americana de Deficiência Mental /AAMD, 1992).

É importante salientar que o indicativo de deficiência mental só ocorre perante a manifestação simultânea dos três aspectos referidos na definição, “funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média”, “oriundo no período de desenvolvimento (antes dos 18 anos)” e inadequação no comportamento adaptativo (socialização).

Definição de Deficiência Auditiva

É a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da capacidade de compreender a fala através do ouvido.

Manifesta-se como: surdez levemente moderada perda auditiva de até 70 decibéis, que dificulta, mas não impede o indivíduo de se expressar oralmente, bem como de perceber a voz humana com ou sem a utilização de um aparelho.

Surdez severamente profunda: perda auditiva acima de 70 decibéis, que impede o indivíduo de atender, com ou sem aparelho auditivo a voz

humana, bem como adquirir, naturalmente, o código da língua oral. (Burlingame International d Audio phonologie/ BIAP) 1988.

A perda auditiva é medida, por aparelhos tecnológicos sofisticados que possuem margem de erro aproximado de 1% (um por cento).

Definição de Deficiência Física Não-Sensorial

"Deficientes físicos não sensoriais são os portadores de alterações musculares, ósseas, articulatórias ou neurológicas, em tal grau, que podem ter limitações na sua capacidade de locomoção, postura, movimento ou uso das mãos ou ainda, limitações do vigor, da vitalidade e da agilidade" (Utilson, M., 1975, vol. II).

A deficiência física afeta o indivíduo em sua coordenação motora global ou da fala, restringindo sua mobilidade.

Definição de Deficiência Visual

Refere-se a alteração na capacidade de perceber imagens, comprovada por diagnóstico, de especialistas na área, podendo ser caracterizada por perda total ou quase total da visão (cegueira) e visão reduzida ou visão subnormal (parcialmente cegas).

Complementando a definição temos que: a deficiência visual pode ser diagnosticada precocemente e facilmente por especialistas da área, e com a utilização de aparelhos tecnológicos sofisticados, com margem de quase 100% (cem por cento) de acertos.

Definição de Deficiência Múltipla

"São consideradas portadoras de deficiências múltiplas as pessoas que apresentam "duas ou mais deficiências primárias (da visão, da audição, mental e

E preciso deixar claro que somente é comprovado o diagnóstico de múltiplas deficiências quando o comprometimento em duas ou mais áreas for acentuado e necessitem de atendimentos em clínicas especializadas nas respectivas áreas.

Para melhor compreensão das deficiências relata-se a seguir, o conceito de incapacidade e sua importância.

1.1.1 O CONCEITO DA INCAPACIDADE E SUA IMPORTÂNCIA

Atualmente a OMS (Organização Mundial de Saúde) conceitualiza a incapacidade de uma pessoa como o resultado da interação do defeito da pessoa e as variáveis ambientais que incluem desde o ambiente físico, situações sociais e os apoios disponíveis, isto significa ter uma visão ecológica de incapacidade visando não só a pessoa, mas também o contexto real no qual ela está inserida.

Ao considerar-se este conceito,

“deficiência é a perda ou anormalidade da estrutura física do corpo humano ou uma disfunção psicológica, atividade é a natureza e extensão do nível de funcionamento de uma pessoa; e participação é a natureza e extensão do envolvimento da pessoa em situações cotidianas de vida relacionadas à sua deficiência, sua atividade, condições de saúde e fatores ambientais.”(Sistema de 1992 da AAMR Association American Mental Retard).

Igualmente o Instituto of. Medicine (1991) sugere que o déficit pessoal torna-se uma incapacidade apenas como o resultado da interação com o ambiente que não fornece apoios adequados para reduzir as limitações funcionais da pessoa.

“a) A incapacidade não é nem física, nem dicotomizada, ela é fluída e contínua e cambiante dependendo das limitações funcionais da pessoa e dos apoios disponíveis no ambiente dessa pessoa;

b) Nós diminuimos as limitações e melhoramos a incapacidade intervindo ou prestando serviços e apoios dirigidos ao comprometimento adaptativo e ao papel social;

c) A avaliação baseia-se no grau de redução das limitações funcionais, na melhoria do comportamento adaptativo e do papel social”.

Este conceito de incapacidade, tem significativo impacto no campo das incapacidades de desenvolvimento como verifica-se na definição, classificação e sistema de apoio da AAMR (Association American Mental Retard de 1992), no desenvolvimento da avaliação baseada em resultados, e o seu uso no movimento pela qualidade de vida.

1.1.2 CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

A deficiência mental pode ser caracterizada por um quociente de inteligência (QI) inferior a 70, média apresentada pela população, conforme padronizado em testes psicométricos ou por uma defasagem cognitiva em relação às respostas esperadas para a idade e realidade sócio-cultural, segundo provas, roteiros e escalas, baseados nas teorias psicogenéticas.

Segundo VERDUGO (1994), e segundo também a AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental) e DSM – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

referência aos elementos diagnósticos da deficiência mental. Assim, a utilização de um único código de diagnóstico de deficiência mental se afasta do conceito prévio amplamente baseado no QI, que estabelecia as categorias de leve, médio, severo e profundo. Deste modo a pessoa era diagnosticada como deficiente mental ou não, com base no comprometimento dos três critérios de: idade de instalação, habilidades intelectuais significativamente inferiores à média, limitações em duas ou mais das dez áreas de habilidades adaptativas estabelecidas”.

As terminologias de deficiência mental leve, média, severa e profunda deixam de ser utilizadas. Assim, um diagnóstico poderia se expressar do seguinte modo:

“uma pessoa com deficiência mental que necessita de apoios limitados em habilidades de comunicação e habilidades sociais. Este ou outros exemplos constituem descrições mais funcionais, relevantes e orientadas à prestação de serviços e ao estabelecimento de objetivos de intervenção, que o sistema de rótulos em uso até agora” (AAMR, 1992).

“Enquanto as suas implicações para intervenção com estas pessoas a importância que se atribui aos apoios necessários reflete a ênfase atual nas possibilidades de crescimento e potencialidades das pessoas; se centra no indivíduo, nas noções de oportunidade e autonomia; e na convicção de que estas pessoas não de estar e pertencer à comunidade” (AAMR, 1992).

“isto pressupõe assumir e aplicar a noção de rejeição zero, determinando a importância de dar para a todas as pessoas os apoios necessários para fomentar a sua independência/ interdependência, produtividade e integração na comunidade”.

“O sistema também reflete o fato de que muitas pessoas com deficiência mental não apresentam limitações em todas as áreas das habilidades adaptativas e, portanto, não precisam de apoios nessas áreas não afetadas. Esse sistema também exige uma mudança na concepção de prestação de serviços, frente a uma orientação de

de avaliações clínicas e nunca em função unicamente de um diagnóstico fechado que rotula a pessoa" (AAMR, 1992).

Em resumo, o enfoque dado por VERDUGO (1994) busca proporcionar uma avaliação detalhada do indivíduo e dos apoios de que ele necessita. Isso permite analisar separadamente todas as áreas em que podem existir necessidades e, então, providenciar uma intervenção, uma vez reconhecida sua interdependência. Esta abordagem permite que se tenha o enfoque adequado para o tratamento ou para o planejamento dos serviços que levem em consideração todos os aspectos da pessoa. A partir do ponto de vista do indivíduo, tem-se uma descrição mais apropriada das mudanças necessárias ao longo do tempo, levando em conta as respostas individuais para o desenvolvimento pessoal, para as mudanças ambientais, para as atividades educacionais e as intervenções terapêuticas. Finalmente, pelas citações de Verdugo entende-se que existem meios e possibilidades para que o ambiente social tenha como oferecer serviços de apoio que aumentem as oportunidades do indivíduo a fim de levá-lo a ter uma vida pessoal satisfatória.

Os indivíduos portadores de deficiência mental não são afetados da mesma forma, assim, dependendo do grau de comprometimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 1976, essas pessoas eram classificadas como portadoras de deficiência mental leve, moderada, severa e profunda.

Contudo, atualmente, tende-se a não enquadrar previamente a pessoa com deficiência mental em uma categoria baseada em generalizações de comportamentos esperados para a faixa etária.

O nível de desenvolvimento a ser alcançado pelo indivíduo irá depender não só do grau de comprometimento da deficiência mental, mas também da sua história de vida, particularmente, do apoio familiar e das oportunidades

Deficiência Mental Leve-Educável

Geralmente, a deficiência mental leve é detectada somente em idade escolar, porque a criança apresenta um leve atraso, porém não há diferença considerável das crianças normais, apresentando dificuldades principalmente nos aspectos acadêmicos (ler, escrever, contar). Os indivíduos inclusos nesse nível constituem-se a maioria da população com deficiência mental (cerca de 89% por cento).

Acredita-se que essa população tem todas as condições e possibilidades de serem inseridas na rede regular de ensino, tornando-se capazes de manter-se sozinhos econômica e socialmente.

Deficiência Mental em Nível Moderado – Treinável

A grande maioria dessas crianças são identificadas ao nascimento ou nos primeiros anos de vida, devido a evidência do atraso no desenvolvimento motor, mental, social e linguagem. No entanto se receberem atendimento especializado com estimulação precoce, adquirem grandes possibilidades de desenvolverem habilidades básicas de atividades da vida diária, como cuidados pessoais e comunicação. Em sua vida escolar, adaptar-se-ão ao ambiente e apresentarão progressos em conteúdos acadêmicos, elementares.

Se todos os deficientes receberem assistência adequada durante seu desenvolvimento, possivelmente quando adultos, conseguirão independência parcial econômica e social.

Deficiência Mental em Nível Severo – Treinável.

As pessoas inclusas nesse grupo evidenciam atrasos significativos

e independência individual. Ao receberem atendimento especializado, quando adolescentes e adultos, podem realizar tarefas simples em ambiente protegido com supervisão permanentes.

Apesar de não passarem de uma linguagem enfatizada e de não compreenderem o sentido das relações interpessoais, tendo observado através de experiência prática, que quando tratados de acordo, não com sua idade mental, mas sim com sua idade cronológica, observamos uma melhora de comportamento, em suas ações e atitudes atingindo resultados satisfatórios em sua educação.

Deficiência Mental em Grau Profundo – Dependente.

Devido ao grau significativo de comprometimentos as pessoas desse grupo, apresentam capacidades limitadas de aprendizagem de habilidades básicas, a grande maioria é totalmente dependente em seus hábitos de higiene e cuidados pessoais necessitando de apoio constante e em consequência não atingirão independência econômica e social.

1.2 ETIOLOGIA DAS DEFICIÊNCIAS

As deficiências podem ser produzidas por causas genéticas, e congênitas, por doenças infecciosas, por causas mecânicas, tais como quedas traumatismos que ocorram antes, durante e após o nascimento, e as deficiências físicas podem ainda ocorrer por exposições a Raio X e a tratamentos radioterápicos.

É extremamente difícil discutir as causas de deficiências adequadamente, e com precisão, pois de acordo com a AAMD (Association American

não classificadas, podendo ter causas diversas como anomalias ou distúrbios genéticos, danos cerebrais, privações ambientais, etc.

Deficiência Mental

De acordo com DUNN (1973) a maioria das causas de deficiência mental leve são ocasionadas por problemas culturais familiares, isso significa que a causa está relacionada com a interação de dois fatores, o ambiental (cultural) e hereditário (familiar)”.

Aproximadamente 89% (oitenta e nove por cento) da população de deficientes mentais possuem deficiência mental leve, portanto ao considerar esse percentual sente-se a necessidade eminente de uma prevenção primária, voltada para a comunidade e a instituição familiar.

São inúmeras as causas e os fatores de risco que podem levar à instalação da deficiência mental.

E importante ressaltar, entretanto, que muitas vezes, mesmo utilizando sofisticados recursos diagnósticos, não se chega a definir com clareza a etiologia (causa) da deficiência mental.

A. Fatores de Risco e Causas Pré Natais: são aqueles que vão incidir desde a concepção até o início do trabalho de parto, e podem ser:

- desnutrição materna;
- má assistência à gestante;
- doenças infecciosas: sífilis, rubéola, toxoplasmose;
- tóxicos: alcoolismo, consumo de drogas, efeitos colaterais de medicamentos (medicamentos teratogênicos), poluição ambiental, tabagismo;

inatos do metabolismo (fenilcetonúria), Síndrome de Williams, esclerose tuberosa, etc.

B. Fatores de Risco e Causas Perinatais: os que vão incidir do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, e podem ser divididos em:

- má assistência ao parto e traumas de parto;
- hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente);
- prematuridade e baixo peso (PIG - Pequeno para idade Gestacional).
- icterícia grave do recém nascido - kernicterus (incompatibilidade RH/ABO)

C. Fatores de Risco e Causas Pós Natais: os que vão incidir do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser:

- desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global;
- infecções: meningoencefalites, sarampo, etc. ;
- intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio, etc.);
- acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc.
- infestações: neurocisticercose (larva da Taenia Solium).

Deficiência Auditiva

A maioria das pesquisas internacionais com relação à surdez congênita indica que 46 a 60% de todos os casos de disacusia são geneticamente determinados. Em 70% dos casos, a surdez é não sindrômica (isolada), podendo apresentar qualquer um dos tipos de herança monogênica.

Normalmente a surdez genética é congênita, mas algumas formas surgem e progredem na idade adulta (surdez dependente da idade) até a completa perda da audição; esse fenômeno é comum quando a surdez é autossômica

mesmo não-genética, de início tardio de algumas pessoas. Outras formas dependem inteiramente de fatores ambientais para se manifestarem.

De acordo com AMIRALIAN (1986) instituí-se um grave problema para a criança que cresce com uma perda auditiva profunda.

Pois é através das palavras que a criança conhece as regras e adquire o vocabulário da linguagem que a cerca.

LEVINE (1962), em seu livro sobre a psicologia da surdez, aponta a aprendizagem da linguagem por um surdo congênito como talvez uma das mais difíceis aprendizagens a que está exposto o ser humano.

Portanto a criança com grave deficiência auditiva, está sujeita a muito mais do simplesmente ouvir os outros e adquirir linguagem. Implica além do empobrecimento dos meios de informação, uma desmotivação da criança acarretando todo um prejuízo em suas relações afetivas e sociais.

Causas Pré-Natais

- **de origem hereditárias** (surdez herdada monogênica, que pode ser uma surdez isolada da orelha interna por mecanismo recessivo ou dominante ou uma síndrome com surdez); e uma surdez associada a aberrações cromossômicas.
- **de origem não hereditárias** (causas exógenas), que podem ser:
 - Infecções maternas por rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes, toxoplasmose.
 - Drogas ototóxicas e outras, alcoolismo materno
 - Irradiações, por exemplo Raios X
 - Toxemia, diabetes e outras doenças maternas graves

- Trauma de Parto - Fator traumático / Fator anóxico
- Doença hemolítica do recém-nascido (icterícia grave do recém-nascido)

Causas Pós-natais

- Infecções - meningite, encefalite, parotidite epidêmica (caxumba), sarampo
- Drogas ototóxicas
- Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)
- Traumas físicos que afetam o osso temporal

Causas de Deficiência Física Não-Sensoriais

Segundo Wilson (1975), as deficiências físicas são classificadas em função de suas implicações na educação enumerada em três categorias:

a) Deficiências que resultam em menor rendimento escolar, em virtude da falta temporária ou crônica do vigor, vitalidade ou agilidade.

b) Deformações ósseas que afetam a locomoção e a postura das mãos no trabalho escolar;

c) Deformações neuromusculares que limitam a capacidade de locomoção, de sentar-se em sala-de-aula e de manipular os materiais indispensáveis à aprendizagem”.

Comprometimento Leve

Quando a pessoa caminha e fala, no entanto, apresenta movimentos físicos descoordenados, lentidão ou inabilidade para desenvolver atividades que exijam coordenação e controle motor.

Comprometimento Moderado

Refere-se as pessoas que apresentam dificuldades para falar, como

Comprometimento Grave

Diz-se da pessoa que apresenta controle restrito dos braços, mãos e pernas, podendo, ainda estarem afetados os músculos que controlam a fala.

Segundo AMIRALIAN (1986) “os problemas de natureza física são ocasionados por três principais características; a primeira de ordem neuromuscular, resultante de lesões no sistema nervoso central, a segunda decorrentes de prejuízos no sistema nervoso periférico (nervos e músculos fora do sistema nervoso central), e a terceira devido a lesões resultantes de um trauma ou doença que destrói nervos, músculos ou ossos.

Quando nos referimos a pessoas com deficiência física torna-se difícil estabelecer características específicas ao grupo, seja elas psicológicas educacionais ou sociais, constituindo uma categoria heterogênea, com um único denominador comum, dificuldade de locomoção, devido aos problemas físicas.

Causas Pré-Natais

- “a) degeneração do cérebro;
- b) infecções intra-uterinas como rubéola, toxoplasmose e sífilis;
- c) falta de circulação sangüínea do feto;
- d) radiações;
- e) tóxicos: álcool, chumbo e drogas.”

Causas Peri-Natais

- “a) prematuridade;
- b) parto demorado;
- c) hemorragia intracraniana;

Causas Pós-Natais

- “a) infecções no cérebro como meningite e encefalite;
- b) inflamações e abscessos no cérebro;
- c) traumatismo no crânio (quedas ou outros acidentes).”

Deficiência Visual

A deficiência visual é uma perda traumática, pelo fato que o mundo é organizado por símbolos (palavras, imagens e quadros) que atuam como veículos de informações, além disso a perda visual é identificada facilmente pela aparência ou por seus movimentos.

“O sentido visual parece ser aquele que oferece a experiência humana mais variada e objetiva.... Isto porque a forma visual dá detalhes que nenhum outro sentido pode fornecer; ao mesmo tempo, traz objetos em relação simultânea de posição, distância, tamanho e forma.”(Ameralian, 1986).

Pode ser caracterizada por perda total ou quase total da visão (cegueira) e por visão reduzida ou visão subnormal (parcial/ e cega).

Perda Total ou Quase Total da Visão (cegueira)

As pessoas portadoras de cegueira são as que apresentam perda total ou resíduo mínimo de visão em tal grau, que necessitam do Sistema Braille como meio de leitura e escrita e/ou de outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação.

Visão reduzida ou visão subnormal (parcialmente cegas).

Esse grupo constitui-se de pessoas que embora apresentem distúrbios de visão, possuem resíduos visuais, os quais lhes permitem ler textos

especiais para sua educação excluindo as deficiências facilmente corrigidas pelo uso adequado de lentes.

Causas Pré-Natais

- “a) fatores genéticos;
- b) infecções intra-uterinas, tais como rubéola, toxoplasmose, sífilis.”

Causas Peri-Natais

- “a) excessiva concentração de oxigênio na incubadora (bebê prematuro);
- b) conjuntivite purulenta, causada por gonococos.”

Causas Pós-Natais

Segundo Mazzotta (1993) consta na Coleção Educação Especial Fundamentos, são as seguintes:

- “a) tumor maligno como retinoblastoma;
- b) deficiência de vitamina do grupo A;
- c) traumatismo causado por objetos cortantes e/ou pontiagudos, golpes de cabeça ou de face;
- d) lesões provocadas por substâncias caústicas;
- e) infecções intra-oculares;
- f) pressão intra-ocular aumentada (glaucoma).”

1.3 FATORES DE RISCO PARA AS DEFICIÊNCIAS NA SAÚDE MATERNO – INFANTIL

Para a compreensão correta da prevenção das deficiências envolvendo Saúde Materno Infantil é necessário considerar-se tanto as variáveis biológicas quanto as variáveis sociais, pois elas encontram-se intrinsecamente ligadas.

No entanto esta relação não é ao acaso, mas características de uma classe social.

Devido a esses fatores é necessário a análise da saúde materno infantil sobre ambos aspectos.

“Mães e filhos devem merecer consideração especial nas discussões de medicina preventiva, uma vez que constituem um grupo exposto a maior risco.” (LEAVELL, CLARK, 1977).

Risco este referente ao período que vai da concepção a maturidade, período este em que ocorrem as principais alterações.

As causas de mortalidade estão diretamente relacionadas as diferentes faixas etárias. No primeiro dia de vida, assim como no primeiro mês de vida as mortes ocorrem devido a causas natais ou neo natais.

Quanto aos fatores de risco, o fator mais freqüente ocorre no período neonatal, já no período peri-natal as mortes devem-se à asfixia, ao parto demorado e as más formações congênitas. Logo após o primeiro mês aparecem como causas principais as doenças respiratórias e gastrointestinais.

“A promoção da saúde, primeiro nível de prevenção, é a ferramenta básica para todo o período da infância e maternidade sob a forma de supervisão, durante o crescimento”. (Leavell e Clark, 1977, cap.12, pag. 322).

Conforme a intensidade da doença já instalada sua prevenção deve ser melhor, assegurada através da prevenção secundária, para isso é essencial que a saúde pública seja fortalecida para que haja eficiência.

A saúde materno infantil constitui-se como um problema, preventivo especial, necessitando, portanto de divisões convenientes a maternidade, o período neo – natal, a infância, o período pré – escolar e a idade escolar, incluindo a transição para a idade do trabalho.

Os desajustamentos sociais que afetam mães e crianças devem merecer especial atenção por todas as atividades preventivas, já que as crianças durante seu crescimento e desenvolvimento necessitam de orientação e cuidados constantes de um adulto.

Antes de apresentar os fatores de risco para as deficiências acha-se importante apresentar o conceito de prevenção, ou seja, de acordo com o Manual de Orientação à Prevenção de Deficiências elaboração pelo Ministério da Saúde, em Brasília no ano de 1994, e segundo definição adotada pela Organização das Nações Unidas prevenção significa:

“A Adoção de medidas destinada a impedir que se produzam deficiências físicas, mentais ou sensoriais ou impedir que as deficiências quando já se produziram, tenham conseqüências físicas, psicológicas sociais negativas” (Brasil, 1994).

LEAVEL E CLARK (1976), nos esclarece que: “A Prevenção se dá em três níveis que são: Prevenção de Nível Primário, Secundário e Terciário”.

Prevenção em Nível Primário

A prevenção primária tem como objetivo remover fatores de risco, assim:

representadas por melhor nutrição, melhor assistência materno-infantil, vacinação, segurança de trabalho, aconselhamento genético e diagnóstico de anormalidades genéticas (ainda intra-útero) com as medidas conseqüentes”. (Assumpção Júnior 1991, pg. 26,27).

Ao analisar a descrição de Assumpção Júnior, acima, percebe-se que a prevenção primária, se dá pelo sistema de saúde nas empresas e por serviços especializados.

A prevenção primária impede que a doença ocorra evitando suas causas, sendo realizada no período Pré-Patogênico, ou seja, antes do surgimento de qualquer doença.

“Este tipo de prevenção visa a promoção da saúde, com a implantação de serviços de saneamento básico, ajudando na manutenção e implantação de hábitos de higiene pessoal e ambiental, visando o aperfeiçoamento dos vínculos familiares, visando o aumento da renda familiar, sendo esse último, com o intuito de atender as necessidades básicas, como nutrição balanceada e suficiente.

Este tipo de prevenção visa também a vacinação contra certas doenças, cuidados de puericultura, controle na gestação de alto risco, dando especial atenção à desnutrição das gestantes e das crianças.

A prevenção primária visa também a detecção precoce de doenças quando ela ainda é assintomática, ou seja ainda não apresenta os sintomas característicos, visando com isso o seu tratamento precoce, a fim de impedir seu avanço, sendo que este tipo de prevenção é realizada a nível ambulatorial” (LEAVEL E CLARK, 1976).

Prevenção em Nível Secundário

A prevenção secundária consiste na detecção da doença em estágio inicial, e no tratamento imediato buscando impedir o progresso da doença e a instalação de permanentes limitações, e ainda:

“Prevenção Secundária é caracterizada pelo diagnóstico e intervenção precoce, tratamento biomédico e cirúrgico e por conseguinte de apoio às famílias”.

(Assumpção Junior, 1991, pg. 24,27)

Pode se observar que grande parte da prevenção secundária é realizada em âmbito clínico e compreende o diagnóstico precoce e pronto atendimento, bem como a limitação das seqüelas.

Prevenção em Nível Terciário

A prevenção terciária caracteriza-se pelas intervenções clínicas destinadas à pacientes com doenças já instaladas, proporcionando desta forma atendimento adequado, para que as seqüelas não sejam agravadas.

“Prevenção Terciária constitui na formulação de diagnóstico, tratamento biomédico e cirúrgico, serviço pré-escolares, educação especial, programas-profissionalizantes”. (Assumpção Junior, 1991, p. 24).

O objetivo da prevenção em nível terciário é o de oferecer a pacientes debilitados uma melhoria da qualidade de vida por um tempo mais prolongado.

Segundo FLETCHER et al (1996) quase inexistem programas fora do sistema de saúde, no entanto há muitos profissionais de saúde, além dos médicos, atuando na prevenção terciária.

Portanto observa-se que a prevenção em nível terciário engloba além da reabilitação de portadores de deficiências auditivas, visuais e físicas, e a habilitação de pessoas portadoras de deficiência mental e de deficiências Neuro-Sensoriais.

Esclarece-se ainda, que de acordo com LEAVELL e CLARK (1977) crescimento e desenvolvimento constituem fatores fundamentais que justificam a consideração em separado dentro da saúde materno infantil.

utilização de ambas as palavras bem como de seus conceitos, deve ser conjunta a medida que afetam-se reciprocamente. Igualmente, ocorrem nos processos de crescimento, não apenas nas categorias físicas, mentais e emocionais, mas também as químicas, fisiológicas, hematológicas, sociais e outras.

1.4 A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DOS DEFEITOS CONGÊNITOS

Os defeitos congênitos são anomalias morfológicas ou funcionais, presentes ao nascimento, de causa genética e/ou ambiental, pré ou pós concepcional, que afetam entre 5 a 10 % dos nascimentos, constituindo a segunda causa de mortalidade infantil em muitas populações sul-americanas.

As explanações anteriormente transcritas se restringem à prevenção primária dos defeitos congênitos, fundamentalmente na fase pré-concepcional, sem cobrir outros tempos da prevenção, como a secundária ou pré-natal, nem a terciária ou pós-natal.

Como a metade dos casos de defeitos congênitos podem ser prevenidos, isto implica num princípio de responsabilidade moral para a sociedade, agravado na classe médica quando a causa é iatrogênica, ainda que indiretamente, como no caso da automedicação.

As medidas de prevenção propostas são simples, efetivas e econômicas, e surtem efeitos quando se trata de problemas não prioritários em saúde.

A coexistência, em nosso país, de duas sub-populações com diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico, geralmente atendida por dois sistemas de saúde diferentes, deve ser levada em conta, centralizando-se as ações na prevenção primária para as classes baixas, na prevenção secundária para as classes altas e na prevenção terciária para ambas.

Doenças maternas transmissíveis

Rubéola: O vírus é passado de mãe para filho durante a gravidez, sendo que ocorrem malformações congênitas de maior gravidade quando a infecção ocorre nas seis primeiras semanas de gestação. O vírus tem afinidade por tecidos em formação. Há excreção de vírus nos fluídos biológicos em 90% das crianças ao nascimento, 30 a 50% aos 6 meses e menos de 10% aos 12 meses.

Mal Formações Associadas à Rubéola

- Catarata congênita
- Deficiência auditiva
- Malformações cardíacas constituem a tríade de Gregg
- Deficiência mental
- Retardo no crescimento fetal e pós natal
- Retinopatia pigmentar, glaucoma, opacificação da córnea.
- Persistência do ducto arterial, defeito do septo interventricular, necrose do miocárdio, estenose e coarctação da aorta.
- Microftalmia, paralisia cerebral, retardo psico-motor, autismo, distúrbios auditivos centrais, encefalite
- Púrpura trombocitopênica, anemia hemolítica
- Alterações ósseas
- Alterações pulmonares (Pneumonite intersticial)
- Alterações da pele (Exantema crônico)
- Outros: adenopatias, diarreia recorrente ou persistente, anomalias dermatoglíficas

Toxoplasmose: Moléstia infecciosa, causada por protozoários

Os cientistas pensavam que este protozoário minúsculo com cerca de 5x2 micra, fosse parasita apenas de animais, mas logo as pesquisas permitiram concluir que o *Toxoplasma Gondii* também se alojava no corpo humano através do contágio com animais infectados domésticos tais como: gatos, cães, coelhos, pombos e outros.

A toxoplasmose não se manifesta com muita freqüência; na maior parte das vezes assume a forma benigna. Porém, quando adquirida durante a vida intra-uterina, provoca lesões relativamente sérias.

Citomegalovírus: O Citomegalovírus (CMV) pertence à família dos herpes vírus; é muito comum; infecta aproximadamente a metade da população de adultos jovens nos EUA. Raramente causa problemas sérios, exceto em pessoas que tenham seu sistema imunitário comprometido e nas gestantes, dado seu poder de interferir na formação de órgãos e tecidos fetais. É encontrado na saliva, urina e outros fluídos corpóreos como o sêmen, secreções vaginais, podendo, portanto, ser transmitido nas relações sexuais. Também pode ser transmitido facilmente por outras formas de contato físico como, por exemplo, o beijo. Como os outros herpes vírus, o CMV, após a infecção, permanece no organismo, normalmente em estado inativo, podendo ser reativado em determinadas situações.

Com o objetivo de reduzir o risco da transmissão para o feto, particularmente durante o primeiro trimestre de gravidez, as mulheres grávidas devem usar preservativos em todas as suas relações sexuais. A exposição durante a gravidez é considerada a principal causa de infecção pelo CMV em recém-nascidos. Crianças infectadas antes ou logo após o nascimento eliminam CMV pela saliva e urina, o que pode ser um fator importante na disseminação do vírus e na infecção de

Catapora: Varicela ou catapora é uma doença viral exantemática altamente contagiosa sendo sua transmissão por microgotículas, ou seja, é suficiente a simples presença de alguém infectante no mesmo ambiente.

O exantema da Varicela aparece com pequenas pápulas rosadas que dentro de um dia se transformam em pequenas vesículas (bolhas) de 2 a 5 mm com conteúdo amarelo turvo. Estas vesículas secam formando uma crosta escura que em alguns dias caem. O exantema pode ser visível por mais de uma semana e podemos encontrar ao mesmo tempo lesões em todos os estágios (crostas, vesículas se iniciando, cicatrizes). As lesões cutâneas podem ser encontradas por todo o corpo, principalmente na face, na mucosa oral e genitais. Característica específica desta doença é o acometimento do couro cabeludo. As lesões são em geral muito pruriginosas (coçam muito)

O tempo de incubação varia de 11 a 21 dias sendo na média de 18 dias. A Varicela é contagiosa desde dois dias antes do aparecimento do exantema (manifestações cutâneas) até a queda da última crosta.

Sífilis: É uma das conseqüências da disseminação do *Treponema pallidum*, através da corrente sangüínea, da gestante infectada para o seu concepto. A transmissão pode ocorrer durante toda a gestação, sendo o risco maior nas gestantes com sífilis primária ou secundária.

As conseqüências da sífilis materna sem tratamento incluem: abortamento, natimortalidade, prematuridade, recém-nascido (RN) com sinais clínicos de sífilis congênita e RN aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente.

- Redução do número de parceiros sexuais.
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Realização do teste VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar.
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Herpes simples: Infecção recorrente (vem, melhora e volta) causadas por um grupo de vírus que determinam lesões genitais vesiculares (em forma de pequenas bolhas) agrupadas que, em 4-5 dias, sofrem erosão seguida de cicatrização espontânea do tecido afetado. As lesões com frequência são muito dolorosas e precedidas por eritema (vermelhidão) local.

Outras doenças: Pouco se sabe sobre a ação teratogênica de outras doenças transmissíveis como o vírus da deficiência imuno adquirida (HIV), o parvovírus B19, a gripe, o sarampo e inclusive de nossas grandes endemias: Chagas, esquistossomose, leishmaniose, malária, tuberculose, febre hemorrágica.

Medicamentos e drogas não medicamentosas

A falta de controle na venda de medicamentos, a automedicação e a prescrição por parte do comerciante que vende o medicamento, junto com a falta de programas efetivos de planificação familiar definem a dramática realidade de vários países.

tranqüilizantes e imunossupressoras, mas que teve seu uso proibido em 1961 por ser dotada de poder teratogênico desastroso quando ingerida por mulheres grávidas no início da gestação. (Seu emprego está reservado ao tratamento da lepra e, em alguns casos, para impedir a rejeição de enxertos.)

Isotretinoína: As recomendações estritas da Sociedade de Teratologia Norte-americana para o uso de isotretinoína em mulheres em idade fértil deveriam ser divulgadas entre os dermatologistas sul-americanos. A contra-indicação do uso de vitamina A durante a gravidez deve ser divulgada entre os obstetras e a população em geral, substituindo-a por uma dieta rica em carotenóides (cenoura, tomate, mamão).

Antiepiléticos: Deve-se preferir a monoterapia e diminuir ao máximo as doses de qualquer antiepilético durante o primeiro trimestre. O fenobarbital apresenta, comparativamente, o menor risco para a criança. Entretanto, é difícil dar uma norma genérica para o uso de antiepiléticos durante a gravidez, já que o tratamento depende da resposta individual.

Hormônios: O motivo de uso mais freqüente se constitui na chamada "prova hormonal de gravidez".

Cumarínicos: O uso dos anticoagulantes cumarínicos se limita às mulheres portadoras de prótese valvular cardíaca, o que permite um bom controle da medicação. Basta, portanto, manter a classe médica devidamente informada sobre a teratogenicidade da warfarina durante a gravidez.

Misoprostol: Como seu uso mais freqüente é como abortivo, o uso do misoprostol no primeiro trimestre da gestação está vinculado à falta de uma planificação familiar efetiva e a proibição do aborto. Uma melhor política de distribuição de rendas e a melhoria das condições familiares seriam mais efetivos que os esforços para controlar a venda de medicamentos.

Drogas não medicamentosas

Fumo: O fumo é um dos poucos fatores de risco preveníveis que incide visivelmente nas estatísticas de mortalidade perinatal. Deve-se oferecer às gestantes um programa ativo para deixar de fumar, assim como ampliar as campanhas contra o fumo a fim de fazer oposição a publicidade permanente que estimula seu uso.

Alcool: Trata-se de outro fator de risco sumamente importante porque afeta uma grande porcentagem da população e porque o dano mental causado à criança que vai nascer é irrecuperável. As campanhas educacionais são fundamentais, pois a população costuma ignorar este risco. Estas campanhas devem-se referir ao álcool e não ao "alcoolismo", já que o risco para o feto não tem limiar crítico identificado.

Cocaína e outras drogas: A criação de centros de recuperação de dependentes, pelo menos nos grandes centros urbanos, pode ser suficiente para o apoio às gestantes que em geral desejam abster-se de drogas nesse período.

1.5 CUIDADOS BASICOS DE PREVENÇÃO

Anualmente no Brasil milhares de crianças nascem com ou adquirem deficiências, que poderiam ser evitadas ou ao menos limitadas em seus efeitos sobre a vida das crianças e de suas famílias através de medidas sanitárias básicas, orientação pré-natal, cuidados pré e pós – natais, nutrição adequada antes, durante e após a gestação, cuidados, vacina contra doenças infecciosas e aconselhamento genético.

Percebe-se que as ocorrências anormais nos períodos pré e peri – natais, acidentes, traumatismos doenças infecciosas, problemas de ordem genética e nutrição inadequada das mães e crianças constituem as principais causas de deficiência.

Pesquisas na área da prevenção de deficiências indicam os cuidados que devem ser tomados em quatro momentos importantes: antes da gestação, durante a gestação, no nascimento e após o nascimento.

Antes da Gestação

Esses cuidados estão, relacionados às condições gerais do casal, principalmente à futura mãe.

De acordo com o que consta na Coleção Educação Especial APAE (MAZZOTTA, 1993 p. 14 e 15) são os seguintes cuidados:

“a) A vacina contra rubéola ministrada na futura mãe seis meses antes da gestação previne no futuro bebê a ocorrência de deficiências como cegueira, surdez, microcefalia, deficiência mental e paralisia cerebral.”

E sabido que cerca de 35% (trinta e cinco por cento) das crianças

gravidez, no entanto é importante saber que a mulher grávida não deve tomar a vacina, pois o efeito é o mesmo que tivesse contraído a rubéola.

“b) O tratamento medicamentoso contra a toxoplasmose na mãe evita que a criança nasça com hidrocefalia, microcefalia, calcificação cerebral, surdez e cegueira.”

A toxoplasmose é uma doença produzida por um protozoário, transmitido pelo contato com gatos e outros animais ou pela ingestão de carne crua ou mal passada.

“c) O tratamento medicamentoso, contra a sífilis, previne o nascimento de criança portadora de deficiência física, mental ou visual”.

A sífilis é uma doença transmitida através do ato sexual, produzida por uma bactéria.

“d) Mães que possuem RH- (negativo), cujos maridos e filhos possuem RH+ (positivo) ou vice-versa devem tomar a vacina Rogan, usada até 72 horas após o parto para poder ter outros filhos saudáveis.”

A incompatibilidade sangüínea pode causar lesões irreversíveis no cérebro, mas podem ser evitadas por transfusão do sangue do bebê ou ainda por banho de luz, nos casos mais simples.

“e) Outras medidas devem ser tomadas como: evitar casamentos consangüíneos; evitar a gravidez após os 35 anos de idade, visto que estudos apontam que a Síndrome de Down parece estar associada à idade da mãe, aumentando a incidência após os 35 anos; e buscar aconselhamento genético quando há familiares com deficiência.”

Durante a Gestação

“a) Evitar exposição à irradiações de Raio X, principalmente nos primeiros meses de gestação, para prevenir deficiências no feto, como: microcefalia, nanismo, cegueira e surdez;

b) Evitar o uso de álcool, drogas e cigarro. O álcool em excesso durante a gravidez pode causar microcefalia, problemas cardíacos e deficiência mental na criança. Há indicativos que as crianças de mães fumantes nascem com peso menor que as crianças de mães não fumantes. A gestante deve também evitar ingestão de qualquer medicamento sem orientação médica;

c) A alimentação adequada no período de gestação contribui para a saúde da mãe e do futuro bebê.

d) Antes da gestação bem como durante as mães devem realizar os exames para detecção da sífilis e da toxoplasmose, como já dito anteriormente.

e) A diabetes pode ocorrer durante a gravidez, e os sintomas são os seguintes: aumento excessivo de peso, crescimento fetal maior que o esperado, grande quantidade de líquido amniótico. A detecção da diabetes é feita através de exames que medem os níveis de açúcar no sangue.”

Atualmente a medicina conseguiu baixar consideravelmente o índice de mortalidade e deformações, e a maioria das crianças nascem no prazo normal e de parto natural, mas para isso é necessário acompanhamento médico.

No Nascimento

“a) Cuidados especiais com bebês prematuros que deverão receber assistência hospitalar com incubadoras, berços aquecidos e respiradores.

b) Realização do parto em maternidade para assegurar o pronto

c) Traumas no nascimento ou traumatismos cranianos são ocasionados pelo uso de fórceps, ou pela posição da criança ao nascer, pode conduzir a deficiência, pois machucam ou atingem a cabeça do bebê.

d) A falta prolongada de oxigênio causa lesões no cérebro, podendo ocasionar a deficiência mental;

Após o Nascimento

“a) Detecção precoce da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito, através da coleta de uma gota de sangue do calcanhar do recém-nascido, conhecido como o “teste do pezinho.” A identificação nos primeiros dias de vida possibilita a realização do tratamento adequado prevenindo a ocorrência de deficiência mental.

b) Vacinação contra doenças infectocontagiosas como: meningite (causa de surdez, hidrocefalia e deficiência mental); poliomielite (causa de deficiência motora); sarampo (causa de surdez, cegueira e deficiência mental).

c) Proteção contra acidentes que podem causar deficiências tais como: saco plástico que podem asfixiar a criança; objetos pontiagudos como tesouras, facas, agulhas, medicamentos, inseticidas e produtos de limpeza devem ser mantidos fora do alcance das crianças;

d) Satisfação das necessidades básicas da criança em termos afetivos e cuidados com a alimentação, higiene e saúde.

e) Muitas deficiências podem ser causadas pela falta de uma boa alimentação. A desnutrição deixa naqueles que sobrevivem seqüelas irreparáveis em seu crescimento e desenvolvimento mental, principalmente nos dois primeiros anos de vida;

principalmente se for subnutrida, daí a importância da vacinação, pois as vacinas protegem a criança contra muitas doenças da infância e é a melhor e a única medida de prevenção contra essas doenças”.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção das deficiências é um assunto que deve interessar a todos os cidadãos, já que uma em cada dez pessoas são portadoras de algum tipo de deficiência.

Todos os avanços conquistados nas áreas da medicina, da psicologia e da educação indicam que a única alternativa para combater-se a deficiência é a prevenção.

O primeiro passo, a fim de prevenir-se o surgimento de novos casos de deficiência, é conhecer-se as suas causas e suas peculiaridades.

Sabe-se que a deficiência não é uma doença, mas pode ser causada por vários fatores, como doenças hereditárias, acidentes, e por fatores genéticos.

A prevenção deve ter início antes mesmo de a mulher engravidar, e prolongar-se até depois do parto.

Teve-se a oportunidade durante este estudo, de vir a conhecer mais profundamente as causas do surgimento dos vários tipos de deficiências, bem como as conseqüências que sua instalação acarreta.

Constatou-se que a falta de informação, ainda, é o maior empecilho para a prevenção.

Verificou-se que quando a prevenção é realizada de modo ostensivo durante todo o período gestacional, o surgimento de novos casos decresce.

Concluiu-se que a única forma de evitar o surgimento de novos casos de deficiência, é prevenir-se o surgimento desta, desde antes da concepção perdurando por toda a gestação, até o nascimento.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Association on Mental Retardation. Diagnóstico, classificação e sistema de apoio da Associação Americana de Deficiência Mental. **Estudos de casos implementando o processo de três etapas**. Trad. de Maria Amélia Vampré Xavier, 1992.

AMIRALIAN, M.L.T.M. **Psicologia do Excepcional**. In Clara Regina Rappaport (Coordenadora) Temas Básicos de Psicologia. São Paulo: EPU. p. 21-28. 1986.

ASSUMPÇÃO, Júnior, FRANCISCO, Baptista, STROVIERI, Maria Helena. **Introdução ao estudo da deficiência Mental**. Memnon. São Paulo. 1991.

BRUCE, B. Ducan, SCHMIDT, Maria Inês, GIUGLIANI, Elza R.J. e outros. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas. 2ª ed. 1996.

BUSCAGLIA, L.F. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro: Record. 1993.

CARRAZA, F.R. Desnutrição. In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8ªed. São Paulo: Sarvier, 1994.p. 635-643

COSTA, T.P.G. **Percepções de mães de crianças deficientes mentais acerca das necessidades especiais de seus filhos afetados e delas próprias**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Carlos. 1989.

COUTO, A. **Hospital da Região destaca-se por Combate a Distúrbios da Nutrição**. 1998.

Federação Nacional das Apaes. **Coleção Educação Especial. Fundamentos. Vol. I.** 1993.

FLEMING, J.W. **A criança excepcional: diagnóstico e tratamento.** Trad: Tânia Ribeiro da Costa. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 3ª ed, p.15-7. 1988.

GLAT, R. & Kadlec, V. **A criança e suas deficiências: métodos e técnicas de atuação psicopedagógicas.** Rio de Janeiro: Agir, 2ª edição. 1989.

KLAUS, M. H. & Kennel, J.H. **Assistência aos pais.** In: Klaus, M.H. & Fanaroff, A.A. (eds). Alto risco em neonatologia. Rio de Janeiro: Interamericana, 2ª ed, 141-65. Traduzido do original inglês de 1979 por Bárbara de Alencar Leão e outros. 1982.

LEAVELL, H.; Clark. **Medicina Preventiva.** São Paulo. 1976.

LEAVELL, H; CLARK . **Medicina Preventiva.** McGraw Hill. São Paulo, 1976.

LEFEVRE, B.H. **Mongolismo: Orientação para famílias.** São Paulo: Ed. Almed, 2ª ed. 1985.

MAGGIORI, A.F.S. & Marquezine, M.C. **Pais de portadores de necessidades especiais adultos e a dinâmica familiar.** Trabalho apresentado no VIII Ciclo de Estudos sobre Deficiência Mental. Março, São Carlos - São Paulo. 1995.

MARLET, José Maria, MEIRA, Afonso Renato, D' Andretta Junior, Carlos. **Saúde da Comunidade.** 2ª ed. Editora Mcaraw – Hill do Brasil Ltda. 1976.

MAZZOTTA, M.J.S. **Fundamentos de Educação Especial**. São Paulo: Pioneira, 1982.

MONTEIRO, M.I.B. e cols. **Síndrome de Down: orientação a pais**. Fundação Síndrome de Down, Campinas, SP, SID.

MUSTACCHI, Z. & ROZONE, G. **Síndrome de Down aspectos clínicos e odontológica**. SP, C/D Editora, 1990.

ONU – **Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes** – Assembléia Geral das Nações Unidas em 03.12.82.

PARPINELLI, E.P. **Deficiência: família e prevenção**. Londrina: Grafman. 1997.

SILVA, S.F. **Experiências e necessidades de mães após o diagnóstico de deficiência mental do filho**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos. 1988.

Sistema de 1992 da AAMR (Associação American Mental Retard).

TELFORD, C.W. & Sawrey, J.M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro: Guanabara, 5ª ed., p. 18,122,215 e 621-27. 1988.

TERRASSI, E. & Omote, S. **Semelhanças e diferenças entre famílias de crianças com diferentes deficiências**. Trabalho apresentado no VIII Ciclo de Estudos sobre Deficiência Mental. Março, São Carlos - São Paulo. 1995.

Unesco. Instituto Inovação Educacional. **Conjunto de materiais para formação de professores**. Trad. de Ana Maria Bernad da Costa, Maria Isabel Lopes da Silva. Lisboa: Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional, 1996.

VASH, C.L. **Enfrentando a deficiência**. São Paulo: Pioneira/Edusp. 1988.

VERDUGO, Miguel Angel. **El cambio de paradigma en la concepcion del retraso mental: la nueva definicion de la AAMR**. Ciclo Cero, vol. 25(3). Pag.5-25. 1994.