

SÍNDROME FETAL-ALCOÓLICO: A PERSPECTIVA DO PSICÓLOGO

Paula João Pinho*, Ana Luísa Pinto, & Virgínia Monteiro

Consulta de Desenvolvimento – Serviço de Pediatria, Hospital S. Miguel – Oliveira de Azeméis, Portugal

RESUMO: Os autores fazem, a propósito de um caso clínico, uma revisão sobre o Síndrome Fetal-Alcoólico (SFA), abordando não somente os achados clínicos que contribuem para o seu diagnóstico, mas também as características cognitivas e comportamentais e sua evolução sob os aspectos académicos, sociais e familiares. Com a descrição posterior do caso clínico de uma adolescente portadora desta patologia, pretendem ilustrar o que vem descrito na literatura e demonstrar também as dificuldades com que se deparam os profissionais ligados à área da saúde no diagnóstico e na implementação das orientações terapêuticas necessárias, as quais são frequentemente complexas, multidisciplinares e contínuas, visto esta doença apresentar um carácter crónico.

Palavras chave: Alcoolismo, Avaliação, Intervenção, Síndrome fetal-alcoólico.

FETAL-ALCOHOLIC SYNDROME: THE PSYCHOLOGIST'S PERSPECTIVE

ABSTRACT: In reference to a clinical case, the authors make a review on the Fetal-Alcoholic Syndrome (FAS), approaching not only the clinical findings that contribute for the diagnosis, but also the behaviour and cognitive characteristics and its evolution under the academic, social and familiar aspects. With posterior description of the clinical case of an adolescent with FAS, they intend to illustrate what comes described in literature and also demonstrate the difficulties that come across the health professionals in the diagnosis and implementation of the necessary therapeutical orientations, which are frequently complex, multidiscipline and continuous, as this syndrome presents a chronicle character.

Key words: Fetal-alcoholic syndrome, Alcoholism, Evaluation, Intervention.

Recebido em 7 de Abril de 2006 / aceite em 6 de Setembro de 2006

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio Parcelar realizado na Consulta de Desenvolvimento do Hospital S. Miguel, integrado no programa do Estágio da Carreira Técnica Superior de Saúde – Ramo da Psicologia Clínica.

O interesse em desenvolver este pequeno trabalho de pesquisa subordinado ao quadro clínico em questão (SFA), prende-se com o facto de ser uma patologia frequentemente diagnosticada nas Consultas de Desenvolvimento e, efectivamente, a Consulta de Desenvolvimento do Hospital S. Miguel não constitui excepção.

* Contactar para E-mail: pjcsp@portugalmail.pt

A questão do problema do álcool na nossa sociedade poderia levar-nos a uma reflexão exaustiva no domínio sociológico, pois como é do conhecimento geral, o álcool está fortemente enraizado na nossa tradição cultural e hábitos alimentares, sendo consumido de forma exagerada em múltiplos contextos e devido a múltiplas circunstâncias. Assim, não nos podemos espantar, infelizmente, com o elevado número de recém-nascidos com diferentes graus de SFA e com desordens neurodesenvolvimentais decorrentes da exposição ao álcool. Estas situações não podem ser, de todo, negligenciadas ou subvalorizadas, quando sabemos que constituem a principal causa de deficiência mental na criança e que implicam outras alterações de natureza diversa como se terá oportunidade de esclarecer ao longo do presente trabalho.

O SFA é uma entidade nosológica que urge diagnosticar e saber fazê-lo, pois ainda passa frequentemente despercebida pelos clínicos. É imperioso agir preventivamente, já que se trata de uma doença 100% evitável, para a qual não existe cura. Assim, saber como avaliar e intervir nestas crianças e suas famílias revela-se também essencial, até porque muitas delas vêm a desenvolver no futuro, para além das complicações médicas, outras de natureza comportamental, emocional e mesmo de cariz psicopatológico. Aqui o psicólogo pode ter um contributo/papel fundamental, trabalhando em equipa com o pediatra, não só ao nível da avaliação psicológica, como também e já num outro registo, ao nível da intervenção psicológica.

Desta forma, este trabalho pretende, essencialmente, definir e descrever o SFA, fornecendo indicações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Reflecte ainda sobre aspectos relativos à prevenção, sugerindo algumas orientações clínicas e de investigação futura. Inclui, numa segunda parte, uma breve descrição de um dos casos clínicos de SFA seguido na Consulta de Desenvolvimento.

Criação de uma entidade nosológica

Os efeitos nocivos do álcool durante a gravidez e amamentação são descritos desde a Antiguidade, pois já nessa altura se proibiam os noivos de consumirem bebidas alcoólicas durante a noite de núpcias, com receio de poderem gerar crianças consideradas não saudáveis.

Em 1968 é descrito pela primeira vez o Síndrome Fetal Alcoólico (SFA) por Lemoine e colaboradores. Em 1978, Clarren e Smith apontam ser o abuso de álcool por parte da mãe durante a gestação a causa teratogénica conhecida mais frequente da deficiência mental no mundo ocidental, no entanto, e de acordo com Lessa (1995/2000) só em 1980 é que o “*Fetal Alcohol Study Group da Research Society of Alcoholism*” estabelece os critérios de diagnóstico do SFA.

O termo SFA refere-se a uma constelação de anormalidades físicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem na criança como resultado do abuso de álcool durante a sua gestação (Jones et al., 1973; Jones & Smith, 1973). Em

1991, a *American Academy of Family Physician*, estimava que os sinais do SFA pudessem ocorrer em 50 a 70% dos recém-nascidos de mães que ingeriram álcool durante a gravidez.

Statton e colaboradores (1996) referem que neste mesmo ano o *Institute of Medicine* nos Estados Unidos, lançou um documento propondo o termo “Desordens neurodesenvolvimentais relacionadas com o álcool” e “Deficiências ao nascimento relacionadas com o álcool” para descrever condições nas quais há história de consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e algum sinal validado pelo médico que se possa associar ao critério de exposição ao álcool (consumo regular ou episódios de ingestão ocasional graves).

Descrição e diagnóstico

Para além do conhecido consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez, verifica-se a exigência para o diagnóstico, da presença de um dos seguintes critérios: atraso no crescimento intra-uterino e/ou deficiente evolução estaturoponderal; alterações do sistema nervoso central, cardíacas ou urogenitais; atraso do desenvolvimento associado a alterações do exame neurológico; dismorfia craniofacial, com pelo menos dois dos seguintes achados: microcefalia, fendas palpebrais curtas, lábio superior fino e hipoplasia do *philtrum* e/ou do maxilar superior, narinas antevertidas, retrognatismo ou micrognatismo. É extremamente comum surgirem perturbações do foro comportamental, irritabilidade e Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (Deming, 1999).

É óbvio que um diagnóstico correcto do SFA implica obrigatoriamente uma anamnese cuidadosa e a história clínica da mãe. Implica ainda o exame clínico criterioso da criança, para identificar as características faciais e neurodesenvolvimentais e esclarecer com avaliação específica todas as problemáticas associadas já citadas anteriormente.

De acordo com Riley e colaboradores (1995) cerca de 80% das crianças com SFA têm microcefalia e problemas de comportamento. Também cerca de 50% das crianças afectadas também apresentam pobre coordenação motora, hipotonia, Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, anomalias faciais identificáveis, assim como a hipoplasia do maxilar, micrognatismo e fenda do palato, entre outras, sendo ainda frequentes as malformações cardíacas, as malformações vasculares e as anormalidades a nível da visão e audição (Clarren & Smith, 1978; Streissguth et al., 1991).

Doença psiquiátrica e outras problemáticas associadas do foro cognitivo, neurológico e emocional no SFA

Existem suficientes fontes bibliográficas sobre a associação entre o consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e os pobres resultados

neurocomportamentais nas crianças (O’Conner, 2002). Estas exibem frequentemente défices cognitivos e de atenção, elevados níveis de actividade, problemas de auto-regulação, comportamento perseverante, problemas motores e dificuldades ao nível da linguagem expressiva (Mattson et al., 1998).

Também foram identificados problemas de aprendizagem e de memória, os quais tendem a persistir na vida adulta (Mattson et al., 1998; Streissguth, 1997). Stressguth e colaboradores (1991, 1994) traçaram a história natural destas crianças até à idade adulta e demonstraram a natureza profunda e persistente da perturbação. O funcionamento cognitivo anormal manifesta-se em vários domínios, incluindo dificuldades específicas na matemática, dificuldades na abstracção (tempo e espaço, causa-efeito) e problemas ao nível da capacidade de generalizar situações. Demonstraram, ainda, pobres capacidades de atenção e concentração, défices de memória e problemas ao nível da compreensão. Também os aspectos comportamentais como a hiperactividade, a impulsividade e problemas de conduta como o roubo, a mentira, o suborno e o comportamento de oposição eram comuns, tendo-se verificado serem qualitativamente e quantitativamente diferentes dos encontrados noutras formas de atraso mental. Neste mesmo estudo nenhuma das pessoas adquiriu capacidades de socialização ou comunicação na idade prevista. Revelaram funcionamento social mal adaptativo que se evidenciava pela falha em ponderar as consequências dos seus actos, falta de resposta a pistas sociais apropriadas, falta de amizades recíprocas, isolamento social, labilidade emocional, comportamentos de “*bullying*” e períodos de elevada ansiedade e infelicidade. Eram também comuns, em adultos com SFA, outras incapacidades ou dificuldades secundárias, como problemas de saúde mental, dependência de substâncias químicas, dificuldade em desenvolver comportamento sexual adequado e problemas legais.

É sabido que o diagnóstico e intervenção precoce têm a capacidade de poder reduzir a ocorrência destas dificuldades secundárias referidas (Streissguth et al., 1997).

É, no entanto, possível constatar, que existe pouca investigação relativamente ao funcionamento emocional destas crianças.

Percursos de dificuldades sócio-emocionais foram relatados por O’Connor e colaboradores (1992, 1996) que encontraram vinculações inseguras nestes bebés com cerca de um ano de idade e sintomas depressivos aos 4-6 anos. Roebuck, Mattson e Riley (1999) descobriram diferenças significativas no registo dos pais para sintomas de depressão, queixas somáticas, psicose e delinquência, quando se comparam crianças expostas ao álcool com crianças controlo para o sexo e para a idade. Na adolescência, predominam problemas de hiperactividade, perturbações do sono, ansiedade e/ou depressão (Steinhausen et al., 1998). Estes problemas tendem a persistir na idade adulta, levando a psicopatologia severa.

Num estudo de 1998 de Famy e colaboradores em adultos que durante a gestação estiveram expostos ao álcool, em cerca de 44% foi diagnosticada

Perturbação Depressiva Major, em 40% Perturbação Psicótica e em 20% Perturbação Bipolar. Tais resultados indicam um risco significativo para problemas de ajustamento emocional e social nestes indivíduos.

Um estudo levado a cabo por O'Connor (2002), que não cabe aqui descrever de forma exaustiva à excepção dos resultados mais significativos, foi realizado com crianças a quem foi diagnosticado SFA ou SFA parcial e um terceiro grupo no qual estavam presentes as desordens neurodesenvolvimentais relacionadas com o álcool mas que não preenchiam os critérios de diagnóstico baseados em achados clínicos. Todas as crianças foram submetidas a uma bateria de testes fidedignos para diagnóstico psiquiátrico. Entre diversos instrumentos utilizados destacam-se por exemplo a Escala de Inteligência para Crianças de Wechsler-III (WISC-III; Wechsler, 1991), Escala de Inteligência para Idade Pré-escolar e Primária (WPPSI-R; Wechsler, 1989), o Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), Questionário para avaliação de Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção de Conners para Pais-CPRS-48- (Conners, 1990) e o Child Symptom Inventory, (Gadow, 1998), entre outros. Neste trabalho foi possível verificar que cerca de 87% da amostra preenchia critérios para desordem psiquiátrica. Deste número, cerca de 26% dos participantes foram identificados como apresentando desordens comuns nas crianças, como a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, Perturbação Reactiva da Vinculação e Perturbação do Desenvolvimento. No entanto, na maioria das crianças (61%) foi feito o diagnóstico de Perturbação do Humor, apresentando desde Perturbação Depressiva Major a Perturbação da Adaptação com sinais depressivos. Cerca de 25% obtiveram o diagnóstico de Perturbação Bipolar.

É importante salientar que se observou consistência relativa nos diagnósticos psiquiátricos observados nas crianças correspondentes aos três grupos com antecedentes de exposição pré-natal ao álcool.

Assim, os resultados revelaram que as crianças expostas ao álcool têm elevado risco de desenvolverem desordem psiquiátrica *major*. É de salientar a incidência das Perturbações do Humor, a qual foi bastante elevada nesta amostra.

Verificou-se ainda que as crianças com desordens neurodesenvolvimentais relacionadas com o álcool mas sem evidências físicas associadas à experiência pré-natal alcoólica, têm igual probabilidade de apresentar problemas de saúde mental significativos, tal como sucede nos casos de SFA e SFA parcial.

Uma explicação possível para o mecanismo subjacente ao risco de desordens do humor em crianças expostas ao álcool *in útero* resulta de recentes descobertas nas mudanças estruturais identificadas nos cérebros destas crianças e em estudos com Ressonância Magnética Cerebral de adultos com desordens depressivas. Nas crianças, a exposição pré-natal ao álcool foi associada a danos estruturais em áreas específicas do cérebro incluindo o gânglio basal e o cerebelo, que são parte da rede fronto-cortical, área com um papel importante

na regulação do humor (Lafer et al., 1997; Roebuck et al., 1998 e Soares et al., 1997). Os estudos com Ressonância Magnética Cerebral revelaram reduções no volume relativo do gânglio basal e cerebelo nas crianças com SFA assim como noutras que apesar de terem sofrido forte exposição ao álcool, não tinham atraso e não preenchiam critérios para o diagnóstico de SFA. Um subdesenvolvimento destas estruturas também foi identificado em adultos, estando relacionado com Perturbações do Humor primárias e secundárias (Soares et al., 1997).

Tratamento

O tratamento mais eficaz nesta doença é a sua prevenção, a qual pode ser feita na totalidade.

De forma ideal, as mulheres que planeiam engravidar, deveriam parar de beber o mais cedo possível. O risco mais elevado para o feto em desenvolvimento ocorre no 1º trimestre, no entanto, beber excessivamente até estádios avançados de gravidez também pode causar problemas graves.

O tratamento é instituído em resposta aos sintomas. Por exemplo, as deficiências cardíacas podem ser tratadas cirurgicamente; os problemas de visão e de audição devem ser avaliados por especialistas (Deming, 1999); o diagnóstico precoce é essencial para o bom tratamento dos problemas comportamentais; as questões motoras e da linguagem podem ser trabalhadas por especialistas do desenvolvimento (terapeutas da fala, técnicos de psicomotricidade, terapeutas ocupacionais, etc.); os problemas comportamentais e do foro cognitivo, nomeadamente ao nível da atenção e concentração, foro emocional e relacional, inclusive no trabalho com a família, revestem-se de extrema importância e deverão ser levados a cabo pelos psicólogos, psiquiatras ou pedopsiquiatras.

Prognóstico

O prognóstico depende do grau de compromisso no desenvolvimento neurológico e cognitivo, do “*timing*” em que é feito o diagnóstico e também do suporte social e familiar de que a criança poderá beneficiar.

O suporte familiar revela-se como algo fundamental, considerando sempre que o SFA não tem cura, sendo uma doença para toda a vida.

Implicações clínicas e directrizes de investigação

Torna-se imperiosa a necessidade da identificação precoce das crianças com exposição pré-natal ao álcool e que estão em risco de doença psiquiátrica. Vários factores foram identificados como podendo proteger a criança do desenvolvimento de problemas psiquiátricos (Streissguth et al., 1996), entre

estes destacam-se o ter uma ambiente familiar seguro, o diagnóstico ser precoce (antes dos 6 anos) e usufruir o mais cedo possível de tratamento.

Uma outra implicação está relacionada com o treino necessário dos profissionais de saúde no diagnóstico, obtendo histórias pré-natais de exposição teratogénica e reconhecendo os fenótipos físicos e comportamentais das crianças com SFA.

Um número elevado destas crianças tomam contacto com os serviços de saúde mental, mas poucas são efectivamente diagnosticadas com défices neurodesenvolvimentais relacionados com o álcool. A falha na identificação das características e na obtenção da história de vida é algo que se torna “fatal” para um bom prognóstico, já que as crianças com SFA são frequentemente menos responsivas à medicação e mais resistentes às terapias tradicionais orientadas para o *insight* e para as terapias cognitivo comportamentais. Assim, muitas destas crianças e suas famílias apresentam falhas no tratamento antes de serem correctamente diagnosticadas (Carmichael – Olson et al., 1998). Em muitos dos casos, a exposição pré-natal e os défices neurológicos concomitantes nunca são descobertos e as falhas no tratamento mantêm-se até à idade adulta (Streissguth et al., 1997).

Os resultados de certos estudos de investigação levam a que se coloquem algumas questões. A atenção à exposição do feto ao álcool aparece como algo de extrema importância para o desenvolvimento de modelos de risco etiológicos. Não se conhecem trabalhos sobre as desordens do humor nas crianças que são fruto destas situações, no entanto, existem estudos sobre a predição da depressão na infância nos quais é referida história de uso de álcool por parte das mães durante a gravidez, considerando que tal relação é estatisticamente relevante (Kovacks et al, 1997; Mitchell et al., 1989; Puig-Autich et al., 1989).

Tal como se pode constatar, este parece ser ainda um terreno imenso a desbravar. O estudo mais aprofundado destas crianças a nível da sua estrutura psíquica e neurológica, poderá promover uma melhor resposta a ser dada pelos técnicos de saúde, principalmente na prevenção do agravamento de determinadas situações na idade adulta. De qualquer forma, a prevenção 100% eficaz é a que começa na mulher que ao decidir engravidar ou ao saber que está grávida elimina por completo o álcool da sua dieta alimentar.

De acrescentar ainda, que este é o tipo de entidade nosológica que, tal como tantas outras, exige o recurso a vários profissionais que possam trabalhar em parceria com carácter sistemático, de forma a poder construir com a família, a escola e a comunidade, uma rede de recursos eficaz e prolongada no tempo. Só assim se poderá construir um projecto de vida futuro, que possa promover um salto qualitativo na geração seguinte.

É urgente que tudo isto faça sentido para a família, primeira entidade de mudança, para que esta possa co-construir com os técnicos um projecto abrangente de forma continuada.

CASO CLÍNICO: MARIA

Introdução

Este é o caso de uma menina, actualmente com 13 anos, que chega à Consulta de Desenvolvimento aos sete anos de idade. Com esta breve exposição pretende-se, essencialmente, retratar uma situação clínica evidente de SFA, não só na sua vertente médica, mas também nas vertentes psicológica e social. Assim, serão relatadas as impressões/observações recolhidas nos momentos de consulta ou resultantes de exames médicos ou de avaliação psicológica, não esquecendo ainda as indicações para intervenção terapêutica desde a primeira consulta até aos dias de hoje.

É de salientar o facto de haver, neste caso clínico, uma identificação da paciente complementada com fotografias, as quais fazem parte do processo clínico e que são de extrema importância para um estudo de caso, já que nos permitem acompanhar a evolução que as suas características físicas foram sofrendo ao longo dos anos. Para tal, foi pedida autorização à adolescente e aos seus pais, que concordaram com a utilização de toda a esta informação no presente trabalho.

Caso clínico

A Maria vem pela primeira vez à Consulta de Desenvolvimento já com sete anos de idade, enviada pela Equipa Coordenadora dos Apoios Educativos da sua área de residência. O pai, que foi quem sempre a acompanhou à consulta, refere que só na entrada para a escola é que se começaram a sentir alguns problemas, nomeadamente ao nível da aprendizagem e do comportamento, este último o mais perturbador.

A Maria é a segunda filha de uma fratria de dois, sendo a irmã 11 anos mais velha. Assim, a Maria é fruto de um 2º parto, mas de uma oitava gestação, visto que a mãe sofreu seis abortos espontâneos antes de ela nascer. Esta gravidez decorreu sem complicações aparentes, assumindo a mãe o consumo de álcool durante toda a gestação, comportamento que mantém até aos dias de hoje. Tratou-se de uma gestação de termo, tendo a Maria nascido de cesariana com medidas antropométricas compatíveis com atraso de crescimento intra-uterino simétrico.

Numa das diversas consultas hospitalares feitas nos primeiros meses de vida, foram observadas características físicas peculiares que motivaram o envio para o Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães no Porto, onde a Maria foi seguida até aos dois anos e meio, altura em que abandonou a consulta.

A história familiar mostra-nos o alcoolismo como um problema sério no lado materno, observando-se que do lado paterno também existiu consumo de

álcool e que há um familiar com deficiência mental institucionalizado. Os pais de Maria tinham ambos 32 anos quando a filha nasceu, não estudaram além da antiga 4ª classe, sendo o pai metalúrgico e trabalhando a mãe na agricultura. A irmã da Maria abandonou a escola aos 15 anos e actualmente é operária fabril.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, pareceu ser adequado nos primeiros anos de vida, tendo iniciado a frequência da pré-escola aos 5-6 anos. Para os pais, esteve sempre bem durante todo este período. Logo no início do 1º Ciclo, o pai foi chamado à escola devido a problemas na aprendizagem e comportamento hipercinético, queixas que motivaram o envio posterior para a Consulta de Desenvolvimento.

Aquando da primeira consulta, o exame médico realizado pela pediatra permitiu observar algumas características peculiares e indicadoras do SFA, como o comprovam as fotos ao longo do crescimento da Maria (Figura 1, Figura 2, Figura 3, Figura 4, Figura 5 no final do artigo), tais como a implantação baixa do cabelo, base do nariz alargada, hipertelorismo, lábio superior fino, palato em ogiva e microftalmia. Apresentava ainda excesso de pelo em zonas como a face, região lombar e coxas e algumas dismorfias ao nível dos pés.

Em termos de parâmetros antropométricos, tinha baixa estatura ($P < 5$), microcefalia ($P < 5$) e o peso encontrava-se no P5. No exame neurológico foi possível observar um tremor fino nas mãos, sem outras anormalidades aparentes. O restante exame físico não apresentava alterações relevantes, nomeadamente a nível da visão e audição.

Foi submetida a vários exames de investigação médica, com destaque para os de imagem, nomeadamente ressonância magnética cerebral, cujo relatório médico refere uma configuração colpocefálica dos ventrículos, em associação com extensa hipoagenesia do corpo caloso, bolbo olfactivo direito hipoplásico e como está descrito nestas situações, os hipocampos também hipoplásicos.

Quanto à avaliação psicológica realizada na altura, a aplicação da WISC-II-R – versão espanhola (Weschler, 1991) permitiu concluir sobre um atraso cognitivo francamente moderado. Face à baixa pontuação obtida, optou-se ainda por passar as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven et al., 1998), visto ser uma prova não verbal, cujo resultado, apontou para níveis claramente abaixo dos valores normativos para a sua faixa etária, o que confirmou o diagnóstico obtido anteriormente. Procedeu-se ainda à avaliação do comportamento, através do cálculo do índice de hipercinésia, com a aplicação do Questionários de Conners/versões para pais – 48 e professores – 28 (Conners, 1998), cujos valores ultrapassaram dois desvios padrão acima da média. Através das informações recolhidas em consulta (anamnese, entrevista com os pais e informação cedida pela escola), confirmou-se também um comprometimento das áreas social, interpessoal (baixa tolerância à frustração e recurso frequente à hetero-agressividade) e autonomia, como é comum nesta patologia.

Posteriormente, a Maria foi observada por neuropediatria e perante as graves dificuldades decorrentes do défice de atenção e do comportamento hipercinético, foi feita a prescrição de metilfenidato com vista a promover uma maior capacidade de atenção/concentração e controle do comportamento perturbador.

A família, caracterizada por uma dinâmica altamente disfuncional, em que as regras e os limites não estão bem definidos, assim como os papéis atribuídos a cada um, apresenta-se incapaz de lidar com a problemática da Maria, não constituindo o suporte emocional adequado. Facilmente se constata que não apresenta as competências necessárias para gerir as suas dificuldades ou para potenciar os seus recursos. Observou-se desde o início que a medicação prescrita não era administrada regularmente, pelo que nunca foi possível avaliar a eficácia do metilfenidato.

A Consulta de Desenvolvimento propôs que a Maria usufruísse de acompanhamento psicológico individualizado e sistemático logo no início do seguimento e após a conclusão da avaliação, no sentido de trabalhar aspectos individuais e outros de cariz familiar. A informação obtida é que este tem decorrido normalmente num gabinete especializado com o apoio da Segurança Social. Efectivamente, a psicóloga responsável pelo acompanhamento da Maria mantém contacto com a Consulta de Desenvolvimento e a escola, procurando desenvolver um trabalho de parceria.

De acordo com a avaliação médica e psicológica realizada, os objectivos de intervenção propostos foram e continuam a ser os que se seguem, concretizados através de técnicas específicas, mas utilizando, essencialmente, a relação terapêutica como instrumento de mudança e como oportunidade para desenvolver na criança novas percepções da relação e novos modelos da mesma:

- Trabalhar sempre em parceria com a escola, sugerindo estratégias no sentido de uma actuação coerente entre a família e a escola, procurando assim generalizar os possíveis ganhos obtidos em contexto de consulta;
- Em contexto escolar apostar num Currículo Próprio, funcional, vocacionado para os aspectos essenciais da vida activa quotidiana;
- Trabalhar com a criança no sentido da promoção cognitiva, procurando estimular capacidades como a atenção, concentração, percepção e memória;
- Trabalhar no sentido da modificação do comportamento desadaptativo evidenciado, procurando reforçar os aspectos positivos e extinguir os mais desadequados ou diminuir a sua frequência e intensidade. Trata-se de diminuir o comportamento hipercinésico e a impulsividade promovendo o auto-controle;
- Trabalhar ao nível da aquisição das noções de regras e limites, procurando com a escola e a família a coerência e consistência na sua aplicação e na resposta/reacção ao cumprimento ou incumprimento das mesmas;

- Promover na criança a aquisição de competências sociais e desenvolvê-las, no sentido de proporcionar capacidade para o estabelecimento de relações interpessoais adequadas e propiciadoras de afectos positivos, não recorrendo à agressividade;
- Desenvolver formas adaptativas para lidar com a frustração, aumentando a tolerância à mesma, aprendendo a aceitar e a lidar com as emoções negativas e simultaneamente desenvolvendo a capacidade para “pensar antes de agir”, contrariando a tendência para a passagem ao acto;
- Promover a auto-estima e a capacidade de resolução de problemas procurando prevenir, em conjunto com todos os outros objectivos, o desenvolver de outras perturbações psicológicas/psiquiátricas;
- Conceber e organizar, dentro do possível, um programa de treino parental, com o objectivo de promover na família competências básicas, noções sobre comportamentos/estilos de vida saudável, potenciar recursos e trabalhar estratégias específicas para lidar com a criança, para além de poder funcionar como suporte social.

Actualmente, a Maria tem 13 anos e encontra-se a frequentar o 5º ano de escolaridade do 2º Ciclo do Ensino Básico, com um currículo adaptado numa escola regular.

Apesar de ter sido sugerida a hipótese do ingresso numa Centro de Ensino e Recuperação para Crianças Inadaptadas (CERCI) com o objectivo maior de proteger a Maria de eventuais situações de abuso por parte de adultos, tendo em conta a falta de recursos familiares, o défice cognitivo evidenciado e as suas características comportamentais), tal acabou por ser rejeitado pela família.

Infelizmente, aquilo que se temia veio a verificar-se recentemente por parte de um vizinho, tendo sido accionados os meios legais e a intervenção da polícia judiciária.

Depois deste episódio, a Maria passou a ser acompanhada e medicada por Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico da Universidade de Coimbra.

A situação familiar continua a ser grave, persistindo o problema de alcoolismo da mãe e a recusa desta em fazer tratamento. O pai vai gerindo todas estas questões da melhor forma que pode e sabe, mas com dificuldades, referindo que a escola o tem ajudado muito.

A Maria mantém e manterá as suas dificuldades ao nível cognitivo e comportamental, necessitando de ser permanentemente vigiada, no sentido de ser garantida protecção.

Assim, restam para já, a esta adolescente, os apoios educativos em contexto escolar e o acompanhamento psicológico, do qual deverá continuar a beneficiar. Em termos de futuro, irá prosseguir na escolaridade ao abrigo do Dec. Lei 319/91, alínea i, correspondente aos currículos alternativos, podendo numa fase posterior ser realmente encaminhada para uma instituição como uma

Centro de Educação e Recuperação de Crianças Inadaptadas (CERCI), a fim de ali desenvolver competências psicossociais e “profissionais” de acordo com as suas capacidades e interesses.

CONCLUSÃO/REFLEXÃO CRÍTICA

O presente trabalho veio a revelar-se de extrema importância, no sentido em que embora o SFA se refira a um quadro médico bem definido e estudado, apresenta uma componente de cariz psicológico que vai muito para além do atraso mental. Assim, o papel do psicólogo clínico destaca-se aqui mais uma vez, na avaliação psicológica cuidadosa que vai desde a anamnese até à avaliação específica com recurso aos procedimentos, técnicas e instrumentos reconhecidos nas várias áreas do desenvolvimento, mas também ao nível do desenho e aplicação de parte da intervenção.

Avaliar e intervir adequada, eficaz e precocemente, pode determinar um prognóstico mais favorável na idade adulta, funcionando de certa forma como prevenção das problemáticas emocionais graves que já se provou poderem frequentemente surgir mais tarde.

Este trabalho vem também alertar para a importância dos programas de prevenção na saúde mental e para a necessidade urgente de se investir mais na promoção de estilos de vida saudáveis, até porque não podemos ignorar o panorama do nosso país no que diz respeito aos consumos de álcool nos adolescentes ou jovens adultos, incluindo as mulheres.

A figura do médico de família desempenha aqui um papel fundamental, já que antes de uma consulta hospitalar, na primeira linha de intervenção, estarão sempre os cuidados de saúde primários, que são o contacto mais próximo com a futura mãe e respectiva família.

Importa também sublinhar que para muitas das famílias “beber às refeições” ou “beber socialmente” não significa ser alcoólico. Logo, é urgente mudar as representações sociais que as famílias têm do álcool. Só com um esforço concentrado conseguiremos chegar a casa de cada um, alterando e prescrevendo mudanças neste modo de estar, concretizando o primeiro passo para uma prevenção segura e mais eficaz.

Cabe assim lembrar que esta situação clínica é 100% evitável, sendo de lamentar profundamente a enorme quantidade destes casos que continuam a surgir nas Consultas de Desenvolvimento, apesar de tudo frequentemente sub diagnosticados, até porque podem não apresentar dismorfias típicas e surgirem como Atrasos Globais do Desenvolvimento, Perturbações do Comportamento, Perturbações de Hiperactividade e Défice de Atenção ou qualquer outra das entidades nosológicas do foro psiquiátrico.

Neste caso, prevenir significa evitar, para além das problemáticas que surgem na infância, o comprometimento da saúde mental no adulto.



*Figura 1. Maria recém-nascida**



*Figura 2. Maria aos 4 anos**



*Figura 3. Maria aos 7 anos**



*Figura 4. Maria aos 13 anos**



*Figura 5. Maria aos 13 anos**

*Nota. *Com autorização.*

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T.M. (1991). *Child Behavior Checklist/4-18 Manual*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Academy of Family Physicians (1991). Failure to recognize fetal alcohol syndrome – Tips from Other Journals. *American Family Physician*, *Fev.* Pesquisado a 1 de Fevereiro, 2005 em <http://www.findarticles.com>.
- Bohman, M., Sigvardsson, S., & Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 965-969.
- Carmichael-Olson, H., Morse, B.A., & Huffine, C. (1998). Development and psychopathology: Fetal alcohol syndrome and related conditions. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, *3*(4), 262-284.
- Clarren, S.K., & Smith, D.W. (1978). The fetal alcohol syndrome. *New England Journal of Medicine*, *298*, 1063-1067.
- Conners, C.K. (1990). *Manual for conner's rating scales*. Toronto: Multi – Health Systems, Inc.
- Conners, C.K. (1998). Rating Scales in attention deficit hyperactivity disorder: Use in assessment and treatment monitoring. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(7), 24-30.
- Deming, L.M. (1999). Fetal alcohol syndrome. In *Gale Encyclopedia of Medicine*. Pesquisado a 1 de Fevereiro, 2005 em <http://www.findarticles.com>.
- Famy, C., Steissguth, A.P., & Unis, A.S. (1998). Mental illness in adults with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects. *American Journal of Psychiatry*, *155*(4), 552-554.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1998). *Child Symptom Inventory – 4 Screening Manual*. New York: Chekmate Plus: Stony Brook.
- Jones, K.L., Smith, D.W., & Streissguth, P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, *1*, 1267-1271.
- Kovacs, M., Devlin, B., Pollock, M., Richards, C., & Mukerji, P.A. (1997). Controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 613-623.
- Lemoine P., et al. (1968). Les enfants de parents alcooliques. *Oeust Medicine*, *21*, 476.
- Lessa, L. (1995/2000). *Síndrome fetal alcoólico – Do diagnóstico às estratégias preventivas*. Pesquisado a 1 de Fevereiro, 2005 em <http://www.cra-porto.pt>.
- Mattson, S.N., & Riley, E.P. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, *22*, 279-295.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P., Calderon, R., & Schloredt, K. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(3), 352-357.
- O'Connor, M.J. (1996). Attachment behaviour of infants prenatally exposed to alcohol: Mother Infant interaction. In Steinhilber & Spohr (Eds.), *Alcohol, Pregnancy and the Developing Child*. Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Connor, M.J. (2002). Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *Nov.* Pesquisado a 1 de Fevereiro de 2005 em <http://www.findarticles.com>
- O'Connor, M.J., Sigman, M., & Kasari, C. (1992). Attachment behaviour of infants exposed to alcohol prenatally: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Development Psychopathology*, *4*, 243-256.

- Puig-Antich, J., Goetz, D., Davies, M., Kaplan, T., Davies, S., Ostrow, L., Asnis, L., Twomey, J., Iyengar, S., & Ryan, N.D. (1989). A controlled family history of prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 406-408.
- Raven, J.C., Court, J.H., & Raven, J. (1998). *Manuel des progressive matrices couleur*. Paris: Editions et Applications Psychologiques.
- Riley, E., Mattson, S., Sowell, E.R., Jernigan, T.L., Sobel, D.F., & Jones, K.L. (1995). Abnormalities of the corpus callosum in children prenatally exposed to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1198-1202.
- Roebuck, T.M., Mattson, S.N., & Riley, E.P. (1999). Behavioral and psychosocial profiles of alcohol exposed children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(6), 1070-1076.
- Soares, J.C., & Mann, J.J. (1997). The anatomy of mood disorders – Review of structural neuroimaging studies. *Biological Psychiatry*, 41, 86-106.
- Steinhausen, H.C., & Spohr, H.L. (1998). Long-term outcome of children with fetal alcohol syndrome: Psychopathology, behaviour and intelligence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(2), 334-338.
- Stratton, K. Howe, C., & Battaglia, F. (1996). *Fetal alcohol syndrome: Diagnoses, epidemiology, prevention and treatment*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Streissguth, A.P. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Company.
- Streissguth, A.P., Aese J.K., Randels, S.P., La Due, R.A., & Smith, D.F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of American Medical Association*, 265, 1961-1967.
- Streissguth, A.P., Barr, H., Sampson, P.D., & Bookstein, F.L. (1994). Prenatal alcohol and offspring development: the first 14 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 88-89.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., & Bookstein, F.L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): Final report to the center for disease control*. Seattle: Fetal Alcohol Research Unit, University of Washington.
- Streissguth, A., & Kanter, J. (1997). *The challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming secondary disabilities*. Seattle: Washington Press.
- Wechsler, D. (1989). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence – Revised manual*. New York: Psychological Corporation Harcourt Brace Javanovich, Inc.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children – III Manual*. New York: Psychological Corporation Harcourt Brace Javanovich, Inc.
- Wechsler, D. (1999). *Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Niños Revisada*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.