

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: IMPLICAÇÕES EDUCATIVAS¹

ALCOHOL SYNDROME: EDUCATIVE INTERVENTION

Joaquim RAMALHO²
Maria R. SANTOS³

RESUMO: o presente artigo procura em primeiro lugar, demarcar os malefícios causados pelo álcool na mulher grávida, nomeadamente a Síndrome Alcoólica Fetal. O consumo de álcool durante o período de gravidez é muitas das vezes superior ao desejável, afectando o desenvolvimento feto, causando danos irreversíveis a nível cognitivo-comportamental, social e aprendizagem. São crianças com Necessidades Educativas Especiais que, em Portugal, deverão ser enquadradas no ensino especial ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008. Deverão ser criados programas educativos e/ou profissionais adequados para um melhor desenvolvimento da criança para que possa tornar-se num adulto mais autónomo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial. Síndrome Alcoólica Fetal. Intervenção Educativa.

ABSTRACT: Firstly, this article seeks to first underline the harm caused by alcohol in pregnant women, specifically in reference to Fetal Alcohol Syndrome. Alcohol consumption during pregnancy is often higher than desirable, affecting the developing fetus, and causing irreversible damage at the cognitive-behavioral and social levels and learning. These children who present Special Educational Needs should be considered under the special education Law 3/2008 in Portugal. Educational and/or professional programs should be created to promote child development in order to prepare them to become more independent as adults.

KEYWORDS: Special Education. Fetal Alcohol Syndrome. Educational Intervention.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui uma reflexão sobre os inúmeros malefícios do álcool na gravidez, afetando o desenvolvimento principalmente no feto causando danos irreversíveis a nível cognitivo-comportamental, social e de aprendizagem.

Será feita uma caracterização, fatores de risco e critérios de diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), assim como um plano de intervenção para as crianças portadoras desta deficiência.

O consumo exagerado de bebidas alcoólicas durante a gravidez e os efeitos negativos que estes comportamentos poderão ter sobre os recém-nascidos têm sido mencionados ao longo dos séculos.

A SAF é uma das principais doenças conhecidas de atraso mental e defeitos físicos em crianças. Esses defeitos afetam o crescimento e desenvolvimento do cérebro da criança causando problemas no Sistema Nervoso Central (SNC).

As crianças afetadas têm problemas entre outros de: aprendizagem, memória, atenção, linguagem, comportamento e dificuldade de se relacionarem com os outros. Com frequência, essas condições afetam, de forma negativa, o desempenho escolar e social da criança.

¹ <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382115000300002>

² Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. ramalho@ufp.edu.pt

³ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. 22282@ufp.edu.pt

Historicamente, sabe-se que o álcool é uma substância que acompanha a humanidade há muito tempo. A utilização do álcool está associada, por exemplo, a rituais religiosos, à produção de medicamentos, à produção de perfumes e ao espírito das comemorações. O consumo de bebida alcoólica aumentou com o desenvolvimento de novas técnicas de produção e comercialização que surgiram como consequência da revolução industrial (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). A própria revolução industrial contribuiu para o consumo do álcool quando as pessoas que viviam no campo foram viver na cidade e perderam um pouco da identidade própria. Era uma vida totalmente diferente, num ritmo diferente, muitas vezes sem a estrutura de apoio da família e compensada pela sensação de bem-estar que o álcool proporcionava. Neste contexto, surgiram os primeiros trabalhos sobre a influência do álcool no comportamento.

Atualmente sabe-se que o álcool, assim como outras substâncias, podem estar relacionados diretamente com intoxicação, dependência, *delirium*, demência persistente, perturbação mnésica persistente, perturbação psicótica, perturbação do humor, perturbação da ansiedade, disfunção sexual e disfunção do sono (APA, 2014).

Os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool “[...] compreendem perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento ou outras funções e respostas psicológicas” (OMS, 2007).

O consumo normal, ou dito social, da bebida alcoólica frequentemente não traz prejuízos imediatos para a saúde do indivíduo, mas o consumo prolongado e o consumo compulsivo são indicadores de problemas a curto ou longo prazo.

Nos países ocidentais, há maior consumo de álcool. Este fato pode estar associado à aprendizagem social do consumo do álcool. Segundo Bandura, as pessoas aprendem por imitação do modelo e, neste sentido, “[...] o acto de beber é adquirido e mantido pelo reforço, modelagem, resposta condicionada, expectativas quanto aos efeitos do álcool e dependência física” (MONTI et al., 2005, p.4). Dentro de uma determinada cultura, a família e os amigos exercem influência sobre o indivíduo e o ato de consumir álcool pode ser parte integrante do seu desenvolvimento (MONTI et al., 2005).

O primeiro episódio de intoxicação por álcool ocorre frequentemente na adolescência, enquanto o quadro de dependência ocorre por volta dos 20-30 anos e as perturbações relacionadas com o consumo do álcool, conseqüentemente, tem origem aproximadamente aos 30 anos. Entretanto, há registros de ocorrências ainda mais cedo, afetando crianças e adolescentes, pois um fato que contribui bastante com o problema é um forte padrão familiar com prevalência de 40% a 60% de influência genética (APA, 2014).

2 UMA VISÃO NEUROCOGNITIVA

Com o desenvolvimento de novas técnicas imagéticas foi possível constatar o efeito do consumo continuado de substâncias no cérebro. Como já foi mencionado, há sintomas físicos e psicológicos associados aos períodos de abstinência. A explicação para tais acontecimentos está exatamente a nível cerebral. Os problemas mais recorrentes nesses indivíduos envolvem, por exemplo, a memória (principalmente a memória de trabalho), a aprendizagem, a abstração, o raciocínio e a atividade psicomotora, além disso, a fluência verbal e a tomada de decisão

são afetadas. Morfologicamente, as alterações ocorrem principalmente no córtex pré-frontal. Quimicamente há alterações nos neurotransmissores como serotonina e gaba, importantes reguladores de funções essenciais da regulação do humor e da aprendizagem. Existe uma bateria de testes sensível a lesões frontais chamada Bateria de Avaliação Frontal e que é utilizada com a população de dependentes químicos (CUNHA; NOVAES, 2004).

Antes do início da gravidez, o comportamento da mãe relativamente ao álcool é um fator crucial a ter em atenção, dado que, mulheres com antecedentes familiares de alcoolismo e uma história individual de excessos, normalmente, apresentam maior risco para o feto.

A ingestão de álcool durante o período de gestação pode causar graves problemas ao desenvolvimento do feto, desde a morte a posteriores problemas físicos e cognitivo-comportamentais (GARRIDO; FÉRNANDEZ-GUINEA, 2004).

O alcoolismo na gravidez pode dever-se também a condições socioeconômicas difíceis, ao baixo nível escolar, fatores culturais, desnutrição, doenças infecciosas e uso de outras drogas (MICHEL, 2000).

Para a maioria das mulheres, a fase da gravidez é um período em que experiência sentimentos muito intensos e por vezes confusos. Podem estar felizes e orgulhosas com uma sensação de realização, ou então, poderão estar apreensivas quanto à responsabilidade que as esperam no futuro – será que o filho vai nascer saudável, saberei educá-lo – são dúvidas inerentes ao ser humano dada a responsabilidade de criar um ser indefeso (MICHEL, 2000).

Contudo, para que a mulher não ingira álcool durante a gravidez, é necessário haver um suporte familiar sólido que se mobilize para apoiá-la, um ambiente tranquilo onde esteja inserida e colaboração por parte de quem contata com a mulher diariamente para evitar o risco de consumo de álcool nesta fase tão crucial (MICHEL, 2000).

As primeiras descrições científicas da SAF foram realizadas em 1968 por Lemoine et al., em França, e por Jones & Smith, em 1973, nos Estados Unidos (RIBEIRO et al., 1995).

Em 1991, a *American Academy of Family Physician* tinha uma estimativa de que 50 a 70% dos recém-nascidos de mães alcoólicas apresentavam sinais da SAF (PINHO; PINTO; MONTEIRO, 2006).

A SAF refere-se a um conjunto de características e atrasos no desenvolvimento de crianças de mães consumidoras de álcool durante a gravidez. Estas características incluem atraso no crescimento pré e pós-natal, características faciais (fissuras palpebrais curtas, filtro liso e lábio fino) e ainda disfunção do SNC, sendo que esta disfunção pode resvalar para atraso mental grave, hiperatividade e problemas comportamentais no futuro (MOMINO; SANSEVERINO; SCHULER-FACCINI, 2008).

Vários estudos feitos a nível neuropsicológico relatam que crianças em idade pré-escolar portadoras de SAF apresentam grandes dificuldades ao nível de linguagem, habilidades visuoespaciais e pouca destreza da parte motora fina, assim como dificuldades de aprendizagem verbal, resolução de problemas, memória espacial e de trabalho e problemas de atenção (GARRIDO; FÉRNANDEZ-GUINEA, 2004).

Segundo Pinho, Pinto e Monteiro (2006), é urgente fazer e saber fazer o diagnóstico do SFA, pois ainda passa, muitas vezes, despercebida pelos clínicos. É também muito importante apostar na prevenção desta doença, visto ser 100% evitável e para a qual não existe cura. Assim, saber como avaliar e intervir nestas crianças e suas famílias revela-se também essencial, até porque muitas delas vêm a desenvolver no futuro, para além das complicações médicas, outras de natureza comportamental, emocional e mesmo de cariz psicopatológico. Aqui o psicólogo pode ter um contributo/papel fundamental, trabalhando em equipa com o pediatra, não só ao nível da avaliação psicológica, como também e já num outro registo, ao nível da intervenção psicológica.

Apesar dos vários estudos sobre as envolventes da SAF, ainda não é possível encontrar unanimidade sobre todas as características possíveis, sobre as melhores formas de diagnóstico, avaliação e intervenção devido à dificuldade no diagnóstico e às falhas do mesmo ao nível de todas as áreas envolventes da criança (família, saúde, escola), muitas vezes estes indivíduos vivem muito tempo sem que sejam corretamente diagnosticados.

3 FATORES DE RISCO

Quadro 1 - Fatores de risco relacionados à ocorrência do SAF

Modalidade	Fatores de risco identificados
Saúde materna	Idade acima de 25 anos ao nascimento da criança Presença de três ou mais gravidezes anteriores Ocorrência de parto prematuro ou natimorto anterior Uso concomitante de tabaco e/ou outras drogas Desnutrição ou subnutrição
Gestação	Consumo durante o primeiro trimestre da gravidez
Socioeconômico	Baixo nível socioeconômico Desemprego ou subemprego
Padrão de consumo materno	Início precoce do consumo de álcool Padrão compulsivo de uso (cinco bebidas ou mais por ocasião) Padrão frequente de uso (ao menos duas ocasiões semanais) Ausência de redução do consumo na gravidez
Fatores psicológicos	Baixa autoestima Depressão Distúrbios sexuais
Fatores familiares	História de dependência de álcool na família Dependência de álcool compartilhada pelo marido
Fatores sócio-culturais	Ambientes tolerantes à bebida por parte da gestante

Fonte: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA.

4 DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO

Para além do consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez, para que se possa fazer o diagnóstico, terão de estar presentes um dos seguintes critérios: atraso no crescimento intrauterino e/ou deficiente evolução estaturponderal; alterações do SNC, cardíacas ou urogenitais; atraso do desenvolvimento neurológico; dismorfia craniofacial, com pelo menos dois dos seguintes achados: microcefalia, fendas palpebrais curtas, lábio superior fino e hipoplasia do *philtrum* e/ou do maxilar superior, narinas antevertidas, retrognatismo ou mi-

crognatismo. É extremamente comum surgir perturbações do foro comportamental, irritabilidade e Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (DEMING, 1999, apud PINHO; PINTO; MONTEIRO, 2006).

A proposta para diagnóstico da SAF foi desenvolvida pela rede de diagnóstico e prevenção em SAF da Universidade de Washington, em 1997. Este sistema é considerado um dos melhores e é para todas as idades que utiliza escalas que codifica as quatro características principais: 1) deficiência de crescimento; 2) malformação facial; 3) dano ou disfunção cerebral; e, 4) exposição pré-natal ao álcool (TREMBLAY; BOIVIN; PETERS, 2012).

O diagnóstico preciso do espectro completo de deficiências causadas pelo álcool é essencial tanto para a prevenção primária (prevenir o nascimento de crianças com problemas causados pelo álcool) quanto para a prevenção secundária (reduzir as deficiências de crianças já expostas no pré-natal ao álcool).

A experiência clínica mostra indicadores de que o Diagnóstico das Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DESAF) deve ser de exclusão, isto é, não deve ser feito um diagnóstico automático a uma criança que, por exemplo, simplesmente nasceu de uma mãe que consumiu álcool durante a gravidez e apresente perturbações neurológicas, cognitivas ou emocionais. Até porque existem muitas síndromes genéticas que partilham algumas das características da SAF. O problema mais desafiador na área de DESAF ainda é a identificação de crianças que não apresentam casos de malformação facial (TREMBLAY; BOIVIN; PETERS, 2012).

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico da *Research Society on Alcoholism* (SAF)

Atraso no crescimento pré ou pós-natal
- Abaixo do décimo percentil
Prejuízos no sistema nervoso central
- Anormalidades neurológicas
- Atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor
- Distúrbios do comportamento
- Problemas intelectuais
- Malformações cerebrais
Fácies característica
- Fissuras palpebrais curtas (olhos abertos)
- Lábio superior fino
- <i>Philtrum</i> indefinido
- <i>Fácies</i> plana

Fonte: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA.

Para as crianças portadoras do SAF, a escola e todo o ambiente que a envolve pode ser um verdadeiro desafio. A criança deve sentir-se segura e protegida para que possa desenvolver habilidades (mentais e estruturais) para uma melhor interação com os pais e professores (GRINFELD, 2009).

Segundo Pacheco e Valencia (1997) a educação dos alunos portadores de DM deve começar precocemente, incidindo no desenvolvimento: motricidade; percepção; linguagem; socialização e afetividade. Assim, segundo os mesmos autores, a educação destas crianças deverá

ser iniciada em casa, seguindo-se a educação no jardim-de-infância e por último a educação no 1º Ciclo do Ensino Básico.

5 EDUCAÇÃO EM CASA

É na educação em casa, em que as crianças convivem permanentemente com os pais ou outros cuidadores que a eficácia da ação pedagógica é maior, sendo de extrema importância no seu desenvolvimento. Assim, Speck (1978, apud BAUTISTA, 1997) define:

- O ambiente tem influência na aprendizagem através da estimulação direta ou indireta que é dada à criança.
- Os primeiros anos de vida são os mais importantes para a estimulação, visto ser a fase em que o desenvolvimento psicofísico é mais rápido.
- É nesta fase que a educação requer menos esforço por parte da criança.

Cabe aos pais e/ou outras pessoas que façam parte do seu ambiente familiar, a tarefa de iniciar a ação educativa da criança, contudo, deve munir-se de toda a informação e apoios para que a criança desenvolva todas as suas potencialidades. Caso contrário, se os pais não forem capazes de superar as dificuldades causadas pelo desconhecimento, podem provocar nas crianças comportamentos inadequados e aumentar as suas dificuldades (PACHECO; VALENCIA, 1997).

6 A EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

As crianças que frequentam o jardim-de-infância e pré-escola (4/5 anos), devem ter uma ação pedagógica orientada e organizada que vise a aprendizagem como objetivo principal por parte das crianças (PACHECO; VALENCIA, 1997).

De acordo com Speck (1978, apud PACHECO; VALENCIA, 1997), é fundamental que na pré-escola as tarefas devam incentivar estimulação e motivação para a aprendizagem e para as atividades relacionais; educação sensoriomotora; treino de autonomia e hábitos de higiene; educação rítmica (cadenciada); iniciação à comunicação social e educação verbal elementar.

7 A EDUCAÇÃO NA ESCOLA

As crianças que sofreram exposição intra-uterina ao álcool e, segundo Segre (2012), apresentam inabilidade na aprendizagem, com grandes déficits de linguagem, leitura e matemática. Para debelar essas dificuldades, as crianças devem ser estimuladas com a implementação de rotinas diárias; promoção de práticas repetitivas para poderem adquirir habilidades; explicar-lhes detalhadamente as relações de causa/efeito; explicar minuciosamente as instruções verbais, passo a passo; uso de material visual para acompanhar as instruções verbais; minimizar as distrações visuais e auditivas; usar materiais facilmente visualizados e atrativos e apoio visual para a realização de tarefas.

No que se refere à educação no ensino do 1º ciclo do ensino básico, ela deve rentabilizar ao máximo todas as potencialidades dos alunos com DM permitindo-lhes valências para se

desenvolverem como seres humanos autônomos e que possam enfrentar com segurança o que as espera no futuro (PACHECO; VALENCIA, 1997).

Para que estas crianças adquiram as capacidades que lhes permitam desenvolver-se, Speck (1997) menciona várias áreas estabelecidas por Back (1969): socialização; independência; destreza; domínio do corpo; capacidade perceptiva; capacidade de representação mental; linguagem e afetividade (PACHECO; VALENCIA, 1997).

Deverá ter-se em conta as características e necessidades individuais de cada criança para se formular objetivos e conteúdos dos programas de aprendizagem, devendo o ensino ser individualizado (PACHECO; VALENCIA, 1997).

8 A IMPORTÂNCIA DO LAZER

O lazer é um *instrumento* eficaz e gratificante de inclusão de uma criança ou adulto com DM, além de ser prazeroso, a pessoa tem a liberdade de escolher que atividade quer ou não fazer.

Deste modo, cabe ao psicopedagogo um papel muito importante na sociedade, neste caso, cabe-lhe a tarefa de ajudar as pessoas a ver com outros olhos as pessoas deficientes para que possam incluí-las na sociedade (CRUZ; BARRETO, 2003).

Normalmente as crianças portadoras de DM têm diariamente uma série de rotinas (natação, terapia, escola, consultas médicas etc.) que visam melhorar as suas capacidades, mas pouco tempo lhes sobra para brincar, criar, relaxar, que também ajuda na sua recuperação e evolução (CRUZ; BARRETO, 2003).

Há alguns anos atrás, os deficientes mentais viviam muito fechados, ou em casa ou em instituições. Nos últimos anos já começaram a ter a oportunidade de usufruir de atividades de *lazer e recreação*, todavia, deparam-se quase diariamente com enormes barreiras em quase todos os locais tornando-os inacessíveis: cinemas, teatros, museus, restaurantes etc. (CRUZ; BARRETO, 2003). Estes obstáculos demonstram-nos que a sociedade ainda não está muito receptiva ou informada para receber as pessoas com deficiência em locais de lazer.

No passado, não era dada a devida importância às atividades de lazer e recreação comparadas, por exemplo, com a fisioterapia. Mas estudos feitos nos anos 80 referem que o lazer e a recreação são fatores muito importantes no processo de reabilitação e que pessoas bem-sucedidas no trabalho tinham anteriormente desenvolvido habilidades de lazer. Saliente-se, que através dos resultados destes estudos, concluiu-se que a prática de atividades de lazer pode melhorar o desempenho numa vasta área tais como: a saúde, a resistência física, a motivação e autoimagem (CRUZ; BARRETO, 2003).

Segundo Magnani (1982 apud CRUZ; BARRETO, 2003), o lazer nunca foi associado a objetivos sérios, menos ainda, quando a população em causa é portadora de DM. Mas é através destas atividades que se conhece melhor a cultura, hábitos e necessidades destas crianças, quando lhes é dada a oportunidade de livremente poderem vivenciá-las.

O lazer não pode ser visto como uma atividade desprovida de interesse, sem qualquer validade. Tem de ser encarado como algo muito sério, onde o individuo procura satisfação pessoal, assim, o lazer além de favorecer o desenvolvimento físico e intelectual, também desen-

volve os vínculos afetivos e sociais. As atividades do lazer estão centradas no prazer e na emoção, ajudando o indivíduo na sua permanente construção, ele não é um ser acabado (CRUZ; BARRETO, 2003).

A pessoa portadora de DM deve ter a oportunidade de realizar atividades de lazer, para que nas brincadeiras elas possam desenvolver as capacidades de sonhar, imaginar e de jogar com a realidade. O lazer não *robotiza*, pode ser espontâneo, livre e ajuda no processo de inclusão (CRUZ; BARRETO, 2003).

9 O PAPEL DO PSICÓLOGO

Finalmente, Pinho, Pinto e Monteiro (2006) resume alguns dos principais objetivos a ter em conta no processo de intervenção em crianças portadoras de DM, em que realça o papel do psicólogo como elo de ligação entre os vários contextos frequentados pelas crianças favorecendo o seu processo de mudança. Assim o psicólogo deve:

- Trabalhar sempre em parceria com a escola, sugerindo estratégias no sentido de aproximação dos pais à escola.
- Em contexto escolar deve elaborar um currículo próprio e funcional, dirigido para tarefas essenciais do dia a dia.
- Trabalhar com a criança a promoção cognitiva, procurando estimular capacidades como a atenção, concentração, percepção e memória.
- Incentivar a modificação do comportamento desadaptativo evidenciado, procurando reforçar os aspectos positivos e extinguir os mais desadequados ou diminuir a sua frequência ou intensidade (diminuir o comportamento hipercinésico e a impulsividade promovendo o autocontrole).
- Trabalhar com criança a noção de regras e limites, articulando com a escola e a família a coerência e consistência na sua aplicação e na resposta/reação ao cumprimento/incumprimento das mesmas.
- Promover na criança a aquisição de competências sociais e desenvolvê-las, para que possa estabelecer relações interpessoais adequadas.
- Desenvolver formas adaptativas para lidar com a frustração, aumentando a tolerância às mesmas para que aprenda a lidar com as emoções negativas e em simultâneo desenvolver a capacidade para “pensar antes de agir”.
- Promover a autoestima e a capacidade de resolução de problemas procurando prevenir o desenvolvimento de outras perturbações psicológicas/psiquiátricas.
- Por fim, elaborar e organizar (dentro do possível) um programa de treino parental, com o objetivo de promover na família competências básicas, noções de comportamento/estilos de vida saudável, potenciar recursos e trabalhar estratégias específicas para lidar com a criança, para além de poder funcionar como suporte social.

10 CONCLUSÃO

O alcoolismo é um grave problema na sociedade atual. A SAF é uma das maiores causas de atraso mental e pode ser prevenida através da abstinência do álcool por parte da progenitora, no entanto, a abstinência ao álcool não é fácil de ser conseguida. As mulheres que têm hábito de ingerir bebidas alcoólicas devem ser conscientizadas quanto aos efeitos danosos no feto devido à ingestão de álcool no período pré-conceitual e pré-natal. É importante também, realizar o diagnóstico precoce das crianças afetadas pela SAF com o objetivo de diminuir a morbimortalidade das mesmas e propiciar a sua melhor integração na sociedade, para que tal aconteça, é necessário proporcionar-lhes condições adequadas seja familiares, educacionais e sociais.

No que concerne à intervenção, ela deverá acontecer o mais cedo possível, começando em casa em que família é o seu porto de abrigo, é o local onde se sente mais seguras. Cabe aos familiares monitorizar as suas necessidades e desenvolver as suas potencialidades fazendo valer de apoios e informação pertinente para a sua evolução quando integrar o ensino especial.

O psicólogo também tem um papel relevante, servindo de elo de ligação entre a escola e os pais para definir as melhores estratégias e recursos a adotar para uma boa inclusão na escola, devem ser administradas técnicas comportamentais, cognitivas, cognitivo/comportamentais, lazer e recreação e também se necessário a administração de fármacos para um melhor desenvolvimento das crianças.

Quanto à Educação Especial, as crianças devem ser incluídas na escola normal e terem recursos adaptados às suas características e necessidades para poderem evoluir em termos académicos e melhor inserção na sociedade, todavia, para que a criança se sinta integrada deverá ter-se em conta questões cruciais na avaliação, tais como: o que avalia; quem avalia; avalia para quê e o que é avaliar. Aqui, o professor tem um papel muito importante na elaboração do PEI.

A lei portuguesa protege estas crianças segundo o que está descrito no Decreto-lei 3/2008 (PORTUGAL, 2008) e pela lei internacional através da Declaração de Salamanca, de 1994 (UNESCO, 1994a, 1994b), em mencionam que a escola deve ser para todos.

Por todas estas razões, e mesmo sabendo que o SAF não tem cura, devem proporcionar a estas crianças todos os recursos necessários para suprir as dificuldades quer académicas, familiares, sociais e ambientais, garantindo-lhes uma vida menos sofrida no futuro.

REFERÊNCIAS

APA. *DSM-V: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

BAUTISTA, R. *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro, 1997.

CRUZ, L.R.; BARRETO, S.J. A importância do lazer na inclusão da pessoa portadora de deficiência mental na sociedade. *Revista Leonardo Pós-ICPG*, v.1, n.2, p.9-15, 2003.

CUNHA, P.; NOVAES, M. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.26, supl.1, p.23-27, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

GARRIDO, M.; FERNÁNDEZ-GUINEA, S. Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: implicaciones para la seguridad vial. *Revista Neurologia*, v.38, n.3, p.277-283, 2004.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, A.M. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl.1, p.11-13, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4462004000500004&script=sci_arttext&tlang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A.G; ANTHONY, J.C; SILVEIRA, C.M. (Org.). *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri: Minha Editora, 2009.

MICHEL, O. *Alcoolismo e drogas de abuso: problemas ocupacionais e sociais*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOMINO, W.; SANSEVERINO, M.; SCHULER-FACCINI, L. A exposição pré-natal ao álcool como factor de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.84, n.4, p.76-79, 2008.

MONTI, P. et al. *Tratamento a dependência de álcool: um guia de tratamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca, 2005.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL AND ALCOHOLISM - NIAAA. *Alcohol alert*. Disponível em: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa13.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective*, 2007. <http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

PACHECO, D.; VALENCIA, R. A deficiência mental. In: BAUTISTA, R. (Org.). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro, 1997.

PINHO, P.; PINTO, A.; MONTEIRO. Síndrome fetal alcoólico: a perspectiva do psicólogo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.7, n.2, p.271-278, 2006.

PORTUGAL. ME. *Decreto-Lei n.º 3/200807 de janeiro de 2008*. D.R. I, Série 4, p.154-164, 2008.

RIBEIRO, E. et al. Síndrome alcoólica fetal: relato de três irmãos afectados. *Pediatria*, São Paulo, v.17, n.2, p.91-94, 1995.

SEGRE, C.A.M. Síndrome alcoólica fetal. *RBM-Pediatria Moderna*, v.7, n.48, p.261-270, 2012.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL - Síntese. In: TREMBLAY, R.E; BOIVIN, M; PETERS, R.D.V. (Eds.). *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* [on-line]. Montreal Quebec- Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2011

UNESCO. *Declaração de Salamanca*. Salamanca. 1994a. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

UNESCO. *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção: necessidades educativas especiais*. Salamanca: Unesco, 1994b.

Recebido em: 07/07/2015

Reformulado em: 07/09/2015

Aprovado em: 07/09/2015