

Universidade Presbiteriana Mackenzie

SHEILA CARLA DE SOUZA

**MULHERES ALCOOLISTAS: HISTÓRICO REPRODUTIVO
E ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS**

São Paulo

2009

SHEILA CARLA DE SOUZA

**MULHERES ALCOOLISTAS: HISTÓRICO REPRODUTIVO
E ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Decio Brunoni

São Paulo
2009

Ao meu esposo, pelo incentivo e sonhos realizados
Ao meu filho Arthur, razão da minha vida
Aos meus pais, irmão e família por terem
acreditado na minha vitória.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Decio Brunoni, orientador companheiro e de sabedoria invejável que despertou meu interesse para um tema desafiador e instigante e com sinceridade ímpar, sempre soube acolher minhas angústias, compreendendo minhas limitações e direcionando meus caminhos para a conclusão deste trabalho.

Ao Dr. José Salomão Schwartzman, por todo conhecimento transmitido e pela cordial contribuição para o aprimoramento de meu senso crítico para as coisas mais simples da vida.

Aos Doutores Hermann Grinfeld e Silvana Maria Blascovi de Assis, pelas avaliações e sugestões apontadas no decorrer do exame de qualificação.

A Dra. Sueli Galego de Carvalho, pelos afagos e acolhimentos das minhas inquietudes nos momentos em que minhas forças pareciam esvaír-se pelas mãos.

Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, com quem compartilhei momentos agradáveis de reflexão e crescimento acadêmico e pessoal.

A toda equipe do CAPS de Barueri, especialmente à Sra. Maria Edviges de Jesus Jordão, que colaborou para a coleta dos dados deste trabalho.

A Dra. Sandra Maria Dotto Stump, muito mais que uma amiga, sempre acreditou no meu potencial e incentivou de todas as maneiras possíveis o desenvolvimento deste projeto.

Aos Doutores José Geraldo Simões Junior e Marcos Rizolli pelo apoio e compreensão quando precisei de horas vagas para dedicação à pesquisa.

Às amigas Beatriz, Betania e Lidiane, pelo apoio emocional e encorajamento nos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos funcionários da Pós-Graduação Mackenzie, pelo apoio na realização deste trabalho.

Ao Fundo Mackenzie de Pesquisa pelo apoio financeiro para a realização desse projeto.

*Não é o homem quem faz a história
Mas a história quem faz o homem*

Kaplan

RESUMO

O álcool é a substância teratogênica mais utilizada no mundo ocidental e seu consumo moderado a severo durante a gestação é um grave problema de saúde pública pelos riscos que pode oferecer à mãe (aumento de abortos espontâneos e descolamento prematuro de placenta) e ao feto (prejuízos físicos, mentais, de comportamento e/ou de aprendizagem), sendo sua forma de comprometimento mais grave denominada de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). O presente estudo foi realizado a partir de uma amostra de 89 mulheres em tratamento atual ou pregresso devido ao uso e/ou abuso de álcool e seus filhos. A faixa etária das mulheres variou entre 19 anos (mínimo) e 71 anos (máximo), com uma média de 44 anos. A faixa etária e o gênero dos filhos não foram considerados como critérios de exclusão. Os três principais objetivos desta pesquisa foram descrever o histórico reprodutivo de mulheres alcoolistas, o crescimento e desenvolvimento dos filhos e investigar manifestações dos quadros dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) nos filhos. Os principais resultados encontrados apontam perdas reprodutivas em alcoolistas e altos índices de problemas de aprendizagem, hiperatividade e agressividade nos filhos. Esses dados convergem com a literatura existente. No entanto, não foram observadas co-segregação de autismo para indivíduos expostos ao álcool em período gestacional. O presente estudo alerta para os malefícios que podem ser advindos do álcool consumido na gravidez. Pesquisas deste tipo são escassas no Brasil.

Palavras-chave: gestação e álcool; síndrome alcoólica fetal; transtornos invasivos do desenvolvimento

ABSTRACT

Alcohol is the most used teratogenic substance in the west world and its use during pregnancy, from moderate to severe, is a serious problem to public health due to the risks that it might bring to the mother (increases the risks for spontaneous abortions and premature detachment of the placenta) and to the fetus (physical, mental and behaviour damage and/or learning disorders) and might cause an even worse form of damage known as Fetal Alcohol Syndrome (FAS). This current study was elaborated based on a sample of 89 women currently in treatment and recently treated for alcohol use/abuse and their children. Women's age group varied from 19 years old (minimum) to 71 years old (maximum) presenting a medium age of 44 years old. The age group and gender of the children were not considered as criteria for exclusion. The three main objectives for this research were to describe the reproductive history of alcoholic women, the growth and development of their children and to investigate manifestations of the Pervasive Developmental Disorders (PDD) in children. Main results showed reproductive losses in alcoholics and high level of learning disorders, hyperactivity and aggressiveness in their children. The data converge with the existing literature. However, co-segregation of autism was not observed in individuals exposed to alcohol during gestation period. The present study drives attention to the harm that might be caused by alcohol ingestion during pregnancy. In Brazil researches like this are still rare.

Key-words: alcohol and pregnancy; Fetal Alcohol Syndrome; Pervasive Developmental Disorders.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: HISTÓRICO REPRODUTIVO DE MULHERES ALCOOLISTAS	52
TABELA 2: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL	52
TABELA 3: FAIXA ETÁRIA DOS FILHOS	53
TABELA 4: ESTADO CIVIL DOS FILHOS	53
TABELA 5: ESCOLARIDADE DOS FILHOS	54
TABELA 6: OCUPAÇÃO DOS FILHOS	54
TABELA 7: RESULTADO ABC – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST	55
TABELA 8: RESULTADO ASQ – AUTISM SCREENING QUESTIONNAIRE	55
TABELA 9: RESULTADO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA – MENINAS	55
TABELA 10: RESULTADO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA – MENINOS	56
TABELA 11: RESULTADO ESCOLARIDADE FILHOS AVALIADOS CLINICAMENTE	56

ANEXOS

ANEXO A	FICHA MÉDICA.....	71
ANEXO B	QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	75
ANEXO C	ABC – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST	78
ANEXO D	ASQ – AUTISM SCREENING QUESTIONNAIRE	81
ANEXO E	GUIA DO INSITUTO DE MEDICINA DOS EUA	84
ANEXO F	CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
ANEXO G	CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	12
2. FUNDAMENTAÇÃO	16
2.1 Álcool e Gestação	16
2.1.1 Critérios de Inclusão e as Diversas Categorias Diagnósticas	20
2.1.2 Características Morfológicas, Cognitivas e Comportamentais na prole	22
2.2 Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento	24
2.2.1 Álcool e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento	26
3. MÉTODO.....	30
3.1 Participantes.....	30
3.2 Local.....	30
3.2.1 <i>Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD)</i>	30
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	31
3.3.1 Critérios de inclusão	31
3.3.2 Critérios de exclusão	31
3.4 Instrumentos para coleta de dados	31
3.4.1 Ficha Médica	31
3.4.2 Escalas de avaliação de consumo de álcool: T-ACE, TWEAK, CAGE e AUDIT	32
3.4.3 Inventário de Comportamento da Criança Autista – <i>ABC – Autism Behavior Checklist</i>	32

3.4.4	Questionário de Comportamento e Comunicação Social – ASQ - <i>Autism Screening Questionnaire</i>	32
3.4.5	Exame clínico nos filhos: Guia do Instituto de Medicina dos EUA	33
3.4.6	Máquina fotográfica digital.....	33
3.4.7	Cartas de Informação ao Sujeito de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
3.4.8	Carta de Informação à Instituição e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
3.5	Procedimentos	34
3.6	Aspectos Éticos.....	36
4.	RESULTADOS.....	37
4.1	CAPS-AD	37
5.	DISCUSSÃO	57
6.	CONCLUSÕES.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O álcool é a substância teratogênica mais utilizada no mundo ocidental (BARR e STREISSGUTH, 2001). Nos EUA, estima-se que 10% das crianças que nascem com restrição de crescimento fetal possuam como etiologia a exposição pré-natal ao álcool (KHOURY et al., 1996). No Brasil, apesar dos poucos dados, calcula-se uma incidência de alcoolismo materno de 6/1000 gestantes.

Dentre os prejuízos causados pelo consumo do álcool em período gestacional, é possível observar na mãe altas incidências de abortos, descolamentos prematuros de placenta, partos prematuros e hipertonia uterina (PARKS et al., 1996).

Para o feto, a exposição ao álcool pode causar distúrbios físicos, mentais, de comportamento e/ou de aprendizagem com possíveis implicações ao longo da vida, denominados Distúrbios do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF; *em inglês*, FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorder*). Este termo amplo agrega critérios diagnósticos e sua forma de comprometimento mais grave é denominada de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (BERTRAND et al., 2004). No Brasil, apesar dos poucos estudos, calcula-se uma incidência de SAF em 1/1000 recém-nascidos (GRINFELD et al., 1999).

O consumo de álcool durante a gestação é um grave problema de saúde pública devido aos efeitos causados na mãe e no feto. Pesquisadores afirmam não haver dose segura de consumo neste período e a ingestão de 20 gramas de álcool por dia parece ser suficiente para suprimir a respiração e os movimentos do feto (KLINE et al., 1981). Devido a isso, a recomendação é para que não haja consumo de álcool em período gestacional.

Em âmbito nacional, estudos ressaltam o problema do consumo do álcool por mulheres grávidas e suas consequências. Moraes e Reichenheim (2007) avaliaram o uso de álcool em 537 parturientes oriundas de maternidades públicas no Rio de Janeiro entre março e outubro do ano 2000. Cerca de 40% dessas 537 mulheres, ou seja, 215 puérperas relataram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica durante a gravidez. Esse índice surpreende porque, até o momento, os estudos investigativos sobre consumo de álcool e gestação apontam uma média de 23% de consumo de álcool entre as gestantes.

Freire et al., (2005) entrevistaram 119 gestantes utilizando um instrumento de rastreamento para uso abusivo de álcool chamado T-ACE e 20,7% dessa amostra foi considerada consumidora pelo instrumento. Os pesquisadores também avaliaram o peso, comprimento e perímetro cefálico dos recém-nascidos e todos os bebês das mães que foram consideradas positivas pelo T-ACE apresentaram os parâmetros antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico) reduzidos quando comparados aos bebês das mães com T-ACE deu negativo.

No entanto, poucas pesquisas nacionais avaliaram as manifestações morfológicas e comportamentais nos filhos de mulheres alcoolistas. Dentre tais manifestações, a exposição pré-natal ao álcool tem sido apontada como um possível fator ambiental para a ocorrência dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (DELONG E DWYER, 1988; NANSON, 1992; SMALLEY et al., 1995; MILES et al., 2003). A pouca literatura existente sobre o assunto aponta uma incidência de 1:54 de manifestação de TID em pessoas integrantes dos distúrbios estruturais, neurocognitivos e comportamentais causados pelo álcool (NANSON, 1992). Isso significa que pessoas expostas ao álcool durante a gestação podem apresentar manifestações do espectro autista. No entanto, o assunto é recente e carece de investigações na área.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico – DSM IV (1995) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (1993) da Organização Mundial da Saúde (OMS), os "*Pervasive Developmental Disorders*", traduzidos nas edições brasileiras, respectivamente, por Distúrbios

Globais do Desenvolvimento e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), referem-se a um aglomerado de transtornos caracterizados por anormalidades qualitativas em interações sociais, padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Esta categoria diagnóstica comporta o i) Autismo; ii) Transtorno de Asperger; iii) TID sem outra especificação (TID-SOE); iv) Transtorno de Rett e o v) Transtorno Desintegrativo da Infância, sendo de interesse para a realização deste estudo o Autismo; o Transtorno de Asperger e o TID sem outra especificação (TID-SOE). De uma maneira geral, todas essas classificações são chamadas de Autismo.

Nas informações do "*Autism Information Center*" dos "*Centers of Disease Control - CDC*" dos EUA esta condição afeta indivíduos de todos os extratos raciais e nível sócio-econômico com uma prevalência alta, que pode chegar a cinco casos por 1000 crianças (DAVIS, 2004). A razão sexual é de 3:1 entre homens e mulheres (GILLBERG, 2006). Uma possibilidade para explicar este desvio seria que o limiar para as disfunções encefálicas em meninos é mais baixo que em meninas e que disfunções mais graves do encéfalo associada à forte carga genética poderiam ser requeridas para desencadear o aparecimento do autismo em meninas (PAULS; VOLKMAR, 2003). Se a última hipótese for verdadeira, poderia explicar o fato de que meninas acometidas pela doença geralmente apresentam comprometimento cognitivo mais grave (WING, 1981).

O quadro clínico de TID é variável, podendo-se encontrar tanto autistas clássicos, com ausência de comunicação verbal e deficiência mental grave, quanto autistas com sociabilidade comprometida que apresentam habilidades verbais e inteligência normal (KENDLER et al., 1993). As anormalidades no desenvolvimento geralmente são detectadas nos primeiros três anos de vida, persistindo em curso crônico até o término da vida. Cerca de 70% dos casos apresentam deficiência mental, 15 a 30% apresentam convulsões e 20 a 50% mostram anormalidade nos eletroencefalogramas (SMALLEY, 1995).

Além da avaliação clínica, atualmente, já é possível se utilizar escalas de avaliação, questionários, inventários e *checklists* para a identificação dos quadros de TID. Dentre os instrumentos destacam-se o ABC - Inventário de Comportamento

da Criança Autista – (*Autism Behavior Checklist*) e o ASQ - Questionário de Comportamento e Comunicação Social – ASQ (*Autism Screening Questionnaire*).

Assim, considerando os danos que podem ser advindos do álcool consumido por mulheres etilistas em período gestacional e em sua prole, o presente estudo teve por objetivos:

- a) Descrever o histórico reprodutivo de mulheres alcoolistas;
- b) Descrever o histórico do crescimento e desenvolvimento dos filhos;
- c) Investigar alterações físicas e manifestações dos quadros dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento nos filhos de alcoolistas.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1 Álcool e gestação

Desde os primórdios do desenvolvimento infantil, a simbiose mãe-bebê revela uma natureza de ligações orgânicas que se inicia na vida intra-uterina onde a mãe exerce um papel de “fonte nutritiva” para o feto e qualquer alteração para melhor ou pior nesta dinâmica, pode influenciar o curso natural do desenvolvimento embrionário (CORBETT, 1982).

É durante a gestação que a placenta embrionária ocupa lugar de destaque e se mostra preciosa para a saúde do feto, servindo de barreira natural contra a invasão de agentes agressores. No entanto, essa proteção é permeável a algumas substâncias, entre elas o álcool, que após ser ingerido pela mãe, é absorvido pelo feto nas mesmas concentrações da ingestão inicial, mas com um agravante, pois seu processamento é feito inadequadamente devido à ausência de enzimas para a sua metabolização. (HARLAP & SHORONO, 1980; CORBETT, 1982; TEOH et al., 1994).

Estudos sobre os efeitos do álcool na gestação relatam que os danos ocorrem de acordo com a fase do desenvolvimento embrionário fetal. O 1º trimestre é considerado crítico para a organogênese, pois é nessa fase do desenvolvimento que acontece a formação dos órgãos e ocorre uma cascata de eventos celulares envolvendo genes, proliferação, migração, diferenciação, crescimento, conexões, morte e reconexão celular no Sistema Nervoso Central. No 2º e 3º trimestre, os prejuízos mais relatados para o feto são o retardo de crescimento, a diminuição do perímetro cefálico e torácico, pois os efeitos do consumo observados nesta fase estão relacionados às anomalias físicas. Também nesse período, observa-se na mãe o aumento de abortos espontâneos, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina e trabalho de parto prematuro. (SOKOL et al., 1980; COLES, 1994; MAY, 1995; BELL & LAU, 1995; JACOBSON et al., 1994).

Os prejuízos causados pelo álcool no desenvolvimento humano representam um conjunto de distúrbios estruturais, neurocognitivos e comportamentais concentrados em um termo abrangente denominado DEAF – Distúrbios do Espectro Alcoólico Fetal em inglês FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (BARR E STREISSGUTH, 2001) e sua forma de manifestação mais grave ocorre com a presença completa do fenótipo denominada Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).

A SAF está ligada ao consumo moderado a severo de álcool na gestação e é caracterizada, principalmente, por um déficit de crescimento pré e pós natal, alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central e malformações cranioencefálicas (JONES & SMITH, 1973; SOKOL & CLARREN, 1989; BELL e LAU, 1995; ECKARDT et al., 1998; BARR e STREISSGUTH, 2001; PEADON, 2007).

O fenótipo da SAF pode ser sub-dividido em 4 áreas, sendo elas: *crescimento* (retardo no crescimento pré e/ou pós-natal e/ou microcefalia); *desenvolvimento* (atraso no desenvolvimento e disfunção motora fina); *face* (fissura palpebral pequena, filtro nasal plano e longo e borda do lábio superior fina e vermelha) e *outros* (hipoplasia maxilar, palato fissurado, anomalias articulares, alterações das pregas palmares e defeitos cardíacos) (JONES, 2003).

O Guia de Referência e Diagnóstico publicado pelo Departamento de Saúde e Serviço Humano em 2004 descreve que o diagnóstico da SAF exige a presença de três achados: 1) três anomalias faciais específicas: filtro nasal liso, lábio superior fino e vermelho e fissuras palpebrais pequenas; 2) déficit no desenvolvimento; 3) anormalidades no SNC (estruturais, neurológicas ou funcionais, ou combinação das mesmas). Observa-se que a confirmação do uso de álcool durante a gestação fortalece o diagnóstico de SAF, contudo ela não é necessária diante a presença dos sinais mencionados anteriormente.

Um estudo realizado no estado de Dakota do Norte - USA, apontou que dentre as cinco variáveis parentais estudadas (idade paterna, idade materna,

educação paterna, educação materna e estado matrimonial), os fatores de risco mais significativos encontrados para a SAF foram a educação paterna e materna e o estado matrimonial. Isto revela uma visão constrangedora de influência dos pais para a manifestação da SAF. Assim, um olhar diferenciado para o tratamento pré-natal pode ser importante na prevenção das DEAF. O estudo também demonstrou que a idade do pai e da mãe foi invertida como fator de risco para SAF, ou seja, pais e mães mais velhos apresentaram maior risco de ter uma criança com Síndrome Alcoólica Fetal. Este dado não é surpreendente pois a SAF é condicionada ao consumo moderado a severo de álcool e a ingestão em altos níveis é frequentemente realizada por pessoas mais velhas. (KLUG et al., 2003).

Embora existam estudos que não observaram associação entre os efeitos do álcool sobre o feto na gestação para os consumos leve e moderado, há um consenso entre os pesquisadores de que tais prejuízos estão diretamente relacionados com a quantidade de álcool absoluto ingerido pela mãe durante a gravidez. As variáveis consideradas pelos estudiosos são o *tempo de exposição ao álcool*, a *quantidade de álcool ingerida pela mãe* e o *estágio de desenvolvimento no qual o feto se encontrava quando foi exposto*. (SOKOL & CLARREN, 1989; BELL e LAU, 1995).

Outros fatores relacionados à mãe podem influenciar a maneira como o álcool afeta a criança, são eles: fatores genéticos, idade materna, número de partos anteriores, quantidade de gordura corpórea, estado nutricional e a forma como o organismo metaboliza o álcool. Essas variáveis podem contribuir, inclusive, para o desenvolvimento do espectro da SAF (ABEL, 1998b; NIAAA, 2008).

Desta maneira, a ingestão de álcool por mulheres grávidas é uma preocupação mundial visto que, nos últimos anos, pesquisas apontam um aumento progressivo e alarmante do consumo de álcool e outras drogas por gestantes. Um estudo realizado em 1996 no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) revelou que 25% das 100 gestantes atendidas faziam uso de bebida alcoólica durante a gestação e definiam o consumo como “social” (COSTA et al., 1998). Posteriormente, um estudo realizado por BEARER (2001) revelou que 22,5% das

mulheres entrevistadas referiram o consumo de alguma quantidade de álcool durante a gravidez.

Reiterando tal informação, por meio de uma pesquisa realizada com 450 gestantes no interior de São Paulo, mais especificamente em Ribeirão Preto, FABBRI (2001) rastreou um consumo de 25,3% nas gestantes entrevistadas durante o primeiro trimestre da gestação. Das entrevistadas, 22,1% apresentaram consumo alcoólico de risco para a instauração da SAF ou para os Efeitos Fetais pelo Álcool; em 6% foi detectado uso nocivo e 3,1% Síndrome de Dependência.

De maneira geral, o uso e abuso de bebidas são constrangedores para a gestante que, na maioria das vezes, nega o consumo da substância em período gestacional. Aliás, aqui está um dos maiores problemas para a investigação do uso de álcool na gestação porque, usualmente, a mãe omite a informação do profissional da área da saúde sobre o uso de álcool, dificultando o diagnóstico e o prognóstico da criança exposta. É muito provável que tal comportamento esteja relacionado ao estigma social que de acordo com Miller e Baca (1995) está associado ao conceito de imoralidade, agressividade e comportamento sexual inadequado (FABBRI, 2001).

Contraditoriamente a essa associação realizada por Miller e Baca, o hábito das gestantes consumirem bebidas alcoólicas parece ser socialmente aceito e, infelizmente, ainda não há um consenso quanto à orientação dos prejuízos causados no feto pelo consumo de bebidas alcoólicas na gestação.

Muitas pesquisas sobre ingestão de álcool e gestação vêm sendo realizadas e os resultados apontam a eficácia dos instrumentos de avaliação para o rápido rastreamento do uso e/ou abuso de bebidas alcoólicas feitos por mulheres. Dentre estes instrumentos destacam-se o T-ACE, validado em território Nacional por Fabbri (2001) e que tem foco em mulheres gestantes, o TWEAK e o AUDIT para detecção da frequência e quantidade do consumo de álcool por mulheres (BRADLEY et al., 1998) e o CAGE utilizado por pesquisadores e profissionais da saúde, validado no Brasil em 1983 por Mansur e Monteiro (MANSUR & MONTEIRO, 1983; FORMIGONI & CASTEL, 1999; PAZ FILHO et al., 2001).

É importante destacar que todos esses instrumentos devem ser complementares aos critérios diagnósticos do DSM-IV, CID-10 e observação clínica.

2.1.1 Critérios de inclusão e as diversas categorias diagnósticas

Em abril de 2004, sob a coordenação da Organização Nacional de Síndrome Alcoólica (NOFAS), três instituições federais, sendo elas; o Instituto Nacional de Saúde (NIH), o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doença) e a Administração de Serviços em Saúde Mental e Abuso de Substância (SAMHSA), juntamente com especialistas no assunto, reuniram-se a fim desenvolver um consenso acerca da definição do DEAF (*Desorden Espectrum Alcohol Fetal*). O sentido adotado é de que DEAF ou FASD é “um termo amplo que descreve a gama de efeitos que podem ocorrer num indivíduo cuja mãe fez uso de álcool durante a gravidez podendo resultar em deficiências físicas, mentais, de comportamento e/ou de aprendizagem com possíveis implicações ao longo da vida” (BERTRAND et al., 2004).

Vale lembrar que DEAF não é um diagnóstico, mas sim uma coleção de termos diagnósticos resultantes da exposição pré-natal ao álcool (BERTRAND et al., 2004) que incluem a SAF (Síndrome Alcoólica Fetal), a DNRA ou ARND (Distúrbios do Neurodesenvolvimento Relacionados ao Álcool) na qual as crianças apresentam problemas cognitivos e comportamentais, e a DCRA ou ARBD (Distúrbios Congênitos Relacionados ao Álcool) na qual as crianças possuem algum tipo de deficiência ao nascer. Tanto na ARND quanto na ARBD, as crianças apresentam confirmada exposição ao álcool na gestação, sem um diagnóstico confirmado de SAF (PEADON, 2007).

Muitos pesquisadores já contribuíram para definir as características necessárias para o diagnóstico de pessoas com SAF. Atualmente existem dois protocolos de critérios diagnósticos amplamente divulgados para avaliação e categorização de crianças expostas ao álcool em período gestacional.

O primeiro protocolo utilizado foi apresentado em 1996 pelo Instituto de Medicina dos EUA (IOM), da Academia Nacional de Ciências. Esse protocolo foi desenvolvido em virtude da dificuldade em se reconhecer e estabelecer o diagnóstico das crianças expostas ao álcool durante a gestação, propondo cinco categorias diagnósticas para a SAF e os efeitos relacionados com o álcool (EFA) (STRATTON et al., 1996).

Este instrumento foi posteriormente refinado por Hoyme et al., (2005) que após a revisão desses critérios dividiu o diagnóstico em 6 categorias, a saber:

Categoria 1: SAF com confirmada exposição materna ao álcool;

Categoria 2: SAF sem confirmada exposição materna ao álcool;

Categoria 3: SAF parcial com confirmada exposição materna ao álcool;

Categoria 4: SAF parcial sem confirmada exposição materna ao álcool;

Categoria 5: DCRA ou ARBD (Distúrbios Congênitos Relacionados ao
Álcool);

Categoria 6: DNRA ou ARND (Distúrbios do Neurodesenvolvimento
Relacionados ao Álcool).

Essa divisão leva em consideração o fato de que, em muitos casos, a história materna não está disponível quando o diagnóstico está sendo definido. (STRATTON et al., 1996; HOYME et al., 2005).

Os critérios diagnósticos para a SAF e os Efeitos Relacionados ao Álcool (EFA) publicados por Hoyme et al., (2005) encontram-se no ANEXO E e serão utilizados neste estudo como parte do instrumento de avaliação da prole de mulheres alcoolistas.

O segundo protocolo, publicado em 2000, foi desenvolvido por Astley e Clarren e é comumente chamado de *Washington Criteria*, pois foi formulado baseado em revisões dos registros médicos de 1014 crianças diagnosticadas com SAF pela Rede de Diagnóstico e Prevenção da Síndrome Fetal Alcoólica do Estado de Washington. Seu objetivo principal foi poder proporcionar critérios diagnósticos mais objetivos para as DEAF ou FASD. Esse protocolo mantém as quatro principais características diagnósticas da SAF (deficiência no desenvolvimento; características faciais fenotípicas da SAF; dano / disfunção do sistema nervoso central e exposição ao álcool intra-útero). A presença desses quatro fatores é graduada numa escala de Likert de 4 pontos, onde 1 representa a ausência total da característica e 4 representa completa apresentação da característica. (HOYME et al., 2005).

2.1.2 Características morfológicas, cognitivas e comportamentais na prole

Inúmeras são as características que podem advir do consumo de álcool em período gestacional, especialmente em doses moderadas e severas, expondo o feto à uma ampla gama de prejuízos morfológicos, cognitivos e comportamentais.

Na maioria das vezes, estão associadas à Síndrome Alcoólica Fetal, algumas alterações faciais típicas que auxiliam no diagnóstico e estão diretamente ligadas com os efeitos do álcool no cérebro em maturação. As fissuras palpebrais pequenas servem como exemplo. De forma similar, há estudos que sugerem que o filtro nasal plano e longo e o lábio superior fino e vermelho ocorrem devido a uma alteração no desenvolvimento da parte anterior do cérebro, resultando no fechamento dos placóides olfatórios e subdesenvolvimento do processo nasal medial. (JONES, 2003).

Ao nascimento, peso, comprimento e perímetro cefálico apresentam de dois a três desvios padrões abaixo da média gestacional normal. Uma das maiores evidências da teratogenia do álcool sobre o feto é o retardo de crescimento nas crianças afetadas que pode chegar a até 700gr a menos nos recém nascidos em

comparação com recém-nascidos normais. Com o avançar da idade, o comprimento linear mantém cerca de 10% de atraso, o peso se torna mais deficitário do que o comprimento, a circunferência craniana é freqüentemente mais afetada e a microcefalia é diagnosticada em mais de 80% das crianças com SAF. (CLARREN e SMITH, 1978; BELL e LAU, 1995; JONES, 2003).

Muitas das anomalias genéticas observadas em indivíduos com SAF são secundárias aos efeitos do álcool no cérebro em desenvolvimento. As articulações normais dependem da atividade fetal para se desenvolverem. Uma variedade de contraturas articulares pode aparecer em situações onde haja pouca mobilidade articular fetal. Situação semelhante ocorre com as pregas palmares, que dependem da movimentação das mãos para seu desenvolvimento normal (JONES, 2003).

Estudos mostram que, aparentemente, 50% das crianças com SAF possuem comprometimento cognitivo apresentando retardo mental, com uma média de coeficiente de inteligência de 68 numa variação entre 20 e 100. Além disso, todos os indivíduos expostos a grandes quantidades de álcool na gestação mostraram dificuldades significativas com habilidades acadêmicas básicas como ler, soletrar e fazer cálculos simples, indiferente do nível de QI. (MATTSON e RILLEY, 1998). Com o passar da idade, o déficit de atenção e a hiperatividade também se tornam mais aparentes. (NANSON, 1992).

Essas crianças ainda podem apresentar outros tipos de problemas no desenvolvimento, tais como dificuldades de memória e funções executivas pobres. Além disso, a literatura aponta comportamentos sociais inadequados como impulsividade, falta de inibição social, isolamento social, vulnerabilidade e pobre julgamento social. (NANSON, 1992).

É importante ressaltar que a SAF é uma condição que perdura por toda a vida. A combinação entre os déficits neurológicos e o estresse ambiental adicional pode promover altos riscos de deficiências na vida adulta, tais como: dificuldades no aprendizado, problemas emocionais e familiares, abuso de álcool e drogas,

problemas de saúde mental, comportamento sexual inapropriado, vitimização, desemprego, problemas legais e morte prematura. (LITTLE et al., 2004).

2.2 Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

O Autismo e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) às vezes denominados Transtornos do Espectro do Autismo são definidos como uma família de distúrbios com início precoce e curso crônico no qual os indivíduos afetados apresentam um quadro clínico de diminuição qualitativa da comunicação, interação social e restrição de interesses, além de comportamentos estereotipados e maneirismos. (KLIN & MERCADANTE, 2006).

Tais transtornos apresentam variabilidade no grau de comprometimento das áreas múltiplas e nucleares do desenvolvimento, abrangendo desde o estabelecimento da subjetividade e das relações pessoais, linguagem e comunicação, até o aprendizado e as capacidades adaptativas dos afetados.

Corroborando com estudos anteriores, uma pesquisa realizada em 1998, apontou que o antecedente médico de maior frequência encontrado nas famílias dos pacientes com autismo infantil, foi o de “Distúrbios Neuropsiquiátricos”. O grupo definido como “Psicopatologia grave” foi o mais freqüente (62,80%), seguido de Alcoolismo e Retardo Mental, referidos em 54,3% e 37,10%, sucessivamente. (COSTA & NUNESMAIA, 1998).

Kanner originalmente pensou que indivíduos com autismo possuíam inteligência preservada e atribuiu baixas pontuações nos testes de inteligência por causa de seus prejuízos nas relações sociais. Na seqüência, pesquisas não têm apoiado esta visão, e sabe-se agora que a maioria de indivíduos autistas também são retardados mentalmente. Por exemplo, Ritvo e Freeman (1978) sugeriram que 60% de crianças com autismo tem QI abaixo de 50, 20% tem QI entre 50 e 70 e apenas 20% tem QI acima de 70. Assim, o retardo mental e o autismo são distúrbios separados, mas coexistem nos mesmos indivíduos.

De acordo com Clark (1995), aproximadamente 25% dos afetados com autismo infantil, eventualmente apresentam doença convulsiva. Além dessa, outras patologias também são observadas em indivíduos com autismo, dentre elas, a literatura faz menção a doença cardíaca, ao acidente vascular cerebral, a Síndrome de Down e a malformação congênita. (COSTA & NUNESMAIA, 1998)

Trata-se de um transtorno que se manifesta independente da raça, etnia, classe social ou condição cultural (VOLKMAR, 1995) e, apesar de suas etiologias ainda não estarem totalmente estabelecidas, estudos apontam associações com alterações genéticas e de bases neurobiológicas, além de acidentes pré-natais, distúrbios metabólicos e infecções pós-natais (SLONIMS et al., 2003).

A manifestação dos sintomas deste grupo de transtorno aparece, normalmente, antes dos três primeiros anos de vida e, freqüentemente, está associado a algum grau de deficiência mental (PAULS; VOLKMAR, 2003). A descrição de prevalência clássica para os TIDs é de um a cinco casos em cada 1.000 crianças, numa proporção de dois a três homens para uma mulher (VOLKMAR et al., 1996; GILLBERG, 2006).

O diagnóstico tornou-se mais eficaz com o aparecimento e a utilização da CID 10 e do DSM-IV, sendo que este último classifica os TIDs em : i) Autismo; ii) Transtorno de Asperger; iii) TID sem outra especificação (TID-SOE); iv) Transtorno de Rett e v) Transtorno Desintegrativo da Infância, todos denominados como Autismo, contudo, com o passar dos anos, surgiram questionários, *checklist* e inventários dirigidos para a avaliação cognitiva e comportamental destes indivíduos. Os principais objetivos de tais instrumentos são auxiliar o profissional para a realização de uma maior especificidade da natureza do problema em cada caso individualmente ou uma melhor discriminação de diagnóstico.

Tais instrumentos, normalmente, consideram as descrições das famílias sobre o desenvolvimento, padrões de comportamento e observações diretas dos indivíduos (SAEMUNDSEN et al., 2003) e, dentre os mais citados pela literatura internacional estão o *Autism Screening Questionnaire* (ASQ) (BERUMENT e col., 1999) e o *Autism Behaviour Checklist* (ABC) (KRUG et al., 1980).

2.2.1 Álcool e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

A teratogênese do álcool é motivo de discussão e preocupação entre os profissionais da área da saúde e, mais especificamente nas últimas 4 décadas, foram realizadas observações acerca do consumo de álcool feito por mulheres em período gestacional e seus efeitos sobre a prole.

A co-segregação de autismo e alcoolismo em famílias datam de 1970, onde Lobascher et al., (1970) comparou as histórias de famílias de 23 crianças autistas com as histórias de famílias de crianças normais (grupo controle) e encontrou uma incidência de 35% de alcoolismo na genealogia das crianças com autismo. Em concordância com esses achados, um estudo realizado em 1988 apontou que 55% das 51 famílias de crianças autistas investigadas, apresentaram alcoolismo em parentes de 1º e 2º grau, enquanto 929 parentes do grupo controle apresentaram uma taxa de incidência global de apenas 6,5%. (DELONG E DWYER, 1988). Outros autores relataram resultados mostrando a concentração familiar desta concorrência.

Em 1995, Smalley et al., pareou 36 famílias de autistas vs 21 famílias normais e encontrou uma percentagem de 47% (17/36) de abuso de substância, inclusive álcool, nas famílias de autistas, contra 0% nas 21 famílias normais. Miles et al., (2003) investigou 167 genealogias de crianças com autismo, e apontou que 39% (65/167) dos parentes de 1º e 2º grau apresentavam herança genética de alcoolismo. Ainda, relatou que crianças de famílias alcoolistas tinham mais probabilidade de ter comportamentos autistas, a começar pela perda da linguagem. Esse dado foi observado, principalmente, nas famílias nas quais as mães eram alcoolistas sugerindo uma forte associação entre alcoolismo materno e autismo. No entanto, nem todos os estudos da literatura internacional encontraram taxas aumentadas de alcoolismos em famílias de autistas. Bolton et al., (1998) e Daniels et al., (2008) relataram achados importantes sobre a relação entre problemas psiquiátricos de pais, tais como quadros de depressão e autismo, no entanto, o abuso de álcool e outras drogas não foram observados nas famílias de autistas.

Alguns estudos descrevem que o álcool pode ser considerado como um fator de risco para a manifestação do espectro autista, mas, até o presente momento, não

é possível encontrar um consenso na literatura a esse respeito, pois alguns autores discordam que a exposição pré-natal ao álcool tenha influências nas manifestações ou etiologia do espectro do autismo infantil.

Fombonne (2002), que pode ser considerado um dos grandes nomes das pesquisas realizadas sobre os TID, se manifestou em uma carta ao editor e contestou que a exposição ao álcool durante a gestação seja um fator de risco para a manifestação do espectro autista. O autor enfatizou que os sintomas do autismo não são tipicamente encontrados em crianças com Síndrome Alcoólica Fetal. Destacou que algumas investigações têm reportado transtornos autistas em amostras de crianças com SAF (NANSON, 1992). Contudo, esses casos representam 2% das amostras inteiras de crianças com SAF ou ARBD. Embora essa taxa possa parecer significativa, não é possível avaliar só com esses casos se existe uma associação verdadeira entre o Autismo e a SAF. Fombonne destaca, ainda, que as crianças com SAF apresentam características físicas específicas: baixo peso ao nascimento, microcefalia, baixa estatura e defeitos cardíacos e nenhuma dessas características, ou outras características da SAF, são encontradas em crianças com autismo. É, então, muito improvável que exista uma associação forte entre exposição pré-natal ao álcool e autismo.

Entretanto, o pesquisador destaca que esses estudos devem servir de alerta para a hipótese das duas condições co-acontecerem, ocasionalmente, em algumas crianças e uma avaliação completa de cada problema deve ser executada. (FOMBONNE, 2002).

De qualquer maneira, é possível observar que o autismo não vem sendo usualmente investigado em crianças diagnosticadas com a Síndrome Alcoólica Fetal. Diferentemente da SAF, que é diagnosticada com base em critérios diagnósticos bem definidos (retardo de crescimento, dismorfia e disfunção no sistema nervoso central), o autismo é diagnosticado com base no comportamento da criança e na história natural do distúrbio, sem referência para anomalias no crescimento.

Em 1992, Nanson comparou 06 crianças com SAF e comportamentos autistas vs 08 crianças apenas com SAF e concluiu que as crianças com SAF também podem ser autistas. As crianças com SAF e autismo demonstraram uma persistência no que se refere ao retardo de crescimento e apresentaram maior número de anomalias, incluindo retardo mental mais severo, que as crianças com SAF não autistas. Nesse estudo, não foi possível avaliar se a quantidade de ingestão de álcool materno foi determinante para os casos de SAF autistas.

Vale destacar que o autor não afirma que a etiologia do autismo observado nas seis crianças com SAF e autismo seja por causa da exposição pré-natal ao álcool, mas esse dado deve servir de alerta para que as crianças diagnosticadas com SAF sejam avaliadas quanto à possibilidade de co-segregação de autismo, pois esse novo olhar e diferenciação diagnóstica possibilitarão que crianças com SAF e autismo se beneficiem de programas de tratamento adequados para os dois distúrbios. O oposto também deve ocorrer, ou seja, crianças diagnosticadas com autismo carecem de investigação quanto à exposição ao álcool *in útero*, e possíveis características para a SAF. (NANSON, 1992; HARRIS et al., 1995; FOMBONNE, 2002).

Nanson (1992) também sugere que o autismo pode ser mais um dos efeitos do álcool no feto e destaca os achados de pesquisas recentes que associam o autismo e anomalias no cerebelo, dados estes que também tem sido descritos nos estudos de modelo animal para a SAF.

Os seis casos citados anteriormente foram selecionados de um banco de dados com 326 crianças identificadas com SAF, ARBD ou EFA, sendo quatro meninos e duas meninas, e tiveram o diagnóstico de SAF e Autismo. Esse dado representa uma alta incidência de 1:54 de crianças com SAF e Autismo (33% de meninas e 67% de meninos), numa proporção de uma menina para dois meninos (NANSON, 1992).

Um outro estudo referente a investigação de comportamentos autistas na descendência de mães que abusaram de álcool e outras drogas na gestação, relatou três casos (dois meninos e uma menina) diagnosticados com EFA ou ARBD

e com quadro clínico de autismo. Este relato, além de indicar uma possível correlação entre a SAF e Autismo reafirma a proporção encontrada por Nanson (1992) de dois meninos afetados para uma menina. Observa-se que essa manifestação do autismo infantil acometendo mais meninos que meninas já é relatada pela literatura existente sobre TID.

É oportuno informar que o retardo mental, a hiperatividade, a impulsividade, a labilidade emocional, os medos anormais, o comportamento ego centrado, o desejo para uniformidade e as estereotípias são sinais e sintomas comumente observados nas populações diagnosticadas com SAF (ou outras manifestações da exposição pré natal ao álcool) e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Mas, os grupos investigados de indivíduos autistas demonstraram retardo mental mais severo (QI 35—50); prejuízos mais evidentes na comunicação verbal e não verbal e prejuízos em interação social recíproca, e estes sintomas não foram relatados em crianças com SAF ou Efeitos Feitais do Álcool. (HARRIS et al., 1995).

Um estudo comparou 29 crianças com autismo, 33 crianças com TID-SOE e 29 crianças com FASD e concluiu que dificuldades de interação social, compartilhamento de afeto e utilização de comunicação não verbal foram comuns em crianças com Autismo e TID-SOE, mas raro em crianças com FASD. Contudo, o comportamento social impróprio e a dificuldade de lidar com semelhantes foram comuns em ambos os grupos (Autismo e FASD). Para se analisar esses dois últimos sinais deve-se considerar que a interação social é um sintoma para o autismo, mas um subproduto em função de outros transtornos para a FASD. (BISHOP et al., 2007).

Por último, as crianças com distúrbios devido à exposição pré-natal ao álcool são apontadas pela literatura como sociáveis e indiscriminadamente amigáveis, diferentemente das crianças autistas que são caracterizadas como pertencentes a um grupo com prejuízo sem igual no campo da interação social. (NANSON, 1992; KLIN et al., 2006; BISHOP et al., 2007).

3. MÉTODO

3.1 Participantes

A amostra foi composta de mulheres que estavam em tratamento atual ou pregresso devido ao uso e/ou abuso de álcool. A faixa etária variou entre 19 anos (mínimo) e 71 anos (máximo), com uma média de 44 anos.

Todos os filhos vivos das mulheres que compareceram para a realização da pesquisa foram convidados a participarem do estudo, indiferente da faixa etária. Na ocasião, considerou-se a história de vida e as queixas das mulheres acerca do desenvolvimento de seus filhos.

3.2 Local

3.2.1 Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD)

O CAPS-AD é um centro de atenção integral a adolescentes, homens e mulheres com problemas de abuso e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas. Iniciou as atividades em 12 de agosto de 2000, sendo credenciado como CAPS-AD em 06 de novembro de 2002. Os objetivos centrais do Centro são a reflexão e mudança de comportamento em relação ao uso de substâncias psicoativas aos pacientes que procuram atendimento. Conta com uma equipe interdisciplinar composta de profissionais administrativos, equipe técnica (dois psiquiatras, um clínico geral, quatro psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um assistente social, um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem), além do pessoal de apoio (recepção, copa, auxiliares de limpeza e oficineiro). Essa equipe desenvolve o tratamento através de medicação, atividades grupais e atendimento individual.

Os programas de atendimento duram, em média, três meses e são diversificados, dependendo da necessidade e peculiaridade de cada paciente. Os programas que compõem a grade de atendimento vão desde grupos de encontros

intensivos, semi-intensivos, acolhimento, orientação familiar, atendimento psiquiátrico e/ou psicológico individual e oficinas terapêuticas.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

3.3.1 Critérios de inclusão

- a) Mulheres: foram incluídas na amostra todas as mulheres cadastradas no CAPS, que possuíam filhos e que apresentaram uso de álcool; álcool e tabaco; álcool, tabaco e medicamento e álcool e medicamento.
- b) Filhos: todos os filhos vivos sobre os quais as mulheres alcoolistas relataram queixas ou acontecimentos atípicos em relação ao seu desenvolvimento/comportamento.

3.3.2 Critérios de exclusão

- a) Mulheres: foram excluídas da amostra aquelas mulheres que nunca engravidaram; que faziam uso de algum tipo de droga ilícita; as que faziam uso exclusivo de tabaco e/ou medicamento; óbitos; demência; mudança de endereço e perda de contato com o local de atendimento; recusa de contato e as mulheres que eram apenas acompanhantes de pacientes.
- b) Filhos: foram excluídos da amostra todos os filhos vivos que se recusaram em participar da pesquisa e aqueles que não foram apontados pela mãe como tendo algum tipo de desenvolvimento/comportamento atípico.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

3.4.1. Ficha Médica (baseada no modelo da Filha Médica utilizada pela Clínica TID-MACK - Clínica de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento da

Universidade Presbiteriana Mackenzie), com dados sócio-demográficos da família, histórico obstétrico progresso e registro de desenvolvimento dos filhos nascidos vivos; levantamento da genealogia e outras informações pertinentes para a realização da pesquisa (ANEXO A).

3.4.2 Escalas de avaliação de consumo de álcool validadas em território nacional e utilizadas para avaliação do consumo de álcool, sendo elas: T-ACE, TWEAK, CAGE e AUDIT (ANEXO B).

3.4.3 Inventário de Comportamento da Criança Autista - ABC – Autism Behavior Checklist (ANEXO C). O instrumento consiste em 57 descrições de comportamento, subdivididas em cinco áreas sintomáticas: sensorial (9 perguntas), relacional (12 perguntas), uso de objetos e conhecimento corporal (12 perguntas), linguagem (13 perguntas) e sociabilidade (11 perguntas). Os pesos dos comportamentos identificados são somados através de área e totalizados para obter a contagem global. O ponto de corte para incluir como caso positivo será 47 pontos. Este questionário foi desenvolvido por Krug et. al. (1980) e validado e adaptado no Brasil por Marteleto e Pedremônico, 2005.

3.4.4 Questionário de Comportamento e Comunicação Social – ASQ - Autism Screening Questionnaire (ANEXO D). O instrumento ASQ tem a finalidade de rastrear autismo/TID, é auto aplicável e deve ser respondido por pais ou cuidadores da criança. É formado por 40 questões fechadas de respostas “sim” ou “não”. Essas questões são relativas a: i) interação social recíproca; ii) comunicação e linguagem, iii) padrões de comportamento estereotipados e repetitivos e iv) funcionamento atual da linguagem. A pontuação é feita de acordo com cada questão, ou seja, é considerado um ponto quando a resposta da pergunta representa um comportamento anormal, ou seja, uma característica para diagnóstico de TID. Portanto, não é em cada resposta sim que pontuamos, pois pode haver questões que a pontuação se dá na resposta não. O ponto de corte para incluir os casos positivos será de 15 pontos. Este instrumento foi desenvolvido por Berument et al.,

(1999), já se mostrou eficaz em estudos no Brasil (Lowenthal et al., 2007) e está em fase de validação no Brasil (Sato et al., 2008)

Os questionários foram desenvolvidos para ser auto-aplicáveis, no entanto, a experiência acumulada na Clínica TID-MACK (Clínica de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie) permitiu observar que o entendimento das perguntas é melhor se elas foram verbalizadas. Assim, cada pergunta será enunciada sem detalhar as explicações. Se o respondente não souber responder a pergunta será repetida. Permanecendo o não entendimento a pergunta ficará sem resposta, mas será excluída do cômputo final.

3.4.5 Exame clínico nos filhos: Guia do Instituto de Medicina dos EUA (ANEXO E) para registro de informações antropométricas como peso, estatura, perímetro cefálico, distância intercantal interna e externa e tamanho da fenda palpebral. Também, serão observados e registrados os comportamentos atípicos das crianças, tais como estereotípias, hiperatividade e comportamento agressivo.

Destaca-se que a distância intercantal interna e externa e o tamanho da fenda palpebral foram selecionados pela equipe para observação e coleta de dados em virtude da associação de SAF a alterações faciais típicas, tais como essas, que auxiliam no diagnóstico e estão ligadas com os efeitos do álcool no feto.

3.4.6 Máquina fotográfica digital. Utilização de uma máquina fotográfica digital para o registro de 02 fotos da face, sendo 01 na posição frontal e 01 na posição perfil (90°).

3.4.7 Cartas de Informação ao Sujeito de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F). Carta que visa informar os objetivos do estudo aos participantes e que asseguram o sigilo e preservação da integridade dos sujeitos da pesquisa.

3.4.8 *Carta de Informação à Instituição e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO G). Informativo sobre os objetivos da pesquisa para a instituição na qual será realizado o estudo.

3.5 Procedimentos

Foi estabelecido contato com a Secretaria de Saúde do Município de Barueri, que é a responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD) e, após anuência e assinatura da Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição (ANEXO G), a pesquisa foi iniciada.

Primeiramente, foram realizadas quatro visitas nos meses de junho e julho de 2008 para consulta e coleta dos dados disponíveis nos prontuários dos pacientes atendidos pelo CAPS-AD.

Consolidado o banco de dados, iniciou-se o convite às 89 mulheres (N=89) que compuseram a amostra do CAPS-AD para participação no estudo. As convocações das mulheres alcoolistas foram feitas por contato telefônico, telegrama e/ou nos dias de consulta médica e, após concordância, elas foram agendadas em grupos de 10 mulheres por quinta-feira, para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados composto de Ficha Médica (ANEXO A); Questionários de avaliação de consumo de álcool (ANEXO B); Inventário de Comportamento da Criança Autista - ABC – Autism Behavior Checklist (ANEXO C); Questionário de Comportamento e Comunicação Social – ASQ - Autism Screening Questionnaire (ANEXO D); Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F). As entrevistas com as alcoólicas foram realizadas individualmente e tiveram início no mês de setembro de 2008.

Caso houvesse queixa materna ou indícios de anormalidades no desenvolvimento infantil, as mães foram convidadas a trazer seus filhos para uma segunda parte da pesquisa, a do exame clínico na prole.

Neste segundo encontro, foram realizados exames clínicos nos filhos e coletadas informações antropométricas como peso, estatura, perímetro cefálico, distância intercantal interna e externa e tamanho da fenda palpebral, por meio do Guia do Instituto de Medicina dos EUA (HOYME et al., 2005). Também foram observados e registrados os comportamentos atípicos, tais como estereotipias, hiperatividade e comportamento agressivo (ANEXO E).

Na seqüência, foram tiradas duas fotografias dos filhos sendo 01 na posição frontal e 01 na posição perfil (90°).

Todos os instrumentos e exames clínicos foram realizados pessoalmente pela equipe de pesquisadores composta pelos seguintes profissionais:

- a) Dr. Decio Brunoni: médico geneticista, professor do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- b) Dr. José Salomão Schwartzman: médico neurologista, professor do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie;
- c) Sheila Carla de Souza: psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, responsável pela pesquisa;

Os questionários que integram a Ficha Médica e as informações antropométricas dos filhos foram digitados em planilha Excel, por grupos de perguntas e de domínios de comprometimento.

Análise Estatística

Quando necessário, os resultados serão expressos em porcentagens.

3.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos e de preservação das mulheres participantes desta pesquisa foram assegurados pelo Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie que através do parecer CEPE/UPM 1060/05/2008 e CAAE 0037.0.272.000-08 aprovou, em maio de 2008, a realização desta pesquisa.

Paralelamente a esse projeto, também em maio de 2008, foi solicitado ao mesmo Comitê de Ética aprovação de um outro projeto de pesquisa que tinha como enfoque a investigação da prole das alcoólicas. Tal vertente surgiu de profícuas discussões desenvolvidas pelo grupo da Linha de Pesquisa *Estudos teóricos e práticos sobre o sujeito com distúrbios do desenvolvimento: implicações pessoais e sociais*, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Na ocasião, esse projeto também foi aprovado pelo CEPE/UPM e a pretensão era para que outra discente realizasse a pesquisa, mas devido a sua desistência do curso, o mesmo foi incorporado a este estudo.

Todas as informações acerca dos participantes do estudo serão mantidas em sigilo, com segurança e preservação dos dados coletados.

4. RESULTADOS

4.1 – CAPS-AD

De um total de 2203 pacientes do CAPS-AD, 1981 eram homens e 222 eram mulheres. Dessas 222 mulheres que compuseram o banco de dados inicial, 104 foram excluídas da amostra pelos seguintes motivos: 61 usavam álcool e outros tipos de drogas ilícitas; 23 usavam exclusivamente drogas ilícitas; 06 pacientes usavam apenas medicamentos; 02 eram acompanhantes de pacientes alcoolistas e 12 pacientes faziam uso exclusivo de tabaco.

Das 118 mulheres restantes, mais 29 mulheres foram excluídas, sendo: 06 porque nunca haviam estado gestantes; 04 por motivo de óbito; 01 por demência; 15 por mudança de endereço e perda de contato com o CAPS-AD e 03 por recusa de contato, resultando numa amostra total de 89 participantes (N=89).

Foram incluídas na amostra todas as mulheres atendidas no CAPS que apresentaram uso de álcool; álcool e tabaco; álcool, tabaco e medicamento; álcool e medicamento e que já haviam sido gestantes.

Das 89 (N=89) mulheres que integraram a amostra, 59 (66,3%) eram etilistas, 28 (31,5%) etilistas tabagistas, 02 (2,2%) relataram o uso de álcool, tabaco e medicamento. A amostra foi composta em sua maioria por mulheres de meia idade (média=44,1). Aproximadamente 50% eram casadas legalmente ou viviam com companheiro fixo e 44,8% declararam algum tipo de prática religiosa em contraste a 14,2% que não as possuíam. Quanto à escolaridade, mais de 70% das mulheres possuem apenas o ensino básico, sendo 34,3% do 1º ao 4º ano do ensino fundamental I, 24,5% do 5º ao 9º ano do ensino fundamental II e 11,2% o ensino médio. Dentre elas, 16,6% declararam ter vínculo empregatício formal contra 42,4% desempregadas ou sem ocupação no momento.

Todas as 89 participantes foram convocadas, pelo menos uma vez, para participarem do estudo, sendo que apenas 16 mulheres foram entrevistadas (17,9%) e 73 não compareceram à entrevista, totalizando uma ausência de 82,1% das convocadas.

A seguir, serão relatadas súmulas das entrevistas realizadas com as 16 mulheres do CAPS-AD:

Mulher 1

N.D.C.S., 25 anos, desempregada, escolaridade 7^a série, católica, amasiada, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 12 anos e intensificou o consumo aos 18 anos. Aos 28 anos percebeu que não tinha mais controle sobre o uso do álcool que passou a trazer problemas para a sua vida pessoal. Relatou que por várias vezes tentou parar o uso da substância sozinha, mas não obteve êxito. Fez tratamentos psiquiátricos anteriores e comentou que tentou o suicídio duas vezes. Disse não ter passagem pela polícia, apesar de já ter se envolvido em diversos conflitos com vizinhos, em festas e etc. Comentou que é provinda de família de alcoolistas, acrescentando que seus tios paternos são alcoólicos. N. relatou que até o momento da entrevista havia tido três gestações sendo dois filhos nascidos vivos e uma gestação em curso, todos do mesmo companheiro. N. comenta que engravidou da primeira filha (B.) aos 18 anos e que na época já fazia uso intenso de álcool. Diminuiu o uso do álcool durante o pré-natal, mas não conseguiu ficar abstinente. A criança nasceu com 2.800, começou a andar com um ano e a falar tardiamente aos três anos de idade. Atualmente, B. frequenta a escola e a mãe relata que ela é uma menina muito agressiva. Na ocasião, foram aplicados o ABC e o ASQ na mulher em relação ao comportamento da filha, sendo os resultados totais negativos para TID. Ao comentar sobre a segunda gravidez, N. destacou que bebia intensamente neste período não conseguindo reduzir mesmo depois da informação sobre a gestação. O bebê nasceu vivo, mas morreu imediatamente após o parto. Aparentemente, não possuía malformações congênitas. A terceira gestação está em curso e N. disse que está

conseguindo manter-se abstinente. As escalas de avaliação de consumo de álcool apontaram N. como dependente. A mulher expôs que sua bebida predileta era o conhaque com uma média de duas garrafas de consumo por dia.

Mulher 2

R.S.P., 29 anos, desempregada, escolaridade 4ª série, evangélica, casada, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 18 anos e intensificou o consumo aos 22 anos, iniciando o tratamento aos 25 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi em virtude de denúncia dos vizinhos ao Conselho Tutelar sobre os maus tratos que ela proferia em relação aos três filhos. Relatou que por várias vezes tentou parar o uso do álcool e do tabaco sozinha, mas não conseguiu. Fez tratamentos psiquiátricos anteriores e nunca tentou o suicídio. Relatou duas passagens pela polícia: uma por pequeno furto (bebida alcoólica em um supermercado) e outra por brigas com vizinhos. Comentou que seus pais fazem uso de álcool. R. relatou que até o momento da entrevista havia tido três gestações. Todos os filhos são vivos e do mesmo companheiro. Os produtos das duas primeiras gestações foram uma menina (G.), que atualmente está com dez anos, e um menino (N.) que está com oito anos. A mãe relata que ambos foram expostos a pequenas quantidades de álcool e ao tabaco na gestação. R.S.P. comentou que o desenvolvimento de seus dois filhos foi normal, pois eles andaram, falaram e tiveram controles esfinterianos no prazo previsto. Apesar disso, a mãe comentou que ambos possuem atraso escolar e por esse motivo a equipe optou por aplicar as escalas ABC e ASQ. Os resultados de ambas as crianças foram negativos para TID. Quanto à última gestação, relata que a menina (R.) que está atualmente com dois anos não foi exposta ao álcool durante a gestação e até o presente momento o crescimento e desenvolvimento podem ser considerados normais. As escalas de avaliação de consumo de álcool indicaram R.S.P. como dependente. A mulher expôs que sua bebida predileta era o vinho e a caipirinha, com uma média de ingestão de duas a três garrafas de destilados por dia.

Mulher 3

C.B.S., 40 anos, com emprego informal de catadora de lixo (carroceira), escolaridade 8ª série, evangélica, amasiada, homossexual, procurou o CAPS-AD por recomendação familiar, de um psicólogo com quem faz acompanhamento por depressão e da Vara da Infância e Juventude devido ao abuso de álcool. A paciente compareceu à entrevista acompanhada pela irmã que muitas vezes intercedeu e retificou a informação que estava sendo dada. C.B.S relatou que iniciou o uso de álcool aos 16 anos e intensificou o consumo aos 29 anos. Comentou que morou em Fortaleza por três anos e nessa época decidiu ter uma produção independente. Foi quando engravidou da sua única filha C., que atualmente está com nove anos e mora com a tia. Relatou que até o início do tratamento no CAPS-AD nunca tinha tido pretensão em parar de beber, apesar de já ter sido internada três vezes por alcoolismo. Acrescenta-se que no momento da entrevista, C.B.S exalava álcool e apresentava hematomas na face. Ao ser questionada sobre o ocorrido, a mulher relatou que havia “caído da cama”, mas a irmã que a acompanhava disse que a queda havia sido devido ao abuso de álcool. C. faz tratamento psiquiátrico no momento e nunca tentou o suicídio. Relatou não ter passagens pela polícia. C. Comentou que seu pai fazia uso intenso de álcool tendo, inclusive, falecido com cirrose hepática. C. disse que deseja parar com o uso de álcool, principalmente, para reaver a guarda da filha que está sob custódia da irmã, no entanto, comentou que tem alucinações quando fica abstinente e treme muito. A mulher falou que a filha (C.) não foi exposta ao álcool na gestação, mas a irmã desmentiu e disse que a sobrinha foi exposta a grandes quantidades de álcool *in útero*. A tia prosseguiu e disse que havia acompanhado melhor o desenvolvimento da sobrinha, pois desde o nascimento a menina está sob a sua guarda. C, nove anos, começou a andar e a balbuciar as primeiras palavras com mais ou menos um ano. A tia relata que a menina ficou institucionalizada por quase dois anos e que depois disso, tornou-se muito agressiva, tem baixo rendimento escolar e é hiperativa não conseguindo concentrar-se em nenhuma tarefa. Apesar disso é muito carinhosa com todos. Atualmente, frequenta a escola pela manhã e um reforço no período da tarde. Durante a entrevista a criança se comportou de maneira muito comunicativa e risonha com os entrevistadores. Os testes ABC e ASQ foram respondidos pela tia

em relação ao comportamento da criança que obteve pontuação negativa para TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool indicaram C.B.S. como dependente. A mulher expôs que sua bebida predileta é a cerveja e que ela intensifica o consumo aos finais de semana e durante festas.

Mulher 4

R.V.S.S., 40 anos, com emprego estável, analfabeta, discreta religiosa, amasiada, procurou o CAPS-AD por recomendação de seu chefe devido ao abuso de álcool. R.V. relatou que iniciou o uso de álcool aos 14 anos. Comentou que até o início do tratamento no CAPS-AD nunca tinha tido pretensão em parar de beber porque não achava que “tinha um problema” *sic*. R. V. disse que nunca fez tratamento psiquiátrico, tentou o suicídio ou teve passagem pela polícia. Relatou que seu pai fazia uso intenso de álcool. R. teve três gestações no total, todas do mesmo companheiro. Os produtos das duas primeiras gestações são nascidos vivos enquanto a última gestação resultou em aborto espontâneo. R. V. disse que nenhum de seus filhos foi exposto ao álcool na gestação. No entanto, seu relato é divergente de trechos da sua entrevista, principalmente, no que se refere à exposição dos filhos ao álcool. Os dois filhos, atualmente adultos, sendo um homem e uma mulher, tiveram desenvolvimento normal, mas histórico de repetência acompanhada de abandono escolar, hiperatividade e agressividade com recorrentes brigas. Por esse motivo, as escalas ABC e ASQ foram aplicadas na mãe em relação ao comportamento dos filhos. Ambos pontuaram negativo para TID. Três escalas de avaliação de consumo de álcool (CAGE, TWEAK e AUDIT) classificaram R.V. com consumo nocivo e provável dependência. No entanto, a pontuação obtida na escala T-ACE foi baixa e classificou a mulher como tendo um consumo de baixo risco. Durante a entrevista a mulher expôs que sua bebida predileta era o vinho e a caipirinha com uma ingestão aos finais de semana de duas garrafas de destilados.

Mulher 5

S.M, 34 anos, professora particular de línguas estrangeiras, 3º grau incompleto, discreta religiosa, sem companheiro, procurou o CAPS-AD por recomendação de Pronto Socorro de Barueri devido ao abuso de álcool, tabaco e medicamento. S.M. se comportou muito rígida durante o início da entrevista e foi se soltando aos poucos. Comentou que iniciou o uso de álcool aos 19 anos com os amigos da Faculdade. Com o tempo intensificou o consumo e aos 32 anos identificou que tinha problemas com bebidas alcoólicas. A família não sabe que S.M. frequenta o CAPS-AD. Comentou que até o início do tratamento nunca tinha tido pretensão em parar de beber. Já fez diversos tratamentos psiquiátricos e já tentou o suicídio quatro vezes. Nunca teve passagens pela polícia e não possui antecedentes para drogas, no entanto, relatou que o pai é alcoolista. S. M. teve uma gestação e contou que durante a gravidez suspendeu o uso de álcool e tabaco. O filho (J.G.) tem sete anos e frequenta a escola. Começou a andar com nove meses e a falar com três anos, inclusive, a mãe procurou tratamento fonoaudiológico para ele por problemas de dicção. O menino, que é cardiopata, já foi submetido a duas cirurgias e a mãe se queixa que ele é muito hiperativo e apresenta problemas de aprendizagem, principalmente, porque “não presta atenção e não consegue ficar parado” (*sic*). J.G. tem muitos amiguinhos e consegue estabelecer boa interação social, apesar de apresentar ataques de fúrias, revelando uma agressividade que parece incontrolável. Por esse motivo, as escalas ABC e ASQ foram aplicadas na mãe em relação ao comportamento do filho. A pontuação em ambas as escalas foram negativas para os quadros de TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool indicaram S.M. como dependente. A mulher comentou que só bebe cerveja aos finais de semana, apesar de já ter tido época de beber todos os dias. A média de consumo é de 12 a 20 latas de cerveja a cada dia do final de semana, incluindo sexta-feira à noite.

Mulher 6

R.P.S., 65 anos, do lar, analfabeta, amasiada, católica, procurou o CAPS-AD por recomendação dos filhos por causa do abuso de álcool. A mulher iniciou o uso da substância aos 15 anos e aos 20 já bebia diariamente até sentir-se “alegre” (*sic*). Nunca procurou ajuda para abandonar o vício, pois não achava que tinha problemas. Agora, está em tratamento no CAPS. Apesar da família ter incentivado R. a buscar ajuda, ela se queixa que eles não participam das atividades do Centro o que a deixa um pouco triste. A mulher conta que nunca fez tratamentos psiquiátricos ou tentou o suicídio. Não tem passagem pela polícia, apesar de já ter se envolvido em brigas familiares, principalmente com o companheiro, a quem atribui a culpa de ter iniciado o uso abusivo de álcool. Possui antecedente para o álcool (pai), mas nunca soube de envolvimento familiar com drogas. R.P.S. teve dez gestações dos quais oito filhos são adultos e vivos. R.P.S. comenta que um deles é cardiopata grave. Os outros dois filhos nasceram vivos, mas morreram com um ano de idade por diarreia e o outro com febre alta. Foi possível notar durante a entrevista que a mulher tinha certa dificuldade para se lembrar de alguns acontecimentos, principalmente, no que se referia ao desenvolvimento dos filhos. R.P.S. disse que ingeriu pouco álcool nas duas primeiras gestações e que não bebeu nas demais. Comparando-se a idade de início de uso de álcool e a idade dos filhos observa-se que a mulher pode ter se confundido com as informações prestadas. Devido à ausência de queixa materna em relação ao crescimento e desenvolvimento dos filhos e idade dos mesmos (todos adultos), a equipe optou por não aplicar nenhum questionário para avaliação de manifestação de TID. R.P.S. obteve altas pontuações nas escalas de avaliação de uso de álcool que a classificaram como dependente. A mulher comentou que sua bebida preferida é a vodka transformada em caipirinha e que bebe um litro, ou até mais, enquanto executa serviços domésticos.

Mulher 7

R.E.C.R., 41 anos, amasiada, procurou o CAPS-AD por recomendação do companheiro devido ao abuso de álcool. Relatou que iniciou o uso de álcool aos 16 anos e de lá para cá não parou mais. Com o tempo foi intensificando o consumo tendo ficado internada por alcoolismo algumas vezes. A mulher comenta que os pais são alcoolistas severos e que ela não tem conhecimento acerca do uso de outras drogas na família. Já fez tratamentos psiquiátricos e já tentou o suicídio. Nunca teve passagens pela polícia. R.E.C.R. teve quatro gestações e bebeu durante todas elas. Dos quatro filhos, três permaneceram vivos e um morreu com uma semana de vida, aparentemente, sem malformações congênitas. Um de seus filhos nasceu prematuro aos sete meses, com baixo peso e estatura e esse percentil abaixo da média foi mantido ao longo dos anos. Atualmente, a criança apresenta pequeno perímetro cefálico e baixa estatura para a idade. Além disso, a equipe observou que o menino parece ter deficiência mental leve, mas essa informação não é passível de registro visto que não foram aplicados testes de inteligência. Por fim, foram identificados Efeitos Fetais do Álcool na criança, mas não a instauração da Síndrome Alcoólica Fetal. No geral, os outros dois filhos tiveram quadros de crescimentos e desenvolvimentos normais. Em virtude da queixa materna de dificuldade de aprendizagem e comportamento hiperativo e agressivo de dois de seus três filhos, incluindo o filho que apresentou efeitos fetais do álcool, a equipe optou por aplicar os questionários ABC e ASQ. Ambos pontuaram negativo para os quadros de TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool indicaram R.E.C.R., como dependente. Observa-se que a mulher obteve pontuação máxima nas quatro escalas de avaliação de consumo de álcool. Por fim, ela comentou que apesar de frequentar o CAPS-AD já há algum tempo, sempre tem recaída e não consegue ficar abstinente. Sua bebida preferida é a pinga com uma média de ingestão diária de quase uma garrafa de destilado.

Mulher 8

S.M.M., 50 anos, viúva, pensionista, escolaridade 8^a série, católica e kardecista, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 24 anos e intensificou o consumo aos 46 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido a recomendação do hospital no qual já se internou algumas vezes para tratamento por alcoolismo. S.M.M. relatou que possui algumas passagens pela polícia e que já tentou o suicídio. Em sua família há antecedentes para o uso de álcool (pai), mas não para o uso de drogas. O marido de S.M.M. faleceu aos 28 anos de AIDS. Ela é portadora do vírus HIV há 17 anos e acredita que o marido tenha sido contaminado por compartilhar seringas, pois ele era viciado em cocaína. A paciente relatou que nunca fez uso de outras substâncias ilícitas, mas disse já ter tido muitos problemas de brigas até com traficantes de drogas. S.M.M. contou que teve cinco gestações, sendo que um de seus filhos nasceu morto sem malformações congênitas. Aparentemente, todos os filhos tiveram o crescimento e o desenvolvimento normais. A mãe relata que dois de seus quatro filhos foram expostos ao álcool na gestação sendo o filho morto e uma filha que até hoje é muito agressiva. Devido à manifestação da queixa materna em relação ao comportamento agressivo da filha e a confirmada exposição ao álcool, a equipe optou por aplicar as escalas ABC e ASQ para investigação de manifestações dos quadros de TID, no entanto, a pontuação foi negativa. As escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram S.M.M. como dependente. A mulher expôs que bebe de tudo, cerveja, destilado e etc, com uma média de ingestão de quatro a cinco doses de destilados diários, indiferente do período do dia.

Mulher 9

S.A.F., 47 anos, separada, emprego estável, 2^o grau completo, discrente religiosa, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool, tabaco e medicamento (barbitúricos). A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 15 anos e intensificou o consumo aos 42 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido a recomendação de um médico psiquiatra, com quem faz

tratamento para depressão. Até então nunca havia procurado atendimento especializado para uso de substância psicoativa e não havia tentado parar o uso por conta própria, pois não achava que tinha problemas com abuso de álcool. S.A.F. relatou que já tentou o suicídio duas vezes, sendo a primeira vez aos 12 anos e a segunda vez aos 13 anos. Não possui passagem pela polícia. Seu pai é alcoolista severo e sua irmã acompanha seu tratamento no CAPS-AD participando de reuniões e oficinas terapêuticas. Durante toda a entrevista, S.A.F. mostrou-se muito agressiva e resistente, mas relatava fatos de sua vida com naturalidade e sem grandes pudores. A paciente comentou que teve oito gestações. Dessas, dois filhos morreram por abortos espontâneos, dois por abortos provocados e ela tem quatro filhos vivos. Disse que nenhum de seus filhos foi exposto a grandes quantidades de álcool. Relatou que o crescimento e o desenvolvimento deles foram normais, não manifestando nenhuma queixa quanto ao comportamento dos mesmos. Em virtude disso, a equipe optou por não aplicar os questionários ABC e ASQ para a investigação dos quadros de TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram S.A.F. como dependente. A mulher expôs que bebe, aproximadamente, um litro de destilado diariamente em associação com comprimidos barbitúricos.

Mulher 10

Q.A.S., 47 anos, separada, do lar, analfabeta, católica, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool e tabaco. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 15 anos e intensificou o consumo aos 43 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação médica e familiar (filhos). Nunca havia feito tratamentos anteriores para abuso de álcool antes do CAPS. Não possui passagem pela polícia e tentou o suicídio uma vez. Seus pais são alcoolistas. A paciente comentou que intensificou o uso de álcool depois da morte do seu terceiro marido que também era alcoolista e morreu de acidente vascular cerebral (AVC). Q.A.S. teve quatro gestações e todos os filhos são vivos. A mulher relatou que o desenvolvimento deles foi normal e não apresentou nenhuma queixa em relação ao crescimento e desenvolvimento deles. Por último, disse que nenhum deles foi exposto ao álcool e por esse motivo, a equipe optou por não aplicar as escalas de

avaliação ABC e ASQ para a investigação dos quadros de TID nos filhos. As escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram Q.A.S. como dependente. A mulher obteve altas pontuações nas quatro escalas de uso de álcool e comentou que bebe destilados, com uma média de meio litro por dia.

Mulher 11

M.A.A.L., 52 anos, separada, do lar, escolaridade até 8ª série, católica, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool e tabaco. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 39 anos e intensificou o consumo aos 44 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação familiar (filhos). Inclusive, no momento da entrevista, M.A.A.L. estava acompanhada de sua filha mais velha. Antes de frequentar o CAPS-AD já havia feito tratamento para parar o uso da substância no Alcoólicos Anônimos. Nunca fez tratamento psiquiátrico ou tentou o suicídio. Não possui passagem pela polícia. A mulher comentou que ela é descendente de família de alcoolistas, pois seus pais e avós paternos e maternos possuem histórico de uso abusivo de álcool. M.A.A.L. comentou que iniciou o uso de álcool com o seu primeiro marido e intensificou o uso com o segundo, de quem está separada há um mês. A mulher classifica os dois ex-maridos como alcoolistas. M.A.A.L., teve cinco gestações. A mulher relatou que o desenvolvimento das cinco filhas pode ser considerado normal tanto no que se refere ao crescimento como desenvolvimento. No entanto, a mulher apresentou queixa quanto ao comportamento fechado e personalidade extremamente tímida e agressiva de uma das filhas. Além disso, comentou que a adolescente é hiperativa e sempre teve baixo rendimento escolar. Assim, foram aplicados o ABC e o ASQ na mãe em relação ao comportamento da filha. As pontuações finais nas duas escalas foram negativas para os quadros de TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram M.A.A.L. como dependente. A mulher obteve altas pontuações nas quatro escalas de uso de álcool e comentou que bebe destilados, com uma média de um litro de pinga por dia.

Mulher 12

M.F.B., 50 anos, amasiada, do lar, analfabeta, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 09 anos. Fez tratamentos psiquiátricos anteriores e tentou parar o uso sozinha, mas não obteve sucesso. Nunca tentou o suicídio, não tem passagens pela polícia e antecedentes para álcool e drogas. M.F.B. comentou que teve cinco gestações, sendo que um filho nasceu morto sem aparência de malformação congênita. Disse que o crescimento e o desenvolvimento dos quatro filhos vivos foram normais. Em virtude disso, a equipe optou por não aplicar as escalas ABC e ASQ para investigação de manifestações do espectro autista. Os questionários de avaliação de consumo de álcool classificaram M.F.B. como dependente. A mulher obteve altas pontuações nas quatro escalas de uso de álcool e comentou que ingere destilados, com uma média de um litro por dia.

Mulher 13

D.J.S.E., 53 anos, casada, costureira, escolaridade 4^a série, religião candomblé, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool e tabaco. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 18 anos e intensificou o consumo aos 39 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação familiar (filho). Não fez tratamento anterior para deixar de usar álcool antes do CAPS. Nunca fez tratamento psiquiátrico ou tentou o suicídio. Não possui passagem pela polícia. A mulher comentou que ela é descendente de família de alcoolistas, pois seu pai e sua avó paterna possuem histórico de uso abusivo de álcool. Durante seu relato, D.J.S.E. comentou que seu irmão mais novo também é usuário de substância psicoativa, no caso, cocaína. Ela iniciou o uso de álcool bebendo socialmente com amigos e com o passar dos anos foi intensificando até sentir que estava fora de seu controle. D.J.S.E. teve seis gestações, sendo que a primeira e a última originaram produtos vivos. As demais gestações resultaram em um aborto espontâneo sem aparência de malformação congênita, e três abortos provocados. A mulher relatou que o desenvolvimento de seus dois filhos foi normal.

No entanto, durante a entrevista, relatou que seu filho mais novo foi usuário de maconha e cocaína dos 14 aos 18 anos e que possuía comportamento agressivo. Quando pequeno era sociável e não teve histórico de problemas escolares. Já o filho mais velho teve quadros de problemas de aprendizagem e demorou a falar. Morou parte da infância com a avó materna na Bahia. Considerando que a mãe confirmou a exposição dos filhos ao álcool na gestação, a equipe optou por aplicar as escalas ABC e ASQ. As pontuações finais nas duas escalas para os dois filhos foram negativas para os quadros de TID. As escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram D.J.S.E. como dependente. Ela comentou que bebe destilados transformados em cairipinha, com uma média de um litro por dia, normalmente, enquanto faz serviços domésticos.

Mulher 14

M.A.L., 41 anos, casada, emprego estável, escolaridade 8ª série, católica, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool e tabaco. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 26 anos (com o marido que é alcoolista) e intensificou o consumo aos 36 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação de um amigo. M.A.L. já havia tentado parar o uso sozinha, mas não conseguiu. No momento, faz tratamento psiquiátrico e nunca tentou o suicídio. Não possui passagem pela polícia ou antecedentes para álcool, drogas e doença mental. Disse que se casou jovem aos 17 anos e está com o marido há 23 anos. A mulher conta que ele é o pai de todos os seus filhos e nunca quis fazer tratamento para abandonar o uso de álcool. Ela frequenta o CAPS há dois anos e já teve duas recaídas e por isso está em tratamento novamente. No total, teve cinco gestações sendo que o primeiro filho nasceu morto sem aparência de malformação congênita. O segundo nasceu vivo e morreu com um mês de vida. A mãe não soube explicar a causa, mas relatou que o menino era muito nervoso e chorava muito. Depois teve mais três gestações as quais resultaram em produtos vivos. M.A.L. comenta que fez pré-natal em São Paulo do primeiro e do último filho vivo. Disse que nessa época ficou abstinente porque teve muitos problemas de pressão alta. Segundo a mãe o crescimento e desenvolvimento dos três filhos foram normais e devido a isso, a equipe optou por não aplicar as escalas ABC e ASQ. As

escalas de avaliação de consumo de álcool classificaram M.A.L. como dependente, pois ela obteve altas pontuações nas quatro escalas de uso de álcool, inclusive teve pontuação máxima no AUDIT. A mulher comentou que bebe um litro de vodka por dia.

Mulher 15

M.L.A.S., 55 anos, viúva, desempregada, escolaridade 4ª série, católica, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 45 anos e intensificou o consumo aos 47 anos. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação de sua patroa com quem exercia atividades de empregada doméstica, mas foi desligada por causa da bebida. M.L.A.S., já havia tentado parar o uso sozinha, mas não obteve sucesso. Nunca fez tratamentos psiquiátricos ou tentou o suicídio. Não possui passagem pela passagem pela polícia ou antecedentes para álcool, drogas e doença mental. Teve três gestações e todos os seus filhos são vivos. Segundo a mãe, o crescimento de seus três filhos foi normal. Quanto ao desenvolvimento, o filho caçula teve problemas de aprendizagem, seguido de repetência e abandono escolar. Além disso, teve problemas com uso abusivo de álcool. Devido a isso, a equipe optou por aplicar as escalas ABC e ASQ, apesar da negativa da mãe de exposição dos filhos ao álcool na gestação. As pontuações em ambas as escalas foram negativas para os quadros de TID. Os questionários de avaliação de consumo de álcool classificaram M.L.A.S. como dependente. A mulher comentou que bebe mais de sete doses de bebida destilada diariamente.

Mulher 16

N.A.M., 54 anos, separada, desempregada, escolaridade 4ª série, protestante, procurou o CAPS-AD por motivo de abuso de álcool. A paciente relatou que iniciou o uso de álcool aos 42. Sua iniciativa em procurar ajuda no CAPS-AD foi devido à recomendação de um médico. N.A.M. já havia tentado parar o uso sozinha, mas não

obteve sucesso. Já fez tratamentos psiquiátricos anteriores e tentou o suicídio. Não possui passagem pela passagem pela polícia ou antecedentes para álcool, drogas e doença mental. Teve três gestações e todos os seus filhos são vivos. Segundo a mãe, o crescimento e o desenvolvimento deles foram normais. Em virtude da ausência de queixa materna em relação ao desenvolvimento e crescimento dos filhos e devido a não exposição ao álcool dos mesmos na gestação, a equipe optou por não aplicar as escalas ABC e ASQ. Os questionários de avaliação de consumo de álcool classificaram N.A.M. como dependente. A mulher comentou que bebe mais de sete doses de bebidas alcoólicas diariamente.

Finalizadas as descrições das entrevistas *in loco* realizadas com as mulheres alcoolistas do CAPS-AD, far-se-á, a seguir, uma súmula dos resultados relatados anteriormente.

A média de idade das 16 entrevistadas é 45,5 anos e 10 delas procuraram o CAPS-AD com queixa exclusiva de uso de álcool, sendo que 07 mulheres já haviam tentado parar o uso de álcool por iniciativa própria. Ainda, 12 mulheres, ou seja, 75% declararam ter pai, mãe ou ambos etilistas. Mais da metade das entrevistadas já realizou tratamento psiquiátrico (9/16) e 43,1% (7/16) já tentaram o suicídio pelo menos uma vez na vida.

Quanto ao estado civil, 56% (9/16) declararam união estável e apenas 18% (3/16) possuem vínculo empregatício formal. Em relação à escolaridade, 62,5% (10/16) cursaram o ensino básico e fundamental e 25% (4/16) são analfabetas, o que representa uma porcentagem de 87,5% (14/16) de baixa escolaridade. A crença religiosa se confirmou em 11 participantes contra 03 mulheres que declararam não a ter, sendo que duas delas não se manifestaram.

Os resultados apontaram que as 16 mulheres entrevistadas (14 múltiparas) relataram um total de 71 gestações distribuídas da seguinte maneira: 58 filhos nascidos vivos; 03 filhos nascidos mortos; 04 abortos espontâneos; 05 abortos provocados e 01 gestação em curso, conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 1: Histórico reprodutivo de mulheres alcoolistas

	NV	NM	AE	AP	GC	Total
Gestação 1	14	1	1	-	-	16
Gestação 2	11	2	1	-	-	14
Gestação 3	11	-	1	1	1	14
Gestação 4	7	-	1	1	-	9
Gestação 5	7	-	-	1	-	8
Gestação 6	3	-	-	1	-	4
Gestação 7	1	-	-	1	-	2
Gestação 8	2	-	-	-	-	2
Gestação 9	1	-	-	-	-	1
Gestação 10	1	-	-	-	-	1
Total	58	3	4	5	1	71 gestações

Esses dados indicam 17% de perdas gestacionais, sendo 10%, ou seja, 7 perdas espontâneas.

No que se refere à avaliação do consumo de álcool, as 16 participantes apresentaram pontuações altas nas escalas CAGE, T-ACE, TWEAK e AUDIT sendo classificadas como consumo de risco; uso nocivo ou consumo de alto risco e a grande maioria como provável dependência do álcool, conforme demonstra tabela abaixo:

TABELA 2: Escalas de avaliação de consumo de álcool

Avaliação de consumo	Distribuição das pontuações obtidas pelas mulheres nas escalas de avaliação de consumo de álcool				Total de pontos
	CAGE	T-ACE	TWEAK	AUDIT	
Consumo de baixo risco/abstêmios	0	1	0	0	01
Consumo de risco	0	1	1	1	03
Uso nocivo ou consumo de alto risco	4	5	4	3	16
Provável dependência	12	9	11	12	44
Total de mulheres	16	16	16	16	

Observa-se o fato de que apenas uma das dezesseis mulheres pontuou consumo de baixo risco/abstêmios na escala T-ACE, destoando, inclusive dos seus próprios resultados mensurados nos outros instrumentos de rastreamento de uso de álcool.

A amostra da prole das 16 mulheres que foram entrevistadas compõe um banco de dados de 58 pessoas sendo que 5 morreram por diversas causas (diarréia pneumonia e etc) e 01 gestação está em curso, o que resulta numa amostra de 52 filhos vivos. Desses 52, 06 compareceram acompanhados de suas mães no CAPS-AD para avaliação clínica.

Conforme demonstram as tabelas a seguir, mais da metade dessa amostra de 52 filhos são adultos, solteiros, predominantemente com ensino básico e que desempenham atividades informais.

TABELA 3: Faixa etária dos filhos

Faixa etária		
	N	%
0 – 11 anos (infância)	8	15,4%
12 – 20 anos (adolescência)	7	13,4%
21 – 60 anos (adulto)	37	71,2%
Acima de 60 anos (velhice)	0	0
Total	52	100%

TABELA 4: Estado civil dos filhos

Estado Civil		
	N	%
Solteiro	31	60%
Casado	14	27%
Outros	06	11%
Separado	01	02%
Total	52	100%

TABELA 5: Escolaridade dos filhos

Escolaridade		
	N	%
1º ao 4º ano Ensino Fundamental I	06	11,5%
5º ao 9º ano Ensino Fundamental II	07	12,5%
1º ao 3º ano do Ensino Médio	19	37%
3º grau	02	3%
Outros (mãe desconhece a escolaridade)	18	36%
Total	52	100

TABELA 6: Ocupação dos filhos

Ocupação		
	N	%
Outros (bicos, do lar)	21	41%
Emprego estável/autônomo	15	28%
Estudante	09	17%
Desempregado	07	14%
Total	52	100%

Ainda, segundo o relato das mães, 17% (09/52) apresentaram algum tipo de dificuldade de aprendizagem, incluindo hiperatividade, falta de atenção, distúrbios da linguagem tais como atraso na fala, problemas de comunicação e tiques, 21% (11/52) histórico de repetência escolar; 25% (13/52) comportamento agressivo, tais como brigas em casa, na escola e nervosismo e 21% (11/52) uso de álcool e/ou outras drogas.

Vale ressaltar que da amostra de 52 filhos nascidos vivos, 16 foram expostos ao álcool em período gestacional segundo informações da própria mãe e desses, 06 foram avaliados clinicamente pela equipe médica.

Considerando o depoimento e a queixa materna de alguma atipicidade no desenvolvimento/comportamento da prole, as escalas ABC e ASQ foram aplicadas em 10 mulheres (10/16) em relação ao comportamento do filho. No total, foram aplicadas 14 escalas ABC e ASQ em relação ao comportamento de 14 filhos. Todas

as pontuações apresentadas nos instrumentos de avaliação ficaram abaixo do limite de corte para considerar casos como positivos para TID.

TABELA 7: Resultado ABC – AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST

ABC		
Pontuação	Nº Filhos	%
Negativo (0-46 pontos)	14	100%
Positivo (acima de 46 pontos)	0	0

TABELA 8: Resultado ASQ – AUTISM SCREENING QUESTIONNAIRE

ASQ		
Pontuação	Nº Filhos	%
Negativo (0-14 pontos)	14	100%
Positivo (acima de 15 pontos)	0	0

Das 06/52 crianças avaliadas clinicamente no CAPS-AD, 04 eram meninas e 02 eram meninos. As idades variaram entre 02 e 11 anos e os resultados dessas avaliações apontaram que cinco crianças tiveram seus desenvolvimentos físicos normais e um menino, nascido de parto prematuro aos 07 meses, com confirmada exposição ao álcool na gestação, apresentou dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico) abaixo da média considerando a idade.

TABELA 9: Resultado da avaliação clínica – meninas (*)

Filhos examinados	Sexo	Idade anos	Peso kg	Estatura cm	Perímetro Cefálico cm	DICE mm	DICI mm	Fenda Palpebral mm
R.	F	02	11	105	44	82	30	28
B.	F	06	14,2	106	47	80	30	25
C.	F	09	27,5	120	51,3	110	32	30
G.	F	10	27,8	133	50,5	92	32	30

(*) Todas as medidas estão entre o percentil 3 e 97

TABELA 10: Resultado da avaliação clínica – meninos (*)

Filhos examinados	Sexo	Idade	Peso kg	Estatura cm	Perímetro Cefálico cm	DICE mm	DICI mm	Fenda Palpebral mm
N.	M	08	25,8	127	52	95	32	34
J.	M	11	21	117	46,5	90	30	30

(*) Peso: perc 3; estatura: <<<< perc 3 (perc 50:7anos);

PC: <<<perc 3 (perc 50:10 m)

No que se refere à escolaridade, os quatro filhos avaliados em idade escolar apresentaram repetência de, no mínimo, um ano avaliando-se o nível de escolarização de acordo com a faixa etária.

TABELA 11: Resultado escolaridade filhos avaliados clinicamente

Filhos examinados	Sexo	Idade	Escolaridade em 2009	Repetência
R.	F	02	Não há	Não há
B.	F	06	1ª série	Não há
N.	M	08	1ª série	2 repetências
C.	F	09	3ª série	1 repetência
G.	F	10	2ª série	3 repetências
J.	M	11	3ª série	3 repetências

Das seis crianças avaliadas, duas apresentaram queixa materna de dificuldade escolar, três comportamento social inadequado com histórico de agressividade e brigas e uma hiperatividade.

Por último, observa-se que os registros fotográficos dos seis filhos investigados clinicamente foram meramente ilustrativos não sendo avaliados para fins de resultados.

5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa apresenta dificuldades metodológicas insuperáveis: a maioria das mulheres selecionadas para consulta não compareceram, os resultados apurados dependem da memória materna muitas vezes sobre eventos ocorridos muitos anos antes e o acesso ao exame direto dos filhos foi muito limitado. No entanto, um fator positivo é que a maioria dos referidos filhos já alcançaram a idade adulta e, portanto, já manifestaram os problemas referentes ao desenvolvimento. Por outro lado os resultados a respeito do histórico reprodutivo delas parecem ser bastante confiáveis uma vez que chamou a atenção a maneira franca e detalhada com o qual foram referidos. Deste ponto de vista, é digno de nota também a maneira explícita com a qual esta amostra de mulheres relataram o envolvimento com as bebidas alcoólicas.

Os resultados encontrados na amostra de 89 mulheres que compuseram o banco de dados de alcoolistas do CAPS-AD, permitiram traçar um perfil dessa população que é constituída na sua maioria (1) por mulheres com idades entre 31 e 50 anos, com média de 44 anos; (2) casadas ou amasiadas; (3) com filhos; (4) predominantemente com baixo nível de escolaridade e (5) desempregada ou sem ocupação no momento.

Todas essas informações corroboram com os achados do estudo realizado por Borini et al (2000) que descreveu dados epidemiológicos sobre mulheres etilistas na cidade de Marília - interior de São Paulo. No entanto, esse estudo realizado anteriormente encontrou uma prevalência maior de professantes espíritas e concomitância de 80% (80/100) de associação de tabaco e álcool na população investigada, enquanto, na amostra do CAPS-AD, a grande maioria declarou religião católica e/ou protestante e apenas 31,5% (28/89) relatou uso simultâneo de álcool e tabaco.

Além desses dados, por meio da análise das informações constantes nos prontuários das pacientes, foi possível observar que a grande maioria dessas

mulheres provinham de tratamentos psiquiátricos, com altos índices de suicídio e taxas de 47% (42/89) de antecedentes para o alcoolismo. Essa última informação, apesar de alarmante, é vastamente mencionada pelas literaturas nacionais e internacionais que apontam altos índices de uso/abuso do álcool em genealogias de alcoolistas.

Já os resultados das 16 mulheres alcoólicas que foram entrevistadas no CAPS-AD contribuíram no sentido de iniciar uma linha de estudo que é praticamente escassa no Brasil: *a descrição do histórico reprodutivo de mulheres alcoolistas*, inclusive, um dos objetivos centrais deste trabalho. Esses dados revelaram que das 16 mulheres que compuseram a amostra, 14 eram multíparas, com um nº médio de 4,43 gestações. Além dessa informação, foram identificados índices de 17% de perdas gestacionais, sendo 7 perdas espontâneas. Os resultados encontrados convergem com a literatura existente que aponta alta incidência de perdas reprodutivas em mulheres alcoolistas (PARKS et al., 1996).

As 16 mulheres foram classificadas pelas escalas de avaliação de consumo de álcool (CAGE, T-ACE, TWEAK e AUDIT) com um padrão de consumo severo e dependência de álcool. Observa-se o fato de que apenas uma das dezesseis mulheres pontuou consumo de baixo risco/abstêmios na escala T-ACE, destoando, inclusive dos seus próprios resultados mensurados nos outros instrumentos de rastreamento de uso de álcool. Curiosamente, essa escala na qual os resultados foram divergentes, foi validada por Fabbri et al., (2001) em um estudo realizado em Ribeirão Preto com altos índices de confiabilidade. No mais, os instrumentos mantiveram, praticamente, os mesmos níveis de pontuações para as alcoólicas o que indica, inclusive, a semelhança desses instrumentos para realização de diagnósticos em redes de atendimentos de saúde.

Os dados dos 52 filhos das 16 mulheres alcoólicas do CAPS-AD permitiram documentar o histórico do crescimento e desenvolvimento deles. A maioria é de adultos, solteiros, com emprego informal e nível médio de escolaridade.

Ainda considerando o relato das 16 mulheres sobre o desenvolvimento dos filhos vivos, foi possível notar a recorrência de queixas no que se refere às dificuldades de aprendizagem, seguida de repetência e/ou abandono escolar e hiperatividade. Aliás, a relação criança-escola pode ser observada diretamente na amostra dos 06 filhos que compareceram para entrevista no CAPS-AD, pois os 04 que frequentam a escola apresentaram defasagem de, no mínimo, 01 ano considerando a idade e a etapa escolar (Tabela 11).

Neste caso, são vários os estudos que demonstram que os indivíduos expostos a grandes quantidades de álcool na gestação apresentam dificuldades significativas com habilidades acadêmicas básicas, tais como ler e escrever (MATTSON e RILLEY, 1998; LITTLE et al., 2004). Além disso, a hiperatividade também parece ser freqüente nessa população (NANSON, 1992).

Segundo Little et al. (2004), tratando-se da combinação álcool e gestação, deve-se sempre considerar que a exposição ao álcool combinada ao estresse ambiental pode promover riscos de deficiências na vida adulta que perduram por toda a vida. Dentre os prejuízos citados, os autores apontam altos índices para os problemas emocionais e familiares, abuso de álcool e drogas e desemprego. Vale ressaltar que o comportamento agressivo e o uso/abuso de álcool e outras drogas foram amplamente comentados pelas mães acerca do comportamento dos filhos.

Em revisão recente Momino et. al (2008) relatam uma série de comportamentos disfuncionais em filhos de alcoólicas. Pesquisa futura envolvendo a presente amostra seria muito interessante no sentido de evidenciar estas dificuldades: problemas de saúde mental, experiência escolar problemática, conflito com a lei, comportamento sexual inadequado, problemas com álcool e drogas, etc.

Em relação ao histórico do crescimento dos filhos não houve menção de agravos significativos. A hipótese de altos índices de alterações do fenótipo morfológico esperadas em filhos de alcoólicas como microcefalia, estreitamento das fendas palpebrais, etc, não indicaram estes defeitos. No exame direto das 6 crianças, observou-se em uma delas significativa redução da estatura e do perímetro cefálico (Tabelas 10 e 11). Esta criança não tem o fenótipo completo da SFA, mas

apresenta os EFA. Também houve o relato de duas mães acerca da cardiopatia congênita de 02 filhos submetidos, inclusive, a cirurgia cardíaca. No entanto, a equipe não teve acesso a esses filhos para uma investigação mais detalhada.

Pelo consumo elevado de bebidas alcoólicas na gestação esperava-se encontrar alterações do crescimento e desenvolvimento mais significativos entre os filhos destas mulheres. Este ponto continuará a ser investigado por meio de avaliações em amostras maiores de filhos de mães alcoólicas matriculados na rede escolar de Barueri.

No que se refere à investigação de manifestações dos quadros dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, todos os 14 filhos avaliados através das mães apresentaram pontuações abaixo do número de corte nas escalas *Autism Behavior Checklist (ABC)* e *Autism Screening Questionnaire (ASQ)*.

Assim, nesta reduzida população investigada de indivíduos expostos ao álcool na gestação não foram observadas manifestações de sinais e/ou sintomas do espectro do autismo.

A presumível comorbidade de exposição ao álcool na gestação com manifestações pós-natais dentro do espectro dos transtornos autísticos emergiu na literatura com o trabalho de Nanson (1992). O autor relata 6 crianças com diagnóstico conclusivo de SFA com documentado uso abusivo de álcool na gestação. Nos 6 reconheceu-se o quadro de autismo em base a presença de comportamentos anormais e história natural da doença. A utilização da escala CARS (Scores on the Childhood Autism Rating Scale) também foi utilizada pontuando na faixa do autismo.

A partir deste trabalho algumas publicações relataram que crianças com SAF mostram algumas das dificuldades das crianças com TID como interesses restritos, retardo cognitivo, deficiência na função executiva, capacidade adaptativa deficiente. No entanto um claro fenótipo de TID não surgiu destes estudos (STEINHAUSEN, et al., 2003).

Autor da importância de Fombonne (2002) discorda que a exposição ao álcool durante a gestação seja um fator de risco para a manifestação do espectro autista. O autor é convicto ao afirmar que a SAF é uma condição existente na exposição ao álcool na gestação, mas não o autismo. O artigo é uma carta na qual responde como “Associate Editor” à pergunta: *Is exposure to alcohol during pregnancy a risk factor for autism?*. O questionamento central do autor é que tanto o trabalho de Nanson (1992) como o de Harris, et al. (1995) são descrições de séries de casos sem método adequado para o diagnóstico de autismo.

O trabalho que melhor investiga a possível relação entre SAF e TID é o de Bishop, et al. (2007). As autoras compõem três amostras com cerca de 30 pacientes em cada uma: Autismo, TID não especificado e FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*). Os métodos para diagnosticar os pacientes em cada grupo são rigorosos. Todos foram submetidos aos dois questionários mais comumente reconhecidos para indicar a sintomatologia dos TID: a ADI-R e a ADOS. Os domínios das duas escalas foram intensamente comparados entre os três grupos. Uma síntese dos resultados mostrou que dificuldades para iniciar a interação social, compartilhar afeto e uso da comunicação não verbal são freqüentes nas crianças com TID e raros nas com FASD. Já comportamentos sociais inapropriados e dificuldades no relacionamento com outras crianças são comuns nos dois grupos. Em conclusão, atestam que há indícios de que as crianças com TID são menos propensas à interação social, mas que a qualidade da interação social é menos discriminativa entre os dois grupos.

A análise global da literatura sobre a questão TID/SAF revela o mesmo problema das outras pesquisas de comorbidade: não há estudos populacionais longitudinais, em última análise os únicos que poderiam indicar qual o risco que um feto exposto a bebidas alcoólicas na gestação tem de desenvolver manifestações do espectro autista.

6. CONCLUSÕES

Apesar de todas as dificuldades metodológicas, a presente pesquisa conseguiu atingir seus objetivos e **descrever o histórico reprodutivo de mulheres alcoolistas; analisar, mesmo que em uma amostra reduzida, o crescimento e desenvolvimento dos filhos, inclusive com olhar diferenciado para as manifestações dos quadros dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.**

Em relação às mulheres, vale destacar:

1º) que mulheres alcoolistas apresentam perdas fetais tardias;

2º) que os problemas psiquiátricos, de suicídio e de antecedentes materno e paterno para o alcoolismo foram recorrentes nessa população de mulheres alcoolistas;

3º) que as entrevistas pessoais com as mulheres que compareceram ao CAPS-AD agregou aprendizado peculiar no que se refere à compreensão da dinâmica do uso e da dependência de substâncias psicoativas, especialmente, do álcool.

Quanto aos filhos a equipe encontrou dificuldades para a realização de entrevistas pessoais, pois a amostra está composta, na sua maioria, de adultos com outros comprometimentos e falta de disponibilidade para participar do estudo. Contudo, os relatos das mães acerca dos filhos e as avaliações clínicas nas crianças que foram trazidas ao CAPS-AD, favoreceram as seguintes constatações:

1º) há uma recorrência de queixa materna quanto ao atraso e/ou evasão escolar e quadros de hiperatividade nos filhos. Ao mesmo tempo, esses filhos parecem manter boa interação social com o meio, mas há indícios de comportamento agressivo no lar e em ambiente escolar.

2º) a expectativa da equipe era de encontrar anomalias mais significativas de crescimento e desenvolvimento entre os filhos dessas mulheres. De qualquer

maneira, das seis crianças examinadas uma apresenta características de efeitos fetais pelo álcool.

3º) não foram encontradas manifestações de sinais e/ou sintomas do espectro do autismo nos filhos. No entanto, pretende-se continuar investigando essa hipótese em ambiente escolar.

Além disso, foi possível notar a convergência das escalas de avaliação de consumo de álcool (CAGE, T-ACE, TWEAK e AUDIT), o que agrega confiabilidade e sustenta a indicação do uso desses instrumentos nos serviços de atendimentos voltados para a área da saúde.

Por último, cabe ressaltar a necessidade de realização de estudos longitudinais em amostras de mulheres alcoolistas e seus filhos para uma melhor compreensão dos efeitos do álcool nessas populações.

REFERÊNCIAS

ABEL EL. Alcohol-Abuse-Related Malformations. In: *Fetal Alcohol Abuse Syndrome*. New York: Plenum, 1998b. p. 89-100.

Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BARR, HM.; STREISSGUTH, AP. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 25, n° 2, 2001: pp. 283-287.

BEARER,C. F. Markes to detect drinking during pregnancy. *Alcohol Research & Health*, v. 25, n. 3, p. 210 – 218, 2001.

BELL, G. L. & LAU, K. Perinatal and neonatal issues of abuse. Substance abuse. *Pediatric Clinic North America, Alabama*, v. 42, n. 2, p. 261-281, 1995.

BERTRAND J.; FLOYD R. L.; WEBER M. K. Fetal alcohol syndrome: guidelines for referral and diagnosis. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2004. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5411a1.htm?ref=Penisbuyutucuu.com>> . Acessado em 15.08.2008 às 13h40min.

BERUMENT, S. K.; RUTTER, M.; LORD, C.; PICKLES, A.; BAILEY, A. Autism screening questionnaire diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*. Vol 175, p. 444-451, nov. 1999.

BISHOP S.;CAHAGAN S. & Catherine LORD, C.. Re-examining the core features of autism: a comparison of autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, p. 1111-1121, 2007.

BOLTON, P. F., PICKLES, A., MURPHY, M., & RUTTER, M.. Autism, affective and other psychiatric disorders: Patterns of familial aggregation. *Psychological Medicine*, 28, 385–395, 1998.

BORINI, P., SOI, E. A., RUBIRA, K. P., ISHIKAWA, R. H., FERREIRA JÚNIOR, A. Alcoolismo feminino: características demográficas, sociais e epidemiológicas de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 49(1/2): 13-9, jan.-fev. 2000.

BRADLEY K. A., BOYD-WICKIZER J., POWELL S. H., BURMAN M. L. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. (review). *Journal of the American Medical Association* 280(2): 166-171, 1998.

CLARK BR. Psychosocial aspects of pediatrics and psychiatric disorders. In: Hay WW, Groothuis, JR Hayward AR, Levin MJ (eds.). *Pediatric diagnosis and treatment*. 12 Ed., London: Prentice Hall, 1995.

CLARREN KJ; SMITH DW. The fetal alcohol syndrome. *N Engl J Med* 1978; 298:1063-7.

COLES, C. D.. Critical periods for prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health & Research World*, v. 18, n. 1, p. 22 – 29, 1994.

CORBETT, C. E., Embriopatias medicamentosas. In: CORBETT, C. E.; Farmacodinâmica, 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1982, cap. 54, p. 835-839.

COSTA, M. I. F. & NUNES MAIA, H. G. S. Diagnóstico Genético e Clínico do Autismo Infantil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 1998; 56 (1): 24-31.

DANIELS JL; FORSSEN U; HULTMAN CM; CNATTINGIUS S; SAVITZ DA; FEYCHTING M; SPAREN P. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*;121(5):e1357-62, 2008.

DAVIS, R. MMR and Autism. A review for the Global Advisory Committee on Vaccine Safety. University of Washington Departments of Pediatrics and Epidemiology, p. 01-46, 2004. Disponível em <http://www.who.int/vaccine_safety/topics/mmr/mmr_autism_davis.pdf> . Acessado em 27.04.2008 às 19h45min.

DELONG, G. R., & DWYER, J. T. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 18, 593–600, 1988.

ECKARDT, M.J. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 22, n. 5, p. 998-1040, August 1998.

FABBRI, Carlos Eduardo. *Desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE)*. 89f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FOMBONNE E., Is exposure to alcohol during pregnancy a risk factor for autism? *Journal Autism Dev Disord*;32(3):243, 2002 Jun.

FORMIGONI, M.L.O.S; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista Psiquiatria Clínica*, v.26, n.1 , p.5-31, 1999. Edição Especial.

FREIRE, TM; MACHADO JC; MELO EV; MELO, DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(7):376-81.

GILLBERG, C., Autism Spectrum Disorders - 2006. Disponível em http://www.diferencas.net/objectos/autismo_21_02.pdf. Acessado em 28.04.2008 às 12h37min.

GRINFELD H; GOLDENBERG S; SEGRE CA; CHADI G. Fetal alcohol syndrome in São Paulo, Brazil. *Paediatric Perinatal Epidemiol.* 1999;13(4):496-7.

HARLAP, S. & SHRONO, P., Alcohol, smoking and the incidence of spontaneous abortions in the first and the second trimester. *Lancet*, v. 11, p. 173, 1980.

HARRIS, S. R.; MACKAY, L. L. J. & OSBORN, J. A.. Autistic Behaviors in offspring of mothers abusing Alcohol and Other Drugs: A Series of Case Reports. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. v. 19, n. 3, p. 660-665, 1995.

HOYME, H. E., MAY, P. A., KALBERG, W. O., KODITUWAKKU, P., GOSSAGE, J. P., TRUJILLO, P. M., BUCKLEY, D. G., MILLER, J. H., ARAGON, A. S., KHAOLE, N., VILJOEN, D. L., JONES, K. L., ROBINSON, L. K.. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: Clarification of the 1996. Institute of Medicine Criteria. *Pediatrics*, vol. 115, nº1, Jan: 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese dos indicadores Sociais 2007: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: 2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 04.06.2009 às 12h34min.

JACOBSON, JL; JACOBSON, SW. Prenatal exposure and neurobehavioral development: Where is the threshold? *Alcohol Health Res World*, 1994, 18:30-36.

JONES, KL. From recognition to responsibility: Josef Warkany, David Smith and the fetal alcohol syndrome in the 21st century. *Birth Defects Research (Part A)* 67:13-20, 2003.

JONES, KL., SMITH, DW; ULLELAND, CN.; STREISSGUTH, AP. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet*, 1973, p. 1267-1271.

KENDLER, K. S., HEATH, A. C., NEALE, M. C., KESSLER, R. C., & EAVES, L. J. (1993). Alcoholism and major depression in women. A twin study of the causes of comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 50, 690-698.

KHOURY MJ; BOYLE C; DE COUFLE P; FLOYD L; HYMBAUGHM K. The interface between dysmorphology and epidemiology in the diagnosis and surveillance for fetal alcohol effects. *Pediatrics*. 2000; 106(2 Pt 1):315-6.

KLIN, A.; MERCADANTE, M. T. Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. 1-2, 2006. Suplemento I.

KLINE J; LEVIN B; STEIN Z; SUSSER M; WARBURTON D. Epidemiologic detection of low dose effects on developing fetus. *Environ Health Perspect.* 1981; 42:119-26.

KLUG, M. G.; BURD, L.; KERBESHIAN, J.; BENZ, B. & MARTSOF, J. T. A comparison of the effects of parental risk markers on pre-and perinatal variables in multiple patient cohorts with fetal alcohol syndrome, autism, Tourette syndrome, and

sudden infant death syndrome: an enviromic analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, p. 707-717, 2003.

KRUG, D.A.; ARICK, J. R.; ALMOND, P. J. Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high level of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 21, p. 221-229, 1980.

LITTLE R; YOUNG A; STREISSGUTH AP. Preventing fetal alcohol effects: effectiveness of a demonstration project. In *Mechanisms of Alcohol Damage in Utero*. London, Pittman. Pp.254-274, 2004

LOBASCHER, M. E., KINGERLEE, P. E., & GUBBAY, S. S.. Childhood autism: an investigation of aetiological factors in twenty- five cases. *British Journal of Psychiatry*, 117, 525–529, 1970.

LOWENTHAL R., PAULA C. S., SCHWARTZMAN J. S., BRUNONI D., MERCADANTE M. T. Prevalence of pervasive developmental disorder in Down's syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2007 Aug;37(7):1394-5. Epub 2007 Apr 5.

MASUR, J. & MONTEIRO, M. G. (1983) Validation of the “Cage” alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz. J. Med. Biol. Res.*, 16(3), 215-218.

MARTELETO, M. R. F. & PEDROMÔNICO M. R. M. Validade do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA): estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):295-301.

MATTSON SN; RILEY EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 22:279-294; 1998.

MAY, P. A., A multiple – leves, comprehensive approach to the prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and other alcohol – related birth defects (ARBD). *Int. J. Addict*, v. 30, n. 12, p. 1549-1602, 1995.

MILES JH; TAKAHASHI TN; HABER A; HADDEN L., Autism families with a high incidence of alcoholism. *J Autism Dev Disord*;33(4):403-15, 2003 Aug.

MILLER, W. R.; BACA, C. J., Wat every mental health professional should know about alcohol. *J. Subst. Abuse Treat.*, v. 12, n. 5, p. 355-365, 1995.

Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 10ª revisão. vol. 1. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>.> Acessado em 09.04.2008.

MOMINO W; SANSEVERINO MTV, SCHÜLLER-FACCINI L. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*. 2008; 84 (4supl): S76-79.

MORAES CL; REICHENHEIM ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev de Saúde Pública*. 2007;41(5):695-703.

NANSON, J. L. Autism in fetal alcohol syndrome: a report of six cases. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 558–565, 1992.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *Alcohol Epidemiologic Data Directory*, June, 2003. 109 p. Disponível em: <<http://www.niaaa.nih.gov/publication/2002-2003%20AEDS%20Data%20Directory.pdf>>. Acessado em 20.09.2008 às 18h30min.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *Alcohol Research: A Lifespan Perspective*, nº 74, January, 2008. Disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA74/AA74.pdf>. Acessado em 11.03.2008 às 14h05min.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *Alcohol Alert. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. nº 70, October, 2006. Disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA70/AA70.pdf>. Acessado em 20.04.2008 às 9h35min.

PARKS, KA; NOCHAJSKI TH; WIECZOREK WF; MILLER BA. Assessing alcohol problems in female DWI offenders. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996. 20(3):434-9

PAULS, D.; VOLKMAR, F. R., Autism. *Lancet*, vol. 362, p. 1133-41, 2003.

PAZ FILHO, G.L. SATO, L. J., TULESKI, M. J., TAKATA, S. Y., RANZI, C. C. C., SARUHASHI, S. Y., SPADONI, B.. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto socorro. *Revista Ass. Med. Brasil*, v. 47, n.1, p.65-69, 2001.

PEADON E; O'LEARY, C.; BOWER, C.; ELLIOTT, C.. Impacts of Alcohol Use in Pregnancy. *Australian Family Physician*, vol.36, nº 11, November 2007. Disponível em <http://www.racgp.org.au/afp/200711/200711Peadon.pdf>. Acessado em 26.05.2009 às 18h05min.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI (PMB), 2007. Disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br/>. Acessado em 01.06.2009 às 18h20min.

RITVO E. R., FREEMAN B. J. National Society for Autistic Children Definition of the Syndrome of Autism. *J. Autism Child Schizophr* 8:162-167. 1978.

SAEMUNDSEN, E.; MAGNÚSSON, P.; SMÁRI, J.; SIGURDARDÓTTIR, S. Autism diagnostic interview-revised and the childhood autism rate scale: Convergence and discrepancy in diagnosing autism. *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 33, n. 3, p. 319-328, 2003.

SAMPSON, PD; STREISSGUTH, AP; BOOKSTEIN, FL; BARR, HM. On categorizations in analyses of alcohol teratogenesis, in *Environmental Influences on Children: Brain, Development and Behavior. Environ Health Perspect* 108 (suppl 3): 421-428, 2000.

SATO, F. P.; PAULA, C. S.; LOWENTHAL, R.; NAKANO, E.; BRUNONI, D.; SCHWARTZMAN, J. S.; MERCADANTE, M. T. Validation of the Social Communication Questionnaire to Portuguese language: a screening instrument for Pervasive Developmental Disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008, *enviado para publicação*.

SLONIMS, V.; BAIRD, G.; CASS, H. Diagnosis of autism. *BMJ*, vol. 327, p. 488-93, 2003.

SMALLEY, S. L., MCCRACKEN, J., & TANGUAY, P. Autism, affective disorders, and social phobia. *American Journal of Human Genetics*, 60, 19-26, 1995.

SOKOL, R. J.; MILLER, S. I.; REED, G., Alcohol abuse during pregnancy: and epidemiological model. *Alcoholism*, v. 4, p. 135, 1980.

SOKOL, R. J.; CLARREN, S. K., Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcohol Clin Exp Res*, v. 14, n. 4, p. 597-598, 1989.

STEINHAUSEN H. C., WILLMS J., METZKE C. W., SPOHR H. L.. Behavioural phenotype in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Develop. Med. Child Neurol.* 45, 179-182, 2003

STRATTON K; HOWE C; BATTAGLIA F,eds. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. *Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press*; 1996.

STREISSGUTH AP; BOOKSTEIN FL; SAMPSON PD; BARR HM. The enduring effects of prenatal alcohol exposure on child development: birth through seven years, a partial least squares solution. *The University of Michigan Press, Ann Arbor*, 1993.

TEOH, S. K.; MELLO, N. K.; MENDELSON, J. H., Effects of drugs of abuse on reproductive function in women and pregnancy. In: WATSON, R. R., *Addictive Behaviors Women*. Arizona, Human Press, 194. cap. 17, p. 437-73.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Disponível em <http://www.unifesp.br/index.php>. Acessado em 03.06.2009 às 23h40min.

U.S. DEPARTMENTE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Secretary of Health and Human Services. *10 th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights from current research*, June 2000. 462 p. Disponível em: <<http://www.niaaa.nih.gov/publication/10report/intro.pdf>>. Acessado em 17.04.2008 às 22h43min.

VOLKMAR, F. R. Autismo e Transtornos Globais do Desenvolvimento. In: LEWIS, M. Tratado de Psiquiatria Infantil e da Adolescência. Trad. Irineu C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 1292 p.

VOLKMAR, F. R.; KLIN, A.; MARANS, W. D.; McDOUGLE, C. J.; Autistic Disorder. In VOLKMAR, F. R. (Ed.) Psychosis and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.

WING L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol. Med., vol. 21, p. 115-129, 1981.

ANEXO A
FICHA MÉDICA

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO**

Projeto: Histórico Reprodutivo de Mulheres Alcoolistas e Pesquisa de Sinais e Sintomas do Fenótipo Morfológico/Comportamental e do Espectro Autista nos Filhos.

Desenvolvido em parceria com o CAPS do Município de Barueri – São Paulo

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
2008**

PRIMEIRA PARTE – DADOS DISPONÍVEIS NO CAPS

1. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO – número do prontuário: _____

Nome: _____
Idade: _____ data de nasc: ____/____/____ RG: _____
CIC: _____ Naturalidade: _____ UF _____
Filiação: _____
Endereço: _____
_____ Bairro: _____
_____ CEP: _____ Cidade: _____ UF _____
Tel. e outras maneiras para contacto: _____

Estado civil: () com companheiro () sem companheiro () nunca teve relação estável () separado () viúvo
Ocupação: () estudante () emprego estável/autônomo () bicos () sem atividade: __ aposentado; __ desempregado; __ dona de casa; __ licença
Escolaridade: () analfabeto () até 4ª. Série () até 8ª. Série () 2º. Grau; () 3º. grau
Religião: () não tem () tem: __ católica; __ protestante; __ Outra: _____

Data da triagem: ____/____/____ Por: _____
Obs: _____

2. FICHA DE AVALIAÇÃO data: ____/____/____ entrevistador: _____

Motivo da consulta: () álcool; () drogas: () maconha; () cocaína; () crack
() inalante () estimulante () outra: _____
Idade de início: ____ de aumento ____ de início de problema: ____ de tratamento: _____
Iniciativa para procurar tratamento: () médico; () familiar () companheira () paciente
() amigo () outros: _____
Tentativas anteriores de parar o uso: () não () sim: __ sozinho; __ igreja; __ grupo auto-ajuda
__ outros: _____
Tratamentos anteriores: () não () sim: __ ambulatório: __ vezes __ internação ____ vezes
Tratamento psiquiátrico: () anterior () no momento () tentativa de suicídio: () não () sim
Passagem pela polícia: () não () sim; Antecedentes para álcool: () não; () sim;
para drogas: () não; () sim; para doença mental: () não () sim participação familiar na orientação:
() não () sim __ reuniões parentesco: _____
Obs: _____

3. FICHA DE ACOMPANHAMENTO - ABANDONO / PÓS-ALTA
() abandonou: data: _____ () alta: data _____ evolução?

DATA: ____/____/____ entrevistador: _____
____ abandono pós-alta: () 3 meses () 6 meses () 12 meses
Motivo do abandono: () não se adaptou () não conseguiu abstinência: () recaída
() problemas com o grupo () problemas com a equipe () achou que estava bem
() trabalho () outros outro tratamento no período: () não () sim: _____

Outros recursos: () não () sim: __ igreja; __ grupo de auto ajuda: outro: _____
obs: _____

USE O VERSO SE NECESSÁRIO

4. FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO – AMBULATÓRIOS
Checar endereço com a primeira ficha: acrescentar procedência: _____
Data da matrícula: ____/____/____
Motivo da consulta: _____

HISTÓRICO REPRODUTIVO

PERGUNTAR: QUANTAS GESTAÇÕES TEVE E COM QUANTOS COMPANHEIROS

PREENCHER O QUADRO ABAIXO

Gestações	ano	AE	AP	GC	NM	NV	COMPANHEIRO
Gestação 1							
Gestação 2							
Gestação 3							
Gestação 4							
Gestação 5							
Gestação 6							
Gestação 7							
Gestação 8							
Gestação 9							
Gestação 10							

Produto: AE: aborto espontâneo; AP: aborto provocado; GC: Gestação em curso; NM: natimorto; NV: nascido vivo

ANEXO B

QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Recuperação dos dados do histórico do uso de álcool

Descreva a idade de início de consumo de bebidas alcoólicas e uso nos períodos gestacionais. Pergunte também se nos períodos gestacionais fez uso de outras drogas

CAGE, T-ACE. TWEAK: preencher considerando o período mais recente de consumo

Pergunta	CAGE	T-ACE	TWEAK
1. alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	()	()	()
2. as pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	()	()	
3. você se sente culpada ou chateada pela maneira com que costuma beber?	()		
4. você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	()		()
5. quantas dose você precisa beber para se sentir alta, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente?			
6. seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?			()
7. alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido		()	()

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (Versão Auto-Aplicável)

O uso do álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda sinceridade. Coloque um X no quadro que melhor descreve suas respostas a cada questão

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4 vezes por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 4
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpada ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0	Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4	
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0	Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4	

Consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos

Consumo de risco = 8 a 15 pontos

Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos

Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

ANEXO C

ABC – Autism Behavior Checklist

Inventário de comportamento da criança autista

(Krug, D. /Tradução Pedromonico, MRM, Marteletto, MFR, 2001)

Nome da criança _____ data da aplicação ___/___/2008
 Idade da Criança _____ data de nascimento ___/___/2008

		SIM	Não	ES	RE	CO	LG	PS
01	Gira em torno de si por longo período de tempo					4		
02	Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente							2
03	É raro atender estímulo não-verbal social/ambiente (expressões, gestos, situações)				4			
04	Ausência de resposta para solicitações verbais – venha cá; sente-se						1	
05	Usa brinquedos inapropriadamente					2		
06	Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto)			2				
07	Ausência do sorriso social				2			
08	Uso inadequado de pronomes (eu por ele)						3	
09	Insiste em manter certos objetos consigo					3		
10	Parece não escutar (suspeita-se de perda da audição)			3				
11	Fala monótona e sem ritmo						4	
12	Balança-se por longos períodos de tempo					4		
13	Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê)				2			
14	Forte reações frente a mudanças no ambiente							3
15	Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças						2	
16	Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos					4		
17	Ausência de resposta para expressão facial/sentimento de outros				3			
18	Raramente usa “sim” ou “eu”						2	
19	Possui habilidade em uma área do desenvolvimento							4

20	Ausência de respostas a solicitações verbal envolvendo o uso de referências de espaço						1	
21	Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez)			3				
22	Balança as mãos					4		
23	Intensos acessos de raiva e/ou freqüentes “chiliques”							3
24	Evita ativamente o contato visual				4			
25	Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho				4			
26	Não reage a estímulos dolorosos			3				
27	Difícil e rígido no colo (ou foi quando bebê)				3			
28	Flácido quando no colo				2			
29	Aponta para indicar objeto desejado						2	
30	Anda nas pontas dos pés					2		
31	Machuca outros mordendo, batendo, etc							2
32	Repete a mesma frase muitas vezes						3	
33	Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças				3			
34	Ausência de reação de piscar quando luz forte incide em seus olhos			1				
35	Machuca-se mordendo, batendo a cabeça e etc					2		
36	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente)							2
37	Não aponta para mais que cinco objetos						1	
38	Dificuldade de fazer amigos				4			
39	Tapa as orelhas para vários sons			4				
40	Gira, bate objetos várias vezes					4		
41	Dificuldade para o treino do toalete							1
42	Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer						2	
43	Freqüentemente muito ansioso ou medroso			3				

44	Franze, cobre ou vira os olhos quando há presença de luz natural			3				
45	Não se veste sem ajuda							1
46	Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons						3	
47	“Olha através” das pessoas				4			
48	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas						4	
49	Freqüentemente é inconsciente dos perigos de situações e do ambiente							2
50	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados							4
51	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente					3		
52	Freqüentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas			3				
53	Repete seqüências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por ex.)					4		
54	Destrutivo com seus brinquedos e coisas da família					2		
55	Atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses							1
56	Usa mais que 15 menos que 30 frases diárias para se comunicar						3	
57	Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo			4				

	ES	RE	CO	LG	PS	
Total	_____	_____	_____	_____	_____	_____ = _____

ES – Sensorial
RE – Relacional
CO - Uso de objetos e conhecimento corporal
LG - Linguagem
PS - Sociabilidade

ANEXO D

ASQ – Autism Screening Questionnaire

Questionário de Comportamento e Comunicação Social

Recomendações

Por favor, responda cada questão e assinale o quadrado com a resposta. Se você não estiver seguro, escolha a melhor resposta. [Os pronomes ele/o estão sendo usados aqui, apenas para facilitar o questionário].

Caso a resposta seja às vezes, assinale sim.

Se em uma mesma pergunta houver duas situações responda sim mesmo que se refira para apenas uma.

Não se fixe nos exemplos, eles são apenas exemplos. O importante é o comportamento.

		Sim	Não
1.	Ele é capaz de falar usando frases curtas ou sentenças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu não na pergunta acima, vá diretamente para a questão 9 (pule da 2 a 8)

2.	Ele fala com você só para ser simpático (mais do que para obter algo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Você pode ter um diálogo (por exemplo, ter uma conversa com ele que envolva alternância, isto é, um de cada vez) a partir do que você disse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ele costuma usar frases estranhas ou diz algumas coisas repetidamente da mesma maneira? Isto é, ele copia ou repete qualquer frase que ele ouve outra pessoa dizer, ou ainda, ele constrói frases estranhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ele costuma usar socialmente perguntas inapropriadas ou declarações? Por exemplo, ele costuma fazer perguntas pessoais ou comentários em momentos inadequados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ele costuma usar os pronomes de forma inadvertida, dizendo você ou ele quando deveria usar eu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ele costuma usar palavras que parece ter inventado ou criado sozinho, ou usa maneiras estranhas, indiretas ou metafóricas para dizer coisas? Por exemplo, diz “chuva quente” ao invés de vapor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ele costuma dizer a mesma coisa repetidamente, exatamente da mesma maneira, ou insiste para você dizer as mesmas coisas muitas vezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Existem coisas que são feitas por ele de maneira muito particular ou em determinada ordem, ou seguindo rituais que ele te obriga fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Sim	Não
10.	Até onde você percebe, a expressão facial dele geralmente parece apropriada à situação particular? Por exemplo, ele ri quando deve rir, ou chora quanto é para chorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ele alguma vez usou a tua mão como ferramenta, ou como se fosse parte do próprio corpo dele (por exemplo, apontando com seu dedo, pondo a sua mão numa maçaneta para abrir a porta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ele costuma ter interesses especiais que parecem esquisitos a outras pessoas (ex.: semáforos, ralos de pia, ou itinerários de ônibus) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ele costuma ou costumava se interessar mais por partes de um objeto ou brinquedo (ex.: girar as rodas de um carro), mais do que usá-lo com sua função original?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ele costuma ter interesses específicos, apropriados para a sua idade e para seu grupo de colegas, porém estranhos pela intensidade do interesse (por exemplo, conhecer todos os tipos de trens, conhecer muitos detalhes sobre dinossauros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ele costuma de maneira estranha olhar, sentir/examinar, escutar, provar ou cheirar coisas ou pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ele costuma ter (maneirismos) manias com as mãos ou jeitos estranhos de mover as mãos ou dedos, tal como “um bater de asas”, ou mover seus dedos na frente dos seus olhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ele costuma fazer movimentos complexos (e esquisitos) com o corpo inteiro, tal como girar, pular ou balançar repetidamente para frente e para trás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ele costuma machucar-se de propósito, por exemplo, mordendo o braço ou batendo a cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ele tem algum objeto (que não um brinquedo macio ou cobertor) que ele carrega por toda parte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ele tem algum amigo em particular ou um melhor amigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Quando ele tinha 4-5 anos ele repetia ou imitava espontaneamente o que você fazia (ou a outras pessoas) (tal como passar o aspirador no chão, cuidar da casa, lavar pratos, jardinagem, consertar coisas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Quando ele tinha 4-5 anos ele apontava as coisas ao redor espontaneamente apenas para mostrar coisas a você (e não porque ele as desejava)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava usar gestos para mostrar o que ele queria (não considere se ele usava tua mão para apontar o que queria)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Sim	Não
24.	Quando ele tinha 4-5 anos usava a cabeça para dizer sim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Quando ele tinha 4-5 anos sacudia a cabeça para dizer não?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Quando ele tinha 4-5 anos ele habitualmente olhava você diretamente no rosto quando fazia coisas com você ou conversava com você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Quando ele tinha 4-5 anos sorria de volta se alguém sorrisse para ele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava mostrar coisas de seu interesse para chamar sua atenção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava dividir coisas com você, além de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava querer que você participasse de algo que o estava divertindo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Quando ele tinha 4-5 anos ele costumava tentar confortá-los se você ficasse triste ou magoado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Entre as idades de 4 a 5 anos, quando queira algo ou alguma ajuda, costumava olhar para você e fazia uso de sons ou palavras para receber sua atenção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Entre as idades de 4 a 5 anos tinha expressões faciais normais, isto é, demonstrava suas emoções por expressões faciais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele costumava participar espontaneamente e/ou tentava imitar ações em jogos sociais – tais como “Polícia e Ladrão” ou “Pega-Pega”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos jogava jogos imaginários ou brincava de “faz de conta”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos parecia interessado em outras crianças da mesma idade que ele não conhecia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos reagia positivamente quando outra criança aproximava-se dele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos, se você entrasse no quarto e iniciasse uma conversa com ele sem chamar seu nome, ele habitualmente te olhava e prestava atenção em você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele costumava brincar de “faz de conta” com outra criança, de forma que você percebia que eles estavam entendendo ser uma brincadeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Quando ele estava com 4 ou 5 anos ele brincava cooperativamente em jogos de grupo, tal como esconde-esconde e jogos de bola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E
Guia do Instituto de Medicina dos EUA
(HOYME et al., 2005)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SAF E EFEITOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL (EFA)
1. SAF COM CONFIRMADA EXPOSIÇÃO MATERNA AO ÁLCOOL (requer todos os itens de A a D)
A. confirmada exposição materna ao álcool
B. evidência de padrões característicos de anomalias faciais menores, incluindo mais de 2 itens a seguir:
1. fissuras palpebrais pequenas ($\leq 10^\circ$ percentil)
2. lábio superior vermelho e fino (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
3. filtro plano (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
C. evidência de retardo do crescimento pré e/ou pós natal
1. altura ou peso $\leq 10^\circ$ percentil, corrigidas com as normas raciais, se possível
D. evidência de deficiências no desenvolvimento neurológico ou anormalidades morfogênicas, incluindo ≥ 1 dos citados abaixo:
1. anomalias estruturais cerebrais
2. circunferência da cabeça $\leq 10^\circ$ percentil
2. SAF SEM CONFIRMADA EXPOSIÇÃO MATERNA AO ÁLCOOL
1B, 1C e 1D, conforme o anterior.
3. SAF PARCIAL COM CONFIRMADA EXPOSIÇÃO AO ÁLCOOL (requer todos os itens de A a C)
A. confirmada exposição materna ao álcool
B. evidência de padrões característicos de anomalias faciais menores, incluindo mais de 2 itens a seguir:
1. fissuras palpebrais pequenas ($\leq 10^\circ$ percentil)
2. lábio superior vermelho e fino (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
3. filtro plano (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
C. Uma das características abaixo:
1. evidência de retardo do crescimento pré ou pós natal
a) altura ou peso $\leq 10^\circ$ percentil, corrigidas com as normas raciais, se possível
2. evidências de deficiências no desenvolvimento neurológico ou anormalidades morfogênicas, incluindo ≥ 1 dos citados abaixo:
a) anomalias estruturais cerebrais
b) circunferência da cabeça $\leq 10^\circ$ percentil
3. evidência de um complexo padrão de anormalidades cognitivas e comportamentais que são inconsistentes com o nível do desenvolvimento e não podem ser explicadas apenas por predisposição genética, herança familiar ou causa ambiental.
a) este padrão inclui deficiências na performance de tarefas complexas (resolução de problemas complexos, planejamento, julgamento, abstração, metacognição e tarefas aritméticas); déficits na linguagem receptiva e expressiva; e distúrbios de comportamento (dificuldades nos hábitos pessoais, labilidade emocional, disfunção motora, performance acadêmica pobre e déficit na interação social).
4. SAF PARCIAL SEM CONFIRMADA EXPOSIÇÃO MAERNA AO ÁLCOOL
3B e 3C, conforme o item anterior.

5. DISTÚRBO CONGÊNITO RELACIONADO AO ÁLCOOL (DCRA) (requer todos itens de A à C)
A. confirmada exposição materna ao álcool
B. evidência de padrões característicos de anomalias faciais menores, incluindo mais de 2 itens a seguir:
1. fissuras palpebrais pequenas ($\leq 10^\circ$ percentil)
2. lábio superior vermelho e fino (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
3. filtro plano (escore 4 ou 5 com o guia de lábio/filtro)
C. defeitos estruturais congênitos ≥ 1 das categorias a seguir, incluindo malformações e displasias (se o paciente apresentar apenas anormalidades menores, ≥ 2 devem estar presentes). <i>Cardíaco</i> : defeitos do septo atrial, aberrações em grandes vasos sanguíneos, defeitos do septo ventricular, defeito cardíaco conotruncal; <i>Esquelético</i> : sinostose radioulnar, defeitos na segmentação vertebral, contraturas articulares, escoliose; <i>Renal</i> : rins aplásicos/hipoplásicos/displásicos, rins em “ferradura”/duplicação ureteral; <i>Olhos</i> : estrabismo, ptose, anomalias vasculares na retina, hipoplasia do nervo óptico; <i>Ouvidos</i> : perda auditiva condutiva, perda auditiva neuro-sensorial; <i>Anormalidades menores</i> : unhas hipoplásticas, quinto dedo curto, clinodactilia dos cinco dedos, pectus carinatum/escavatum, camptodactilia, pregas palmares “Hockey Stick”, erros de refração, orelhas “railroad track”.
6. DISTÚRBO DO NEURODESENVOLVIMENTO RELACIONADO AO ÁLCOOL (requer itens A e B)
A. confirmada exposição materna ao álcool
B. Ao menos uma das seguintes:
1. evidência de deficiências no desenvolvimento neurológico ou anormalidades morfogênicas, incluindo ao menos um dos citados abaixo:
a) anomalias estruturais cerebrais
b) circunferência da cabeça $\leq 10^\circ$ percentil
2. evidências de um complexo padrão de anormalidades cognitivas e comportamentais que são inconsistentes com o nível do desenvolvimento e não podem ser explicadas apenas por predisposição genética, herança familiar ou causa ambiental.
a) este padrão inclui deficiências na performance de tarefas complexas (resolução de problemas complexos, planejamento, julgamento, abstração, metacognição e tarefas aritméticas); déficits na linguagem receptiva e expressiva; e distúrbios de comportamento (dificuldades nos hábitos pessoais, labilidade emocional, disfunção motora, performance acadêmica pobre e déficit na interação social).

ANEXO F

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

O presente trabalho pretende identificar entre os filhos de mulheres com queixa de alcoolismo atual ou pregresso, portanto, com alta probabilidade de terem sido expostos ao álcool na gestação, sinais e sintomas habitualmente verificados em indivíduos com quadros clínicos do grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Além disso, pretende-se realizar uma descrição do histórico reprodutivo das mulheres alcoólicas e uma descrição do comportamento da prole. Os dados para o estudo serão coletados por meio da aplicação de questionários na mãe, sendo eles: 1) Ficha médica composta de dados sócio-demográficos, informações acerca do histórico reprodutivo e dos filhos vivos e questionários de avaliação de consumo de álcool; 2) ABC e 3) ASQ, *respectivamente*, para identificação de sinais e sintomas de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Os instrumentos de avaliação serão aplicados pela pesquisadora responsável em uma sala do Posto de Saúde local. Este material será posteriormente analisado, sendo mantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado da Psicóloga Sheila Carla de Souza, aluna do Programa de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Sheila Carla de Souza

Décio Brunoni

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Universidade Presbiteriana Mackenzie
(0xx011) 2114-8707

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, de de

Assinatura do sujeito ou seu representante legal

ANEXO G

CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo identificar entre os filhos de mulheres com queixa de alcoolismo atual ou pregresso, portanto, com alta probabilidade de terem sido expostos ao álcool na gestação, sinais e sintomas habitualmente verificados em indivíduos com quadros clínicos do grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Além disso, pretende-se realizar uma descrição do histórico reprodutivo das mulheres alcoólicas e uma descrição do comportamento da prole. Os dados para o estudo serão coletados por meio da aplicação de questionários na mãe, sendo eles: 1) Ficha médica composta de dados sócio-demográficos, informações acerca do histórico reprodutivo e dos filhos vivos e questionários de avaliação de consumo de álcool; 2) ABC e 3) ASQ, *respectivamente*, para identificação de sinais e sintomas de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Para isso, solicitamos a autorização desta instituição para a aplicação de nossos instrumentos de coleta de dados; o material e o contato interpessoal não oferecerão riscos de qualquer ordem aos colaboradores e à instituição. Os indivíduos não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Tudo o que for falado será confidencial e usado sem a identificação do colaborador e dos locais. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou depois poderão ser livremente esclarecidas, bastando entrar em contato conosco no telefone mencionado a seguir. De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia ficará com a instituição e outra com os pesquisadores. Obrigado.

Sheila Carla de Souza

Décio Brunoni

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Universidade Presbiteriana Mackenzie
(0xx011) 2114-8707

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) senhor (a) _____, representante da instituição, após a leitura da Carta de Informação à Instituição, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo,..... de de

Assinatura do representante da instituição