

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FUNDAÇÃO FACULDADE ESTADUAL DE FILOSOFIA,
CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAGUÁ

PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS

X

RUBÉOLA

MARIZA TAVARES BARBOSA

ROSIANA DE MOURA PROENÇA PEREIRA

PARANAGUÁ

1989

MARIZA TAVARES BARBOSA

ROSIANA DE MOURA PROENÇA PEREIRA

PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS

X

RUBÉOLA

Monografia apresentada para conclusão do curso de Especialização em Educação Especial. Universidade Federal do Paraná - Fundação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá.

PARANAGUÁ

1989

PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS

X

RUBÉOLA

Por

M. Barbosa
MARIZA TAVARES BARBOSA

Rosiana de Moura Proença Pereira
ROSIANA DE MOURA PROENÇA PEREIRA

ORIENTADORES:

DR. CORIOLANO C SILVEIRA DA MOTA

DENISE GREIN DOS SANTOS

PARANAGUÁ

DEZEMBRO 1989

AGRADECIMENTOS

Expressamos nossos agradecimentos a todas as pessoas que nos auxiliaram no encaminhamento deste trabalho com informações, orientações, compreensão, estímulo e colaboração possibilitando a realização do mesmo.

Aos nossos orientadores Dr. Coriolano C. S. da Mota e Denise Grein dos Santos.

A nossa revisora Professora Regina Gabardo.

Ao corpo administrativo da Escola Girassol - Ensino Pré-Escolar e de 1º Grau.

Ao corpo administrativo da Escola Municipal Professora Maria José Henrique Tavares.

À coordenadora do curso de Especialização em Educação Especial em Paranaguá, Professora Fútim Buffara Antunes.

Ao meu filho J.R., pelo tempo que privei-o de minha atenção.

Decicamos este trabalho às
nossas mães, que sempre mos
traram que a fé, o amor e a
persistência são molas -
mestras da vida.

(ELZA E DIRLEY)

" Não troco minha filha excepcional por nada deste mundo,mas farei tudo o que estiver ao meu alcance para que outros pais não tenham um filho excepcional."

(Depoimento de um pai de excepcional).

SUMÁRIO

	<u>Página</u>
AGRADECIMENTO	iv
DEDICATÓRIA	v
PENSAMENTO	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	02
1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS	02
1.3 OBJETIVOS	03
1.3.1 Objetivo geral.....	03
1.3.2 Objetivos específicos	03
2 DESENVOLVIMENTO	04
2.1 HISTÓRICO DA RUBÉOLA	04
2.2 SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS	06
2.3 FORMAS DE CONTÁGIO	07
2.4 RUBEÓLA X GRAVIDEZ	07
3 DEFICIÊNCIAS CAUSADAS PELA RUBÉOLA	14
4 AMOSTRAGEM DE ALGUNS DADOS SOBRE A INCIDÊNCIA DA RUBÉOLA EM VÁRIOS PAÍSES E EM ÉPOCAS DI- VERSAS	16
5 PREVENÇÃO	18

5.1 PREVENÇÃO x RUBÉOLA	20
6 MAGISTÉRIO x RUBÉOLA	22
6.1 DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS MALFORMAÇÕES DEVI- DO A RUBÉOLA	23
6.2 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS OCASIONADAS PELA RUBÉOLA.....	24
6.3 DEFICIENTES x EDUCAÇÃO ESPECIAL	25
7 CONCLUSÃO	28
8 RECOMENDAÇÕES	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1 INTRODUÇÃO

Diante do descaso que se tem da rubéola como causadora de deficiências, sentiu-se a necessidade de elaborar um trabalho voltado exclusivamente para esse assunto, com o objetivo de mostrar a real gravidade do problema quando afeta a gestante nos seus primeiros meses de gestação.

Baseados em pesquisa de bibliografia, elaborou-se todo o trabalho com a preocupação de demonstrar que as deficiências causadas pela rubéola podem ser evitadas pela prevenção.

Visa também fornecer informações sobre a rubéola e rubéola congênita, bem como fazer um apelo aos profissionais que atuam na área de Educação, principalmente no campo da Educação Especial e aos órgãos do governo ligados à Saúde, para que tenham uma maior atuação nas campanhas de prevenção, junto à comunidade, diminuindo o alto índice de deficiências em nosso país.

O grave problema de prevenção clama por providências urgentes e concretas. Toda contribuição, por menor que seja, é importante para dar à criança condições de vir ao mundo gozando de perfeita saúde.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Qual a importância da prevenção da rubéola como fator de redução do alto índice de deficiências?

1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Rubéola (sarampo alemão): doença causada por vírus, aguda, benigna, contagiosa, de crianças e adultos jovens.⁽²⁴⁾

Rubéola congênita: manifestação fetal da rubéola materna.⁽²²⁾

Deficiência: é uma desvantagem, resultante de um defeito ou incapacidade, que limita ou impede o desempenho de uma função que seria normal (dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais) para aquele indivíduo.⁽¹⁷⁾

Gestação: tempo de desenvolvimento do embrião no útero, desde a concepção até o nascimento.⁽¹⁶⁾

Gestante: mulher no período de gestação.⁽¹⁶⁾

Educação: processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social.⁽¹⁶⁾

Educação Especial: a atividade educacional que se destina ao atendimento do excepcional visando integrá-lo à sociedade.⁽⁹⁾

Exantema: eflorescência, peculiar às febres erup-

tivas. ⁽¹⁶⁾

Cepa: raça de uma espécie, sobretudo de microorganismos. ⁽¹⁶⁾

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Demonstrar, por meio de pesquisa bibliográfica, que a deficiência causada pela rubéola pode ser evitada com uma prevenção correta.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Fornecer informação sobre o histórico, causas e características da rubéola.
- b) Mostrar a importância do conhecimento das formas de contágio e de prevenção da rubéola.
- c) Identificar pela pesquisa bibliográfica, os níveis de deficiências causadas pela rubéola.
- d) Fornecer subsídios aos profissionais da área de Educação, para que durante sua atuação, além do seu trabalho específico, orientem para a prevenção da rubéola.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 HISTÓRICO DA RUBÉOLA

O primeiro alerta da rubéola congênita como causadora de deficiências surgiu em 1941, quando o oftalmologista australiano Gregg constatou que 80% das crianças portadoras de catarata congênita provinham de mães que contraíram rubéola no 1º trimestre de gravidez.

Partindo do estudo de Gregg, outras investigações retrospectivas foram feitas por meio de observações de malformações fetais, chegando-se ao veredito de que eram provenientes de mães portadoras de rubéola durante sua gestação.

Wesselhoef (1947) revendo estudos anteriores mostrou um índice maior (86%) de deficiências causadas pela rubéola congênita. Tal índice, reforçado por outras observações, com a constatação de que a rubéola materna (no 1º trimestre da gravidez) representava risco de 80% a 90% de ocorrência de deficiência no feto, chegou a indicar o aborto terapêutico.

Estudos posteriores, geralmente prospectivos, deram mostra das reais dimensões do problema, por meio de observações de casos de rubéola ocorridos em gestantes, que o

risco de dano fetal na rubéola materna do 1º trimestre é de ordem de 35% do primeiro mês, 25% no segundo, 10% no terceiro e 4% no quarto.

Sallomi, em 1966, fez uma avaliação mais apurada do risco fetal da rubéola materna. Partindo do conhecimento de que o feto se forma entre 1 a 9 semanas, constatou que nesse período o perigo de comprometimento é muito maior, não havendo esse risco após 13 semanas, quando o desenvolvimento do feto está completo.

Analisando o percentual de risco segundo a incidência de rubéola em cada semana de gravidez, obteve-se os dados: 1ª semana de gestação ocorrem anomalias graves em 75% a 80% dos casos; entre a 1ª e 4ª semanas o risco é de 61%; entre 5 a 8 semanas 27% e entre 9 e 12 semanas 12%.

Ludstrom e Ahnsjo (1962), observaram, a longo prazo, crianças nascidas após rubéola materna no 1º trimestre mostrando outros aspectos desfavoráveis: 10% das crianças estavam confinadas por surdez, cegueira ou deficiência mental e 26% imaturas no que toca ao aprendizado escolar.

A grande epidemia que teve início entre 1962 - 1963 na Europa, estendendo-se aos Estados Unidos em 1964 - 1965, ofereceu a grande oportunidade aos médicos e epidemiologistas de aprofundaram seus conhecimentos sobre a doença e principalmente de avaliar a magnitude da Síndrome da Rubéola Congênita.

Entre nós, no entanto, é paupérrima a literatura sobre rubéola. Duvidosos são, igualmente, os elementos sobre sua incidência, fruto do pequeno valor atribuído à notifi-

cação, efeito do relativo descaso, que se observa pela doença na população em geral e mesmo entre os profissionais de Saúde. (21)

Até 1962 não havia nenhum método profilático da rubéola, quando Weller, Neva Parkman, Birscher e Artenstein conseguem o cultivo do vírus da doença. Estava dado o 1º passo para criação da vacina.

"A partir do isolamento do vírus desenvolveu-se o esquema clássico de investigação já experimentado em outras viroses: estudo do vírus, evidenciação e dosagem dos anticorpos determinados pela doença, fabricação de vacina eficaz e inócua. Tornou-se igualmente possível o esclarecimento de alguns aspectos da história da doença." (Mota, 21)

2.2 SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS

Após penetrar no organismo o vírus da rubéola fica incubado por aproximadamente três semanas. Seus sintomas iniciais são semelhantes aos da gripe.

Apresentando: febre leve, dor de cabeça e garganta, irritabilidade, coriza, ligeiro mal estar, manchas rosadas, arredondadas ou ovais no rosto e pescoço . inicialmente; após distribuem-se pelo tronco e membros, ligeira descamação da pele, aumento do volume dos gânglios linfáticos na região da nuca e atrás da orelha (característica que permite diferenciar a rubéola de outras doenças da pele). Esses sintomas e características perduram por quatro dias em geral. No adulto, principalmente nas mulheres, é comum a dor articular, de intensidade variável.

2.3 FORMAS DE CONTÁGIO

- a) **Direto:** pelo contato com as secreções nasofaríngeas de indivíduos infectados, gotículas de muco e saliva, ou pelo contato direto com doentes ou pelo ar.

- b) **Indireto:** por contato com objetos recém-contaminados por suas secreções nasofaríngeas e talvez pelo sangue, urina, fezes.

2.4 RUBÉOLA X GRAVIDEZ

O problema mais sério da rubéola é a possibilidade de determinar malformações fetais. O vírus da rubéola atravessa facilmente a placenta e atinge o tecido embrionário. Afeta o desenvolvimento dos tecidos podendo alterar os órgãos embrionários que estão se formando.

As repercussões do vírus sobre o feto estão fundamentalmente ligadas ao período da gestação em que acontece a virose. O maior risco de malformações fetais ocorre nas seis semanas iniciais.

No ciclo gravídico - puerperal, a rubéola pode ser causa de abortamento ou óbito fetal, quando acomete a gestante entre a terceira e a décima segunda semanas. Sobrevivendo o concepto, o que é bastante comum, poderá ele apresentar uma série de malformações. Para que ocorra a embriopatia rubeólica, é necessário que o comprometimento do órgão se dê durante uma fase crítica da organogênese. (23)

Não se pode precisar o risco de malformações fetais

que ameaça o conceito de gestante que apresentou rubéola.

A disparidade dos índices sobre o risco de malformações causados pela rubéola, apresentados pela literatura, encontram uma explicação em Camano e colaboradores (1980).

Acreditam que:

- 1º - A maioria das análises é retrospectiva e considera somente as crianças lesadas;
- 2º - Os estudos retrospectivos não estabelecem com segurança a idade gestacional em que ocorreu a virose;
- 3º - A cepa do vírus pode influir na evolução da doença;
- 4º - Existem falhas nas estatísticas. O diagnóstico da rubéola, inúmeras vezes, é clínico, sem comprovação sorológica;
- 5º - O defeito congênito muitas vezes não é nítido, ou se evidencia tardiamente;
- 6º - Os casos de rubéola materna inaparente passam despercebidas e não são levados em consideração.

O melhor modo de impedir malformações causadas pela rubéola é, indiscutivelmente, a imunização da mulher antes de engravidar.

No caso de Rubéola x Gravidez é indispensável es-

tabelecer, de modo decisivo, as diretrizes de ação.

O diagnóstico clínico é tão importante quanto os exames laboratoriais para elucidar se a gestante é suscetível à rubéola.

Caso a gestante tenha contato com a doença, a primeira diretriz de ação é a coleta de soro, pois os anticorpos surgem logo após a manifestação clínica.

Segundo Bart e Herrmann (1984), dependendo do dia do contato com o doente de rubéola, três períodos poderão ser caracterizados:

- . **Período 1:** Período precoce de até 7 dias após o contato com doença exantemática. Devemos coletar amostra de sangue para realizar a reação de inibição da hemaglutinação (IH) para rubéola. Recomendamos ao laboratório dividir o soro em duas alíquotas: a primeira deve ser utilizada na titulação imediata de anticorpos, enquanto a segunda, que será guardada em congelador, destina-se a possível confrontação com uma segunda amostra, a ser colhida três a quatro semanas após. Títulos de IH iguais ou superiores a 1:8 indicam imunidade e, portanto, a gestante deve ser tranquilizada, pois não há risco de rubéola congênita. Títulos menores que 1:8 traduzem suscetibilidade, devendo-se, então, marcar um retorno de três a quatro semanas, quando faremos nova IH. Ressalta-se que essa nova consulta não deverá ser feita em consultórios de pré-natal. Não esquecer, nessa ocasião, que o soro

previamente guardado no congelador deverá, agora, ser titulado simultaneamente com o colhido recentemente. Esta segunda avaliação pode fornecer três possibilidades:

- 1ª Possibilidade: título de IH inferior a 1:8. Não existe evidência de doença aguda, devendo a gestante ser acompanhada durante o primeiro trimestre, para que se possa diagnosticar doença exantemática ou exposição à rubéola (já que ela é suscetível); impõe-se fazer nova IH no final do primeiro trimestre, principalmente existindo rubéola na comunidade. A vacinação, nesses casos, deverá ser feita no pós-parto imediato.
- 2ª possibilidade: título IH igual a 1:8. O teste deve ser repetido após alguns dias: a permanência do mesmo título indica provável imunidade à doença e, ainda, segundo Bart e Herrmann (1984), ausência de risco de rubéola congênita. É que, segundo observaram, mais de 99% das infecções agudas resultaram no desenvolvimento e na manutenção de títulos superiores a 1:32, pelo tempo mínimo de seis meses.
- 3ª possibilidade: título de IH aumentado, no mínimo, quatro vezes. Fica evidenciada, laboratorialmente, infecção aguda de rubéola, que nos deve levar a instruir o casal sobre os riscos de malformações no concepto.

. **Período 2:** período entre uma e cinco semanas após exposição à doença, ou até três semanas do início do exantema. Devemos também fazer uma coleta de sangue com a finalidade de realizar IH. Nesta eventualidade, apresentam três possibilidades:

- 1ª possibilidade: título inferior a 1:8. A gestante é suscetível, devendo-se repetir IH em duas semanas. A análise desta segunda avaliação obedecerá a mesma sistemática proposta para o período 1. Vale ressaltar que, existindo evidência de infecção aguda - demonstrada pela soroconversão - podemos fazer a dosagem de IgM, para diferenciar a infecção primária da reinfeção. No caso de infecção primária, estão presentes títulos elevados de anti-corpos IgM.
- 2ª possibilidade: título de IH entre 1:8 e 1:32. Para distinguir, neste segundo período, a infecção aguda da imunidade prévia, recomenda-se obter uma segunda amostra de soro após duas semanas. Caso não exista diferença significativa entre os dois títulos de IH, faça-se a reação de fixação de complemento (FC), nos dois soros. Isso porque tais anticorpos surgem um pouco tardiamente e, portanto, podem ser úteis para demonstrar a soroconversão. O aumento quadruplicado da FC manifesta infecção aguda, devendo-se encaminhar o casal para o aconselhamento; não

exibindo, os dois soros, título de FC, não existe indício de infecção aguda; finalmente, se FC permanecer positivo e estável, nas duas amostras de sangue, valorizamos a detecção de IgM. Ressalte-se, contudo, que a não constatação desta imunoglobulina não nos permite excluir, com segurança, infecção recente.

- 3ª possibilidade: título de IH superior a 1:32. Pode-se proceder como na segunda possibilidade, ou fazer uma dosagem de IgM específica. Se, de maneira fortuita, neste segundo período, a amostra for coletada tardiamente, isto é, após o desaparecimento do exantema, será difícil demonstrar a soroconversão. Nesta circunstância, tanto a realização da FC como IgM poderão ser úteis.

. **Período 3:** após cinco semanas da exposição, ou então, após três semanas do início do exantema. Por vezes, apenas dispomos de título isolado de IH, numa grávida cuja exposição à doença é desconhecida e não apresentou exantema. Nessas circunstâncias, novamente três possibilidades poderão surgir:

- 1ª possibilidade: título de IH inferior a 1:8. Não existe evidência de doença aguda, devendo a

gestante ser acompanhada durante o primeiro trimestre, para que se possa diagnosticar doença exantemática ou exposição à rubéola (já que ela é suscetível); impõe-se fazer nova IH no final do primeiro trimestre, principalmente existindo rubéola na comunidade. A vacinação, nesses casos, deverá ser feita no pós-parto imediato.

- 2ª possibilidade: título de IH entre 1:8 e 1:32. Há evidência de infecção prévia, porém improvável, nos seis meses anteriores.
- 3ª possibilidade: título de IH superior a 1:32. Comprova-se infecção rubeólica progressa, porém não podemos informar a gestante sobre a data em que ocorreu e, portanto, não seremos capazes de determinar o risco para o feto. Para sabermos da probabilidade de infecção durante a gravidez atual, devemos levar em consideração informes da história e da epidemiologia. Assinala Monif que títulos altos de anticorpos IH (p. exc. 1.256) estão presentes em mais de 15% da população normal, não indicando infecção recente. (23)

Diante de todo esse processo, a postura do obstetra é de fundamental importância para que o casal sinta segurança para decidir sobre o destino da gravidez.

3 DEFICIÊNCIAS CAUSADAS PELA RUBÉOLA:

O comprometimento fetal no curso de uma infecção virótica materna não é obrigatória, podendo o concepto escapar à infecção ou desenvolvê-la inaparente ou discreta.

Em alguns casos, contudo, dependendo da gravidade da infecção materna e da idade da gestação, o feto pode sucumbir ou sofrer parada de desenvolvimento e, conseqüentemente, malformações congênitas. (22)

Por meio de pesquisa bibliográfica, sabe-se que a rubéola pode ocasionar deficiências tais como: manifestações gerais (retardamento do crescimento fetal e pós-natal); oculares (catarata, retinopatia pigmentar, glaucoma, opacificação da córnea e microftalmia); cardiovasculares (persistência do ducto arterial, defeito do septo interventricular, necrose do miocárdio, estenose e coarctação da aorta e estenose da artéria renal); do sistema nervoso central (microcefalia, abaulamento de fontanela, paralisia cerebral, retardamento neuropsicomotor, autismo, surdez de percepção, grave ou leve, geralmente unilateral, impercepção auditiva central e encefalite); do sistema hematopoiético (púrpura trombocitopênica e ane-

mia hemolítica); ósseas; pulmonares (pneumonite intersticial) e da pele (exantema crônico); adenopatia persistente; diarréia recorrente ou persistente e as anormalidades de dermatóglifos. (23)

Constatou-se que a deficiência mais comum é a surdez, vindo em seguida os defeitos oculares, sendo que os casos mais graves de rubéola levam ao óbito, proveniente de insuficiência cardíaca ou distrofia pronunciada.

Diante de todo o estudo feito até o momento e observações no campo educacional lançamos a seguinte inter-rogação: Não encontraríamos na rubeóla congênita, explicação de inúmeros casos de disfunções de aprendizagem?

4 AMOSTRAGEM DE ALGUNS DADOS SOBRE A INCIDÊNCIA DA RUBÉOLA, EM VÁRIOS PAÍSES E EM ÉPOCAS DIVERSAS:

China: Não inclui a vacina de rubéola no seu programa de investigação, devido a estudos que mostraram que os indivíduos suscetíveis desta região não atingiam 30%.

França: Em 1978, foram confirmados na França 225 casos de rubéola por laboratório em gestante. Em 149 desses, 27 foram diagnosticados pela constatação da síndrome de rubéola congênita no recém-nascido e 122 foram confirmados na gestante com 63 abortos provocados. Os 59 outros foram associados a 5 abortos espontâneos, 6 nascimentos de crianças com malformações congênitas e 48 recém-nascidos normais. Em 166 casos foi pesquisada a história de vacinação com resposta negativa quanto a isso em todos os casos.

Estados Unidos: A vacina antirubeólica visa, principalmente, crianças em idade pré-escolar ou que frequentam escolas de 1º grau, inicialmente. Mas a partir de 1981, notou-se entre adolescente e adultos surtos de rubéola, principalmente em locais como quartel e colégios, devido à concentração de suscetíveis não atingidos na

infância pela vacinação ou pela doença. Em consequência no Texas, realizou-se no ano de 1980, vacinação em recrutas.

Reino Unido: Analisaram a suscetibilidade para rubéola na época do pré-natal, onde cada ano vem diminuindo, pois estas mulheres receberam vacinação na escola, dentro do programa instituído desde a década 70, com vacinação prevista para as meninas na fase pré-purberal.

Brasil: Trabalho de Sturm, em 1980, no Rio de Janeiro, apresentou 25% de mulheres em idade de conceber sem imunizações. Em São Paulo vários trabalhos concluíram que a rubéola no Brasil é uma infecção da infância, ao contrário dos Estados Unidos e Canadá, onde ocorre na adolescência, o que é facilmente explicável por não ser ainda seu comportamento modificado pela vacinação. Após casos de rubéola em 1951 a 1966, sugere-se que ocorreria com maior incidência a rubéola nos meses de setembro e outubro. Vê-se que casos ocorridos em 1955 e 1962 possuem intervalos ou 7 anos. No ano de 1976, feito o estudo sorológico e dado resultado positivo para a rubéola em crianças, as mães não souberam informar sobre a doença nas mesmas. No ano de 1974 foram feitos estudos sorológicos em professores, apareceram indicadores de imunidade presentes em 67,9%, o que mostra elevado percentual de suscetíveis nas escolas.

5 PREVENÇÃO

Em 1980 a ONU apresentou para os países do Terceiro Mundo, a estimativa de 10% de deficientes no total da população, o que daria para o Brasil um total de 13.000.000 de deficientes.

Porém, segundo Graciela Maria Drechse, atual chefe de administração da APAE de Curitiba, esta percentagem é maior. E o pior, cerca de 70% destes casos poderiam ser evitados se alguns cuidados tivessem sido tomados, se a prevenção tivesse sido feita. (12)

Em nossos dias, a verificação da imunidade à rubéola está acessível em praticamente todas as nossas cidades. Do mesmo modo, embora não sendo vacina de uso em Saúde Pública, a vacina contra Rubéola pode ser obtida em todas elas, não se justificando mais a existência de gestação sem que seja comprovada a imunidade prévia, que dará segurança absoluta contra o risco de malformação.

"A partir desses dados, foi elaborado um plano de prevenção visando desde o planejamento do bebê até a vida adulta.

I Antes da gravidez - Orientação sobre excepcionalidade no 1º e 2º graus; vacinação contra a rubéola; e-

xames pré-nupciais de sífilis, toxoplasmose, RH; aconselhamento genético.

II Na gravidez - Assistência pré-natal adequada, com exames laboratoriais de rotina; atendimento especializado para a gestante de alto risco; apoio nutricional à gestante carente; orientação contra o uso de cigarro e álcool.

III No nascimento - Direito a atendimento hospitalar adequado com centros especializados para assistência à gestação e ao recém-nato de alto risco; exames de triagem para erros inatos.

IV Após o nascimento - Incentivar o aleitamento materno; combater a desnutrição infantil - o nosso maior fator predisponente à excepcionalidade; vacinação de rotina contra doenças contagiosas; campanhas de prevenção contra acidentes e agressões na infância." (MIRANDA,20)

Atualmente a APAE de Curitiba está desenvolvendo campanha de vacinação voluntária contra a rubéola congênita, considerada a maior causa de deficiência auditiva na infância.

De acordo com o Segundo Encontro Internacional de Audiologia, realizado na PUC em São Paulo, cerca de 35% das crianças portadoras de deficiência auditiva no Brasil são filhos de pessoas que contraíram a rubéola durante a gravidez.

O esforço da prevenção de deficiências "é, antes de

tudo, uma postura, um estado de espírito, uma conscientização. Reflete algo extremamente importante - a consciência de uma nação, como um todo. Exige experiência e maturidade. E, especialmente, co-participação. Os recursos da Educação e Saúde se tornam cada vez mais preventivos.

O correto equacionamento dos fatores "preveníveis" é o único caminho do desenvolvimento." (KRYNSKI, 25)

5.1 PREVENÇÃO X RUBÉOLA

A melhor maneira de prevenção contra a rubéola, ainda é a vacinação.

Antes da mulher atingir sua fase fértil, existem duas possibilidades de se fazer a imunização contra a rubéola. A primeira possibilidade ocorre aos doze meses de vida. Não acontecendo a vacinação nesse período ainda existe a chance de fazê-la na puberdade.

Após a puberdade a mulher entra no período de fertilidade. Para evitar as graves conseqüências da rubéola no concepto, caso surja a gravidez nesse período, recomenda-se três medidas profiláticas:

Pré-gestacional - vacinação da mulher no período pré-nupcial ou durante o planejamento familiar, com a conscientização para que a mesma evite a gravidez por 3 meses.

Gestacional - durante a gravidez poucas medidas podem ser tomadas, no entanto ressalta-se que a gestante evite contato com portadores de rubéola.

Apesar de não se ter registros seguros em literatu-

ra sobre os efeitos da vacina contra rubéola no concepto, recomenda-se que não seja ministrada em grávidas.

Pós-gestacional - sugere-se que a vacinação seja feita imediatamente após o parto.

A prevenção contra a rubéola, em alguns países, atinge, na maioria das vezes, somente as crianças, mas "conforme análise de Amaral Marangoni e Souza (1971), a vacinação de todas as crianças contra rubéola consumiria boa parte do orçamento para o setor de imunizações, tornando-a impraticável em nosso meio. Outrossim, para planificar e executar qualquer programa de saúde pública é fundamental, segundo Levi e Melo (1983), estabelecer e estimular a notificação compulsória de todos os casos de rubéola, situação ainda muito distante de nossa realidade." (SANTOS, 23)

Não se pode afirmar que a área do Magistério seja o agente maior de circulação do vírus da rubéola, entretanto em 1973, a importância da rubéola como causadora de afastamento do trabalho de professores do primeiro grau chamou a atenção de Mota. Este fato levou-o a fazer uma série de investigações com o objetivo de ampliar a literatura da rubéola em Curitiba, dentro da realidade brasileira, bem como dimensionar a sua importância, especialmente entre os professores de primeiro grau.

A população estudada constou de 679 professoras atuantes em escolas de 1º grau da Rede Municipal de Curitiba, em época de surto de rubéola.

Segundo o resultado dessas investigações, a frequência de suscetíveis à rubéola, nas professoras do ensino de 1º grau da Rede Municipal de Curitiba em idade de procriação é elevada.

O custo de licenças de professoras por causa da rubéola, a queda natural do rendimento escolar, ao lado da "consideração da importância que tem, para a gestante, a possibilidade de um contato que lhe possa acarretar dano fetal" (MOTA, 21) mostram a real importância da prevenção

para diminuir ou evitar o problema da rubéola.

Sendo aquele trabalho o único encontrado que fornece dados estatísticos sobre uma ínfima parcela de mulheres em nossa capital, pergunta-se: Qual é a situação em termos de Paraná, de Brasil ?

Para a área de Saúde e de Educa o   necessidade primordial encontrar respostas para estas indaga es, pois somente assim ter-se-  uma visão real do problema das deficiências causadas pela rubéola.

6.1 DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS MALFORMA ES DEVIDO   RUBÉOLA

O diagnóstico precoce   de fundamental importância, para que se possa fazer uma preven o de deficiências "e se ter no o de que   possível prevenir mediante exames e testes constantes." (DJINISKIAN, 25)

O diagnóstico precoce está intimamente ligado   preven o, que pode ocorrer em três níveis:

O primeiro nível abrange todas as medidas que podem ser tomadas para reduzir ou sanar as deficiências. Neste nível a tarefa de preven o cabe aos ginecologistas, obstetras e pediatras, lembrando aqui da gesta o de alto risco. São eles que devem fazer o controle dos fatores pr , peri e neonatais, não exclusivamente orgânicos e vitais, como também sensório-motores, perceptivo-motores, ling sticos, psico-motores cognitivos e sócio-emocionais, logicamente ligados mais tarde com psicólogos e outros técnicos envolvidos intimamente no processo do desenvolvimento humano precoce.

Atualmente, no Brasil conta-se com a técnica moderna para tratamento e diagnóstico de doenças do feto. Trata-se da cardocentese, que consiste numa punção do cordão umbilical, que pode ser feita tanto para retirar amostra de sangue, quanto para realizar transfusões sangüíneas no bebê.

A cardocentese pode ser indicada quando existe suspeita de que a criança foi contaminada por vírus de doenças como a rubéola, herpes e toxoplasmose, entre outras.

O segundo nível de prevenção engloba todas as medidas que possam limitar a deficiência.

A prevenção secundária é feita por equipe técnica especializada.

O terceiro nível de prevenção preocupa-se com reabilitação e habilitação, propondo o restabelecimento das habilidades comprometidas, bem como a potencialização e desenvolvimento de outras habilidades, por meio de programação terapêutica específica, objetivando a maior recuperação possível das incapacidades impostas pela deficiência.

Todo esse processo de prevenção envolve uma "equipe multidisciplinar que é de considerável importância devido ao trabalho integrado, tendo a concepção da unidade na totalidade do ser humano." (DJINISKIAN, 25)

6.2 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS OCASIONADAS PELA RUBÉOLA

Por ser mais eficiente e permitir a redução de efeitos secundários, a prevenção é sempre a primeira medida.

Como, infelizmente, em nosso País, essa medida não alcançou os objetivos ideais, faz-se necessária a normalização da deficiência por aprendizagem e educação.

A presença de uma deficiência não pode alterar a necessidade de respeitar a dignidade e o valor humano dos deficientes.

"Educar e reabilitá-los, é uma luta pelos direitos humanos, que se deve impulsionar com abnegação e determinação." (FONSECA, 11)

6.3 DEFICIENTES x EDUCAÇÃO ESPECIAL

Em vários dispositivos da Constituição brasileira encontra-se a proibição de qualquer discriminação entre os indivíduos, em função de raça, sexo, língua, inteligência, integridade física ou sensorial.

"Amparada nesses postulados, a Educação Especial cum pre sua missão transformadora de promover a plena integração social das pessoas portadoras de deficiências, visando o seu efetivo reconhecimento como membros titulares de pleno direito de nossa condição humana." (GALVÃO, 13)

O reconhecimento sócio-político dos direitos dos deficientes, especialmente em relação ao atendimento educacional, é uma atitude relativamente nova.

As primeiras observações, estudos e experiências do ponto de vista científico, ainda que sob o enfoque patológico, foram lançadas pela filosofia humanística da Idade Moderna.

O reconhecimento do direito dos deficientes à edu-

cação teve início com o advento da Idade Contemporânea. Esse direito era concedido, inicialmente em regime segregado, no seio de instituições especializadas, e mais tarde, como preceito pedagógico atualizado, passou a ser de maneira integrada no contexto do ensino regular, sempre que possível.

"A Educação Especial é dinâmica e progressiva: toma como ponto de partida o diagnóstico e o nível de desenvolvimento da criança, analisando-a etapa por etapa, e facilitando assim a programação da aprendizagem." (9)

De acordo com o Conselho Estadual de Educação do Paraná, a Educação Especial está integrada ao sistema de ensino comum e às respectivas unidades escolares municipais, estaduais ou particulares, e se processa por meio de programas adequados a cada tipo de deficiência. Sendo assim encontra-se, no Paraná, três alternativas escolares para os alunos com deficiências.

- 1) Nas classes regulares, junto com os demais alunos. Nesse grupo encontram-se crianças cegas ou surdas, com distúrbios de aprendizagem, problemas físicos ou motores.
- 2) Muitas crianças com deficiências não podem ser atendidas em classe comum. Existe a alternativa de que elas sejam atendidas ainda dentro da escola normal, em pequenos grupos. São as chamadas classes especiais.
- 3) Existem ainda as que precisam de educação mais

especializada. Neste caso, conta-se com as escolas especiais, que atendem, unicamente crianças com um determinado tipo de dificuldade.

A educabilidade da pessoa deficiente, depende precipuamente do educador, da estrutura escolar, dos métodos e tecnologias utilizados, da preparação, conscientização e motivação dos recursos humanos envolvidos.

"Não são as deficiências que contam, mas o que de positivo e eficiente o processo de ensino-aprendizagem possa garimpar no recôndito da personalidade do ser humano."
(GALVÃO, 13)

7 CONCLUSÃO

Pela pesquisa bibliográfica e informações obtidas, conclui-se que não se dá a importância devida à rubéola como um dos fatores responsáveis pelo alto índice de deficiências (incluindo distúrbios de aprendizagem) em nosso país.

Quase nada está sendo feito pelos órgãos responsáveis, no que se refere à prevenção contra a rubéola.

A maioria das campanhas de prevenção são feitas pelas Apaes e outras instituições isoladas e alcançam apenas um pequeno percentual de população do nosso país.

Urge criar uma mentalidade de conscientização de que as deficiências causadas pela rubéola, na grande maioria das vezes podem ser evitadas pela prevenção.

O custo de habilitação de uma pessoa deficiente é milhares de vezes maior que o custo da vacina contra a rubéola." (APAE, 1)

8 RECOMENDAÇÕES

Que escolas, hospitais, oficiais e particulares, exijam o atestado de imunidade contra a rubéola, de seus funcionários.

As universidades exijam a prova de imunidade contra a rubéola, ao ingresso de seus acadêmicos e funcionários, especialmente aqueles da área de Saúde, em virtude do risco que poderão acarretar para os pacientes.

Vigilância e investigação de parte de órgãos de Saúde Pública, para casos de nascimentos com malformações ligadas à rubéola.

Todas as repartições públicas ou particulares exijam o atestado de imunidade da rubéola.

Que sejam inseridas no currículo do curso de Magistério e Pedagogia, disciplinas específicas sobre deficiências e suas prevenções.

Que haja um alerta no sentido de se realizar diagnósticos precoces, evitando assim danos irreparáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 APAE. Rubéola congênita um mal desnecessário. Curitiba, 1987.
- 02 APAE. Campanha de prevenção da excepcionalidade. Curitiba, 1987.
- 03 APAE. Proteja da deficiência mental seu filho que vai nascer. São Paulo.
- 04 APAE. Cartilha de prevenção da excepcionalidade. São Paulo (Araçatuba).
- 05 BENENSON, A. S. Controle das doenças transmissíveis no homem. Décima Terceira Edição, 1980, p.300 - 302.
- 06 BOLSANELLO, A. Conselhos - análise do comportamento humano em psicologia. Curitiba, Educacional Brasileira S.A., 1988, 934 p.
- 07 BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de identificação precoce de deficiências. Brasília, MPAS/DAISPR, 1984, 110 p.
- 08 CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. Normas para educação Especial no sistema de ensino no Paraná. Deliberação nº 020/86 de 21 nov. 1986.
- 09 CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. Indica normas para educação especial no Sistema Estadual do Ensino do Paraná, Indicação nº 001/83 de 7 mar. 1983.

- 10 ENCICLOPÉDIA ILUSTRADA. Rubéola. São Paulo, Abril, 1983, v.5, p. 1017.
- 11 FONSEC, V. da Educação especial. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987, 127 p.
- 12 FREITAS, M. de Associação de pais e amigos dos excepcionais de Curitiba. Jornal do Estado. Espaço dois, p.9, Curitiba 28 dez. 1989.
- 13 GALVÃO, R. Visão sistêmica da educação especial: a educação especial no plano nacional de educação integração do excepcional. Revista Mensagem da APAE, Brasília, nº 54 jul. a set., 1989 p. 23.
- 14 GAZETA DO POVO. Educação para deficientes. Viver Bem, p. 13, Curitiba, jan. 1990.
15. GEBRAN, G. A criança excepcional. São Vicente, 1982, 48 p.
- 16 HOLANDA, A. B. Novo dicionário aurélio. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975, 1499 p.
- 17 MANUAL DE REABILITAÇÃO PARA PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO. Treinando o deficiente na comunidade. 1980, 76 p.
- 18 MARQUEZ, A. Rubeola y embarazo: Control Serológico en la determinacion de riescos y daños. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, v. 97, nº 2, ago., 1984, p.45 - 104.
- 19 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância epidemiologia da rubéola. (resumos de artigos). Brasília, 1983, 21 p.
- 20 MIRANDA, L. Y. P. Prevenção da excepcionalidade: Um modelo de programa de prevenção. Revista Mensagem da APAE, Brasília, nº 54 jul. a set., 1989, p.28.

- 21 MOTA, C. C. S. Epidemiologia da rubéola em professores do ensino de 1º grau em Curitiba (Paraná - Brasil). Curitiba, 1977. 69p. Tese, UFPR.
- 22 REZENDE, J. de Obstetrícia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, p. 416 - 428.
- 23 SANTOS, J. F. K. Considerações sobre a rubéola no ciclo granídico - puerperal. Revista Médica Paulista, São Paulo, v. 105, nº 4, jul. a ago., 1987, p. 217 - 222.
- 24 KILDOURNE, E. D. In. Tratado de medicina. Beeson e Mcdermott - Cecil - Soeb, Guanabara Koogon, 1973, p. 386 - 387.
- 25 KRYNSKI, S. Novos rumos da deficiência mental. São Paulo, Savier, 1983, 281 p.