



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIENCIAS BIOLOGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

SUELLEN REJANE LIMA SÁ

**A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS
MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU (SE)**

**Aracaju
2016**

SUELLEN REJANE LIMA SÁ

**A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS
MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU (SE)**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

**Orientadora: Prof. Dra. Eleonora Ramos
Oliveira**

**Aracaju
2016**

SUELLEN REJANE LIMA SÁ

**A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS
MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU (SE)**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, _____ de outubro de 2016

Autora: Suellen Rejane Lima Sá

Orientadora Prof. Dra. Eleonora Ramos Oliveira
DME/ CCBS/ Universidade Federal de Sergipe

Aracaju
2016

SUELLEN REJANE LIMA SÁ

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Aprovado em _____ de outubro de 2016

. BANCA EXAMINADORA

Nota: _____

Universidade Federal de Sergipe

Nota: _____

Universidade Federal de Sergipe

Nota: _____

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes 06 anos, muitas pessoas me ajudaram a realizar este sonho, de todas as formas. Sou grata a todos, em especial meus pais, pelo amor e apoio incondicional, ao meu esposo, pelo amor e companherismo e as minhas irmãs, por tdo carinho e apoio, mesmo distantes. A prof^a Dra Eleonora Oliveira, pela orientação, apoio e dedicação, desde a disciplina de pediatria; peça importante para definir o caminho a ser trilhado a partir de agora, e a prof^a Dra Anna Klara, pela ajuda, pelos ensinamentos e pela paciência ao longo da elaboração deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

SAF	Síndrome alcóolica fetal
FASD	Efeitos do espectro alcóolico fetal
ARBD	Defeitos congênitos relacionados ao consumo de álcool
ARND	Desordens do neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool
SNC	Sistema nervoso central
CID	Código internacional de doenças

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de gestantes que consomem bebida alcóolica de forma problemática na ESF em Aracaju/SE / Opinião dos médicos da Estratégia Saúde da Família sobre a Síndrome Alcóolica Fetal. Aracaju, 2015.

Tabela 2. Identificação dos critérios diagnósticos da Síndrome Alcóolica Fetal pelos médicos da ESF, Aracaju, 2015.

Tabela 3. Identificação de mulheres grávidas com risco de consumo excessivo de álcool. Aracaju, 2015.

Tabela 4. Conhecimentos dos profissionais acerca das recomendações médicas sobre o uso do álcool na gravidez. Aracaju, 2015.

Tabela 5. Informações recebidas sobre a Síndrome Alcóolica Fetal durante as formações acadêmica e profissional. Aracaju, 2015.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 HISTÓRICO E EPIDEMIOLOGIA	10
2.2 FISIOPATOLOGIA	11
2.3 QUADRO CLÍNICO	12
2.4 DIAGNÓSTICO	13
2.5 TRATAMENTO	15
2.6 PREVENÇÃO.....	16
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
4. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	23
5. ARTIGO ORIGINAL	
RESUMO.....	31
ABSTRACT	32
RESUMEN	33
INTRDUÇÃO	34
METODOLOGIA.....	35
RESULTADO	36
DISCUSSÃO	41
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXO I.....	48

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) refere-se a um conjunto de características e atrasos no desenvolvimento em crianças cujas mães ingeriram bebida alcoólica, tanto em moderadas quanto em grandes quantidades, durante a gestação,(Momino, 2008; Morbeck-Santos e Cazenave, 2011; Behrman, 2009) sendo considerada a principal causa de retardo mental identificável no mundo ocidental (Behrman, 2009; Tremblay, 2012). Aquelas que apresentam algumas características da síndrome, mas não possuem critérios para diagnóstico completo, encontram-se no grupo com “efeitos do espectro do álcool fetal” (FASD)(Momino,2008).

A ocorrência da SAF varia conforme a população estudada. No Brasil, não há estatísticas oficiais (Segre, 2010), mas estudos pontuais. Em um destes, foram avaliadas 1.964 gestantes, apresentando incidência de 1,52/1.000 nascidos vivos com SAF; 38,69/1.000 nascidos vivos com FASD; 3,05/1.000 nascidos vivos com defeitos congênitos relacionados ao consumo de álcool (ARBD) por suas genitoras e 34,11/1.000 nascidos vivos com alterações do neurodesenvolvimento, também relacionado a tal consumo (Mesquita e Segre, 2009). Há ainda estudos pontuais sobre a ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres grávidas. Em Ribeirão Preto, Pinheiro *et al.* (2005) evidenciaram que de 172 gestantes (38,2% da amostra inicial) 41 (9,1%) gestantes tinham consumo problemático de álcool, sendo 27 (6,0%) com diagnóstico de uso nocivo e 14 (3,1%) com dependência ao álcool, sendo que estas apresentavam mais sintomas depressivos ou ansiosos quando comparadas às que não apresentavam dependência e concluíram que a detecção precoce do uso de álcool durante a gestação, por profissionais de saúde treinados, poderia permitir que as gestantes recebessem tratamento adequado, o que minimizaria as complicações obstétricas e promoveria uma melhor qualidade de vida à mãe e criança.

Os efeitos nocivos do álcool podem ser causados por ação direta ou por produtos da sua degradação, sendo o cérebro o órgão mais susceptível a teratogênese, a qualquer momento da gestação (Momino, 2008; Morbeck-Santos e Cazenave, 2011) Essas alterações levam a três características primárias: alterações faciais, restrição de crescimento pré e/ou pós-natal e evidências de alterações estruturais e/ou funcionais do sistema nervoso central (SNC), levando a anomalias faciais, restrição de crescimento, alterações de desenvolvimento do SNC, anormalidades comportamentais inexplicáveis e defeitos congênitos (Segre, 2010).

O diagnóstico da SAF consiste na presença das alterações fenotípicas e na história de exposição pré-natal ao álcool, logo ao nascimento (Segre, 2012). É necessário ao menos a

presença de três alterações: retardo no crescimento (pré ou pós natal), alterações no sistema nervoso central e dismorfia facial (Segre, 2010; CDC, 2004; SBIBHAE, 2015).

O tratamento consiste em intervenções, a nível parental e escolar com equipe multidisciplinar o mais precocemente possível (Segre, 2012; Segre, 2010). Para isto, o diagnóstico precoce é essencial, pois permite que as intervenções adequadas sejam realizadas de modo imediato, trazendo benefícios para a criança e para a família (Morbeck-Santos e Cazenave, 2011). Contudo, há estudos que mostram as dificuldades que os profissionais de saúde apresentam sobre o conhecimento e atitudes sobre o tema. Gahagan *et al* (2006) avaliou pediatras e residentes em pediatria nos Estados Unidos observou que estes conhecem sobre a síndrome, mas não se sentem treinados para integrar o diagnóstico ou a prevenção na sua prática diária. Em outro estudo, Vagnarelli *et al* (2011) encontrou resultados semelhantes ao estudar o assunto com médicos italianos e espanhóis: 55% dos médicos espanhóis e 56% dos pediatras e 64% dos neonatologistas italianos relatam que seu treinamento a cerca do diagnóstico e manejo de crianças com SAF foi inadequado.

A falta de conhecimento sobre o diagnóstico e condutas em pacientes com SAF, por parte dos profissionais de saúde, restringe as oportunidades de prevenção, diagnóstico e intervenção precoce (Elliott, 2006).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO E EPIDEMIOLOGIA

O consumo de álcool, uma das poucas drogas psicotrópicas com uso aceitado pela sociedade, é um hábito milenar, tendo seus primeiros indícios datados de 6.000 a.C., devido à facilidade para sua obtenção (por fermentação de frutas). Os motivos eram diversos: festividades litúrgicas, comemorações, além de estresse e depressão – sendo os últimos relacionados a dependência desta substância. Há relatos sobre a incidência de abortos, natimortos e má formações congênitas em neonatos de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação desde o Império Romano; em Cartago e Esparta, haviam recomendações para que os noivos não consumissem bebidas alcóolicas durante as festividades de nupcias, a fim de evitar a concepção durante a embriaguez. (Grinfeld, 2009; Morbeck-Santos e Cazenave, 2014; Silva, 2000).

Embora tais impactos sobre os fetos sejam antigos, a primeira descrição sobre a Síndrome Alcóolica Fetal (SAF) ocorreu em 1968, na França, por Lemoine et al (Grinfeld, 2009; Momino, 2008; Segre, 2012) e recebendo tal denominação em 1973 por Jeans e Cols (Silva, 2000), tendo hoje mais de 3.500 artigos sobre o assunto. (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014). Esta síndrome se refere a um conjunto de características e atrasos no desenvolvimento de crianças nascidas de mães que consumiram álcool durante a gravidez (Momino, 2008), sendo considerada a principal causa de retardo mental no mundo ocidental (Tremblay, 2012; Beherman, 2009). Aquelas que apresentam algumas características da síndrome, mas não possuem critérios para diagnóstico completo, encontram-se no grupo com “efeitos do espectro do álcool fetal” (FASD) (Momino, 2008). Há ainda as “desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool” (ARND) – no qual estão incluídas alterações funcionais ou cognitivas relacionadas à exposição pré-natal ao álcool; entre elas estão, de forma isolada ou combinada, as dificuldades de aprendizado escolar, controle dos impulsos, memória, atenção e/ou de discernimento; e os “defeitos congênitos relacionados ao álcool” (ARBD) – que se refere às alterações físicas decorrentes da exposição pré-natal ao álcool, sendo as malformações cardíacas, ósseas, renais, das orelhas e dos olhos. (Mesquita e Segre, 2009)

A ocorrência da SAF varia entre a população estudada: em algumas aldeias indígenas americanas, sua incidência está de 1 para cada 50 nascidos; já na Suécia, ocorre entre 1:300 a

1:600 nascidos e nos Estados Unidos, 1:750 nascimentos. No Brasil, não há estatísticas oficiais sobre sua incidência (Segre, 2012). Contudo, há pesquisas com descrições pontuais a cerca da ocorrência da SAF, como a realizada em São Paulo por Mesquita e Segre, no ano de 2009, que encontraram, entre 1.964 gestantes analisadas, 1,52/1.000 nascidos vivos com SAF; 38,69/1.000 nascidos vivos com FASD; 3,05/1.000 nascidos vivos com defeitos congênitos relacionados ao consumo de álcool (ARBD) por suas genitoras e 34,11/1.000 nascidos vivos com alterações do neurodesenvolvimento, também relacionado a tal consumo; o mesmo estudo mostra que a maior parte das gestantes que consumiram álcool não haviam planejado a gravidez, e aquelas que mais consumiam bebidas alcóolicas eram as que menos frequentavam as consultas do pré-natal.

O consumo de álcool por gestantes está relacionado a maior intensidade de sofrimento emocional destas. Pinheiro *et al* (2005) realizou estudo em Ribeirão Preto, no qual, de 172 gestantes (38,2% da amostra inicial) 41 (9,1%) tinham consumo problemático de álcool, sendo 27 (6,0%) com diagnóstico de uso nocivo e 14 (3,1%) com dependência ao álcool; foi observado que consumidoras diagnosticadas pelo CID 10 como nocivas ou dependentes de álcool apresentavam mais sintomas depressivos ou ansiosos quando comparadas às que não tinham tal diagnóstico, sendo proposto que a ansiedade tende a preceder o uso do álcool, mas o caminho inverso também pode ser observado. Além desses, o baixo nível de escolaridade e renda familiar, alto número de desemprego e instabilidade na união civil também são características importantes nestas pacientes, somados ao uso de cigarro durante a gestação e o convívio com pai ou esposo que possuem este hábito (Ethen *et al*, 2009; Oliveira e Simões, 2007). É importante ressaltar que algumas mães acreditam que a ingestão de etanol não irá produzir algum dano ao feto, demonstrando a necessidade de orientação sobre o assunto durante o pré-natal (Oliveira e Simões, 2007).

2.2 FISIOPATOLOGIA

O álcool pode causar efeitos nocivos de forma direta ou por produtos de sua degradação, sendo o cérebro o órgão mais vulnerável a teratogênese. De acordo com levantamento bibliográfico realizado por Momino *et al* (2008), essa substância age de várias formas, a depender do estágio de desenvolvimento do embrião ou feto, podendo levar a morte celular, desorganização do tecido celular, interferência na produção de neurotransmissores e levar a

uma formação anormal das sinapses nervosas; isto permite observar que não existe um período de maior ou menor risco para má formação nervosa durante a gestação.

O álcool é solúvel em meios polares e relativamente solúvel e meios apolares; assim, pode atravessar livremente a barreira placentária (difusão passiva, por gradiente de concentração) espalhando-se pelo líquido amniótico e atingindo os tecidos fetais. Assim, em cerca de uma hora, os níveis sanguíneos da mãe e do feto são aproximadamente iguais. (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014; Rossi *et al*, 2012). Como as enzimas do feto, que poderiam metabolizar o teratígeno, estão em pequena quantidade e são imaturas, há diversas hipóteses para explicar seus efeitos no feto, sendo as principais:

- Acúmulo de ácido graxo, metabólito do etanol, na placenta, no coração, no fígado e em tecidos fetais (estudo em ratos); há estudo que indica que estes poderiam ser usados como biomarcador da exposição fetal ao álcool, quando encontrado em mecônio, em especial o acetato de linoleato. (Bearer *et al*, 1992; Ostrea Jr, 2006)
- Alteração no transporte de aminoácidos e oxigênio pela placenta, devido a vasoconstrição placentária, reduzindo a oferta de nutrientes essenciais para o feto. (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014)
- Aumento no consumo de oxigênio pelo fígado levando a hipóxia fetal. (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014)
- Aumento de prostaglandina em vários tecidos, o que eleva seus níveis na circulação fetal junto com a produção de AMPc, afetando o sistema nervoso central. (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014)
- Aumento no estresse oxidativo, elevando as taxas de apoptose e prejudicando a organogênese. (Riley *et al*, 2001; Rossi *et al*, 2012; Santana *et al*, 2014)

Há ainda evidências de que o álcool prejudicaria a transferência placentária de zinco e aminoácidos essenciais (substâncias necessárias para a síntese proteica), o que causaria o menor crescimento fetal. (Behrman *et al*, 2009)

2.3 QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico (completo) da SAF inclui:

- Dismorfias faciais: filtro nasal liso, lábio superior fino, depressão vertical acima do lábio superior ausente ou indistinguível e fissura palpebral encurtada; (Behrman *et al*, 2009; Segre, 2010; Tremblay, 2012).

- Retardo no crescimento pré ou pós natal (peso e/ou comprimento abaixo do percentil 10º, quando ajustado para idade gestacional, idade, sexo e etnia. (Behrman *et al*, 2009; Segre 2010; Tremblay, 2012)
- Anormalidades no SNC, como: microcefalia, e anormalidades estruturais no cérebro, como agenesia do corpo caloso, hipoplasia cerebelar, defeitos no tubo neural, aumento da densidade da massa cinzenta em ambos hemisférios e assimetria da massa cinzenta nos lobos temporais e diminuição do crescimento em porções do lobo frontal – dados observados por Riley *et al* (2004), por meio de Ressonância Nuclear Magnética Estrutural; observaram que o desenvolvimento cerebral é afetado mesmo após a vida adulta em fetos expostos ao consumo materno de etanol.
- Problemas comportamentais: menor desempenho escolar, dificuldades de atenção, baixos níveis de leitura, raciocínio pobre, dificuldades de memória e julgamento, agressividade, comportamento sexual inadequado, conflitos com a lei, baixa auto-estima, isolamento social, disordens de humor, auto-agressão e dependência de substâncias ilegais – também chamadas de “deficiências secundárias”. (Momino, 2008; Segre, 2010; Santos e Santos, 2009; Morbeck-Santos e Cazenave, 2014)
- Defeitos congênitos: má formações cardíacas (tetralogia de Fallot, coarctação da aorta, transposição dos grandes vasos, comunicações interatriais e interventriculares), deformidades em esqueleto e membros (malformações de vértebras, hipoplasia de unhas), alterações renais (hidronefrose, ectasias de pelve renal), alterações auditivas (perda sensorio neural, perda condutiva intermitente, perda auditiva central, retardo no desenvolvimento da função auditiva), alterações oftalmológicas, fenda labial ou palato. (Behrman *et al*, 2009; Segre, 2010 e 2012)

A presença do quadro clínico incompleto pode caracterizar a FASD, ARBD ou ARND (Mesquita e Segre, 2009; Segre, 2010).

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da SAF consiste na presença das alterações fenotípicas e na história de exposição pré-natal ao álcool, logo ao nascimento. (Segre, 2012). É necessário ao menos a presença de três alterações: retardo no crescimento (pré ou pós natal), alterações no sistema nervoso central e dismorfia facial (Segre, 2010 e 2012; SBIBHAE, 2015; CDC, 2004). Há

ainda os distúrbios mentais relacionados a exposição pré-natal ao etanol (ARND), que necessita, para diagnóstico, apresentar ao menos uma alteração neurológica, e anomalias congênitas (ARBD) que deve apresentar ao menos duas características faciais e no mínimo uma estrutural. (Segre, 2010; Hoyme, 2005).

Nem todas as características da síndrome estão presentes (ou são evidentes) logo ao nascimento, dificultando o diagnóstico; contudo, é possível suspeitar desta quando é conhecida a exposição ao álcool e há clara restrição de crescimento fetal, quadro de irritabilidade e dificuldade de sucção, sendo, por isso, de grande importância registrar o consumo de etanol durante a gestação em prontuário da paciente. (Segre, 2012; Jones, 1999). Sobre isto, Stoler e Holmes (1999) identificaram que há falhas no registro em prontuário do uso de álcool pelas gestantes tanto por parte de pediatras quanto por enfermeiros, o que dificultaria ainda mais o diagnóstico de SAF em recém-nascidos (Jones, 1999).

É importante identificar as gestantes que fizeram uso de bebida, pois tal exposição é essencial ao diagnóstico de SAF em recém-nascidos, bem como na prevenção da síndrome quando identificado no pré-natal. Vagnarelli (2011), observou que 59% dos neonatologistas italianos, 78,4% dos pediatras italianos e 60% dos pediatras espanhóis perguntam a mãe sobre o consumo da substância durante a gestação, e afirmam que seus colegas ginecologistas e enfermeiros também o fazem, usualmente, por meio de questões gerais. Contudo, há, para muitas mães, dificuldade em admitir o uso de etanol na gestação, especialmente àquelas com altas taxas de consumo (CDC, 2004); por isso, varios testes foram desenvolvidos para realizar tal função, entre eles, o T-ACE, com 69% de eficácia, ainda não validado em língua portuguesa, que visa identificar “bebedoras de risco” (SBIBHAE, 2015), bem como registros em prontuário (documentando o achado de álcool no sangue), relatos de fontes confiáveis e problemas sociais, médicos ou legais relacionados ao consumo durante a gestação (Chudley, 2005).

O diagnóstico de forma objetiva foi descrito por Astley e Clarren (2000), publicado como “critério de Washington” - ou 4-dígitos código diagnóstico, que refletem a magnitude da apresentação das principais características da SAF: 1 – deficiência do crescimento; 2 – fenótipo facial da face; 3 – disfunções/danos cerebrais; 4 – exposição pré-natal ao álcool. A grandeza de cada expressão é determinada em escala de “Likert”, de um a quatro pontos, no qual “1” indica ausência total da característica e “4” presença clássica; os códigos vão de “1111” a “4444”, possibilitando 22 categorias – desde a ausência de característica (incluindo a

não exposição pré-natal ao etanol) até o quadro da síndrome completo. (Astley, 2012; Astley e Clarren, 2000; Tremblay, 2012)

2.5 TRATAMENTO

Não existe abordagem terapêutica curativa para a SAF (SBIBHAE, 2015; Segre, 2012). Entretanto, podem ser realizadas intervenções, que devem ser precoces, propostas para as crianças e suas famílias, a fim de minimizar os danos, ocorrendo nos níveis parental e escolar (Segre 2010 e 2012; Paley e O'Connor, 2009). O acompanhamento da criança deve ser feito com equipe multidisciplinar, com os devidos encaminhamentos para especialistas realizado o mais precocemente possível (Segre, 2010)

No âmbito escolar, as intervenções visam contornar as dificuldades de aprendizado, uma vez que crianças com SAF apresentam problemas no aprendizado na matemática, linguagem (e compreensão) e leitura (Paley e O'Connor 2009; Segre 2010; Morbeck e Cazenave, 2011). De acordo com Segre (2012) e Paley (e) O'Connor (2009), inclui:

- Implementação de rotinas diárias (que podem ser organizadas com, por exemplo, uso de agendas);
- Promoção de práticas repetitivas (crianças com SAF precisam praticar mais para adquirir habilidades do que as que não apresentam a síndrome);
- Explicação detalhada das relações de causa e efeito;
- Explicação verbal minuciosa das instruções (“passo a passo”);
- Utilizar materiais visuais, que auxiliem no acompanhamento de instruções verbais;
- Adaptação da sala de aula, para evitar distrações visuais e auditivas.

Visto que o aluno com SAF requer mais atenção e recursos, é necessário que o professor tenha suporte e recursos educacionais adequados (Paley e O'Connor, 2009).

No âmbito familiar, a criança com SAF pode causar grande impacto e representar um desafio aos pais, com dificuldade nos domínios comportamental, emocional, e funções cognitivas, devendo receber constante apoio psicológico (Paley e O'Connor, 2009).

Foram desenvolvidos um manual para auxiliar no desempenho de habilidades sociais, pois essas crianças apresentam dificuldades para compreender e processar informações sociais, e jogos de computador para ajudar na prevenção de acidentes, uma vez que sua impulsividade,

julgamentos inadequados e dificuldade em inibir condutas os tornam uma “população de risco” (Segre, 2010)

Com relação a intervenções farmacológicas, não há estudos controlados sobre uso de medicações em pacientes com SAF. (Segre 2010 e 2012).

2.6 PREVENÇÃO

A prevenção é o único modo de evitar a SAF, devendo ser realizada com a abstinência alcoólica durante toda a gestação, uma vez que não há quantidade segura da substância que possa ser consumida nesse período definida na literatura. (Ethen *et al*, 2009; Segre, 2010; Morbeck-Santos e Cazenave, 2014; SBIBHAE, 2015, Chaffin, 2015)

A prevenção pode ocorrer de forma primária, com atividades educativas com o público em geral, orientando acerca dos riscos de ingerir etanol durante a gravidez e sobre os malefícios do mesmo; de forma secundária, que pode ocorrer “de forma curta”, com a distribuição de material escrito e orientações a respeito do tema, com orientações para a mudança comportamental e programas de tratamento de toxicodependência, e terciária, ou de “forma ampla”, voltada para bebedoras de alto risco, na qual a mulher participam de sessões com clínicos, assistentes sociais e especialistas em uso de drogas. (Elliott *et al*, 2008; Segre, 2010). Adams *et al* (2002) recomendam ainda que os programas de prevenção desenvolvam foco nas mulheres de alto risco e leve em consideração sua situação sócio-econômica, pois isto permitiria compreender as razões para o consumo de álcool na gestação e o desenvolvimento de estratégias para evitá-lo.

Com relação às deficiências secundárias, os fatores que podem proteger a criança são período longo em lar que promovam carinho e sustento; diagnóstico de SAF ou FASD antes dos seis anos de idade; não ter sofrido com a violência de forma direta; receber apoio dos serviços de saúde para pessoas com deficiências desenvolvimentais; ter suas necessidades básicas atendidas em pelo menos parte de sua vida. (Momino *et al*, 2008; Morbeck-Santos e Cazenave, 2014). Destes, o diagnóstico precoce é primordial, pois permite que as intervenções adequadas sejam realizadas de modo imediato, trazendo os benefícios para a criança e para a família (Morbeck-Santos e Cazenave, 2014). Sobre isto, há alguns estudos que avaliaram a falta de preparo médico para o diagnóstico; como exemplo, Gahagan *et al* (2006), que avaliou pediatras e residentes em pediatria nos Estados Unidos e observou que estes conhecem sobre a síndrome, mas não se sentem treinados para integrar o diagnóstico ou a prevenção na sua

prática diária; Vagnarelli *et al*(2011) encontrou resultados semelhantes ao estudar o assunto com médicos italianos e espanhóis; também Elliott *et al* (2006), na Austrália, em estudo com pediatras, verificou que apenas 4,5% sentiam-se preparados para cuidar de pacientes com SAF, e que somente 18,9% dos entrevistados teriam identificado as quatro principais características da síndrome; 11,4% haviam lido a diretriz sobre a patologia.

Payne *et al* (2005) avaliou 1,143 profissionais de saúde, também na Austrália, observando que 12% conseguiam identificar as quatro principais características da síndrome e somente 2% sentiam-se preparados para lidar com a SAF; a maioria gostaria de maiores informações para si e para seus clientes; dos 659 que atuavam com gestantes, 45% questionavam a paciente sobre consumo de bebida alcóolica e apenas 13% realizava aconselhamento sobre o uso do álcool. Tough *et al* (2008) avaliou profissionais de saúde canadenses da zona rural e urbana, observando que os primeiros são mais propensos a utilizar ferramenta padronizada para triagem de mulheres com consumo de álcool e em orientar as gestantes sobre a FASD e que estes também estariam mais preparados para cuidados com mulheres com problemas de dependência e de pacientes com FASD.

Zoorob *et al* (2010) verificou que médicos nos Estados Unidos, apresentam alto nível de conhecimento sobre SAF mas, ainda assim, não costumam questionar sobre o consumo alcoólico de suas clientes; observaram que não são todos os programas de residência médica nesse país que incluem SAF em seu programa, e concluem que a educação sobre o aconselhamento médico na prevenção primária do SAF deve continuar a ser implementada.

O escasso conhecimento sobre a SAF e sobre os cuidados com os pacientes limita as chances de orientação, prevenção, diagnóstico e intervenção precoce. (Elliott, 2006)

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS J, BITTNER P, BUTTAR HS, CHAMBERS CD, COLLINS TFX, DASTON GP, FILKINS K, FLYNN TJ, GRAHAM Jr JM, JONES KL, KIMMEL C, LAMMER E, LIBRIZZI R, MITALA J, POLIFKA JE. Statement of the Public Affairs Committee of the Teratology Society on the Fetal Alcohol Syndrome. *Teratology*, v.66, p.344-347, 2002.

ASTLEY S. SAF/EAF: Seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança tendo em vista o diagnóstico. In: TREMBLAY RE, BOIVIN M, PETERS RDeV, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012: 1-5. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/AstleyPRTxp1.pdf>>. Acesso em 03 de março de 2015.

ASTLEY SJ, CLARREN SK. Diagnosing the Full Spectrum of Fetal Alcohol Exposed Individuals: Introducing the 4-Digit Diagnostic Code. *Alcohol & Alcoholism*, v. 35, n.4, p.400-410, 2000

BEARER CF, Gould S, EMERSON R, Kinnunen P, COOK CS. Fetal Alcohol Syndrome and Fatty Acid Ethyl Esters. *Pediatr Res.* V.31, n.5, p.492-495, 1992

BEHERMAN RE, Jenson HB, KLIEGMAN R. O feto e o recém-nascido, In: Nelson: Tratado de Pediatria. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Cap 11, p 780-782.

BERTRAND J, FLOYD RL, WEBER MK, O'CONNOR M, RILEY EP, JOHNSON KA, COHEN DE, National Task Force on FAS/FAE. Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2004.

CHAFFIN, MC. Understanding Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Disponível em: <www.psychology.eliteCME.com>. Acesso em 29 de abril de 2015.

CHUDLEY AE, CONRY J, COOK JL, LOOCK C, ROSALES T, LEBLANC N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ .v.5, p.172, 2005

ELLIOTT L, COLEMAN K, SUEBWONGPAT A, NORRIS S. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): Systematic Reviews of Prevention, Diagnosis and Management. HSAC Report 2008; 1(9). Disponível em: <www.healthsac.net>. Acesso em 02 de maio de 2015.

ELLIOTT EJ, PAYNE J, HAAN E, BOWER C. Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: a survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. J Paediatr Child Health. v.42, n.11, p.698-703, 2006

ETHEN MK, RAMADHANI TA, SCHEUERLE AE, CANFIELD MA, WYSZINSKI DF, DRUSCHEL CM, ROMITTI PA. Alcohol Consumption by Women Before and During Pregnancy. Matern Child Health J. v.13, n.2, p.274-285, 2009

GAHAGAN S, SHARPE TT, BRIMACOMBE M, FRY-JHONSON Y, LEVINE R, MENGEL M, O'CONNOR M, BLAIR P, ADUBATO S, BENNEMAN G. Pediatricians Knowledge, Trainin and Experience in the Care of Children with Fetal Alcohol Syndrome. Pediatrics, v.118, n.3, p.657-668, 2006.

GRINFELD H. Consumo Nocivo de Álcool Durante a Gravidez. In: ANDRADE AG, ANTHONY JC (editores). Álcool e suas Consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, p. 179-197, 2009.

HOYME HE, MAY PA, KALBERG WO, KODITUWAKKU P, GOSSAGE JP, TRUJILLO PM, BUCKLEY DG, MILLER JH, ARAGON AS, KAHOLE N, VILJOEN D, JONES KL, ROBINSON LK. A Pratical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: clarification of the 1996 Institue Medicine Criteria. Pediatrics, v.115, n.1, p.39-47, 2005.

JONES KL. Early Recognition of Prenatal Alcohol Effects: a pediatrician's responsibility. Journal of Pediatrics, v.135, n.4, p.405-406, 1999.

MESQUITA MA, SEGRE CAM. Frequência dos Efeitos do Álcool no Feto e Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas pelas Gestantes de Maternidade Pública da Cidade de São Paulo. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. V.19, n.1, p.63-77, 2009.

MOMINO W, SANSEVERINO MT, SCHÜLER-FACCINI L. Prenatal Alcohol Exposure as a Risk Factor for Dysfunctional Behaviors: the role of the pediatrician. J. Pediatria, v.84, n.4, p.76-79, 2008

MORBECK-SANTOS PI, CAZENAVE S. O Consumo de Bebidas Alcoólicas na Gestação e a Síndrome Alcoólica Fetal. Rev Acadêmica Oswaldo Cruz, 2014, v1, n.2. Disponível em: <[http://www.revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Patr%C3%ADcia%20Inoc%C3%AÄncio%20Morbeck-Santos.pdf](http://www.revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Patr%C3%ADcia%20Inoc%C3%A4ncio%20Morbeck-Santos.pdf)>. Acesso em 05 de março de 2015.

OSTREA JR EM, HERNANDEZ JD, BIELAWSKI DM, KAN JM, LEONARDO GM, ABELA MB, CHURCH MW, HANNIGAN JH, JANISSE JJ, AGER JW, SOKOL RJ. Fetal Acid Ethyl Esters in Meconium: are they biomarkers of fetal alcohol exposure and effect? Alcohol Clin Exp Res. v.30, n.7, p.1152-1159, 2006.

OLIEVIRA TR, SIMÕES SMF. O Consumo de Bebidas Alcoólicas pelas Gestantes: um estudo exploratório. Esc Anna Nery Rev Enferm. v.11, n.4, p.632-638, 2007.

PALEY B, O'CONNOR MJ. Intervention for Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: treatment, approaches and care management. DEV Disabilities Research Reviews, v.15, p.258-267, 2009.

PAYNE J , ELLIOTT E , ANTOINE D'H , C O'LEARY , MAHONY A , HAAN E , C BOWER . Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. Aust N Z J Public Health. v.29, n.6, p.558-64, 2005.

PINHEIRO SN, LAPREGA MR, FURTADO EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev saúde pública v.39, n.04, p.593-8, 2005

RILEY EP, THOMAS JD, GOODLETT CR, KLINTSOVA AY, GREENOUGH ET, HUNGUND BL, ZHOU F, SARI Y, POWROZEK T, LI TK. Fetal Alcohol Effects: mechanisms and treatment. *Alcoholism: clinical and experimental research*, v.25, n.5, p.110S-116S, 2001.

RILEY EP, MCGEE CL, SOWELL ER. Teratogenic Effects of Alcohol: a decade of brain imaging. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, v.127, n.1, p.35-41, 2004.

ROSSI JAP, SANTIAGO KB, MARTINS OA. Estudo da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). *Revista Eletrônica de Educação e Ciência*, 2012; v.2, n.1, p.1-9. Disponível em: <www.fira.edu.br/revista/reec_vol2_num1_pag1.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2015.

SANTANA RA, ALMEIDA LFJL, MONTEIRO DLM. Síndrome Alcoólica Fetal – Revisão Sistematizada. *Rev HUPE*, v.13, n.3, p.61-66, 2014.

SANTOS ES, SANTOS AMG. Síndrome Alcoólica Fetal – recorrência em duas gerações de uma família. *Scientia Medica*, v.19, n.4, p.182-185, 2009.

(SBIBHAE) Sociedade Beneficente Israelita Brasileira – Hospital Albert Einstein. Site: álcool e drogas sem distorção <www.einstein.br/alcooledrogas> / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein, 2015. Acesso em 06 de março de 2015.

SEGRE CAM. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SEGRE CAM. Síndrome Alcoólica Fetal. *Rev Bras Medicina*, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5091>. Acesso em 28 de fevereiro de 2015.

STOLER JM, HOLMES LB. Under Recognition of Prenatal Alcohol Effects in Infants of Know Alcohol Abusing Women. *Journal of Pediatrics*, v.135, n.4, p.430-436, 1999.

TOUGH SC, EDIGER K, HICKER M, CLARKE M. Rural-urban differences in provider practice related to preconception counseling and fetal alcohol spectrum disorders. *Can J Rural Med.* v.13, n.4, p.180-188, 2008.

TREMBLAY RE, BOIVIN M, PETERS RD eV, eds. Síndrome alcoólica fetal - Síntese. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/sintese-sindrome_alcoolica_fetal.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2015.

VAGNARELLI F, PALMI I, GARCÍA-ALGAR O, FALCON M, MEMO L, TARANI L, SPOLETINI R, PACIFICI R, MORTALI C, PIERANTOZZI A, PICHINI S. A Survey of Italian and Spanish Neonatologists and Paediatricians Regarding Awareness of the Diagnosis of FAS and FASD and Maternal Ethanol use During Pregnancy *BMC Pediatr.* v.11, 2011.

ZOOROB R, ALIYU MH, HAYES C. Fetal alcohol syndrome: knowledge and attitudes of family medicine clerkship and residency directors. *Álcool (Fayetteville, NY)* v.44, n.4, p. 379-85, 2010.

4. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



1. APRESENTAÇÃO E PREPARO DOS MANUSCRITOS

1.1. Formato: os textos devem ser formatados em arquivo DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior, página padrão A4, fonte Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e numeração sequencial em todas as páginas. Margem esquerda e superior 3cm e margem direita e inferior 2cm. *Notas de rodapé não são permitidas.* Os conceitos e opiniões expressos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

IMPORTANTE:

- Os arquivos DOC não devem conter nomes e instituição de nenhum dos autores do artigo.
- Durante o processo de submissão do manuscrito até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita aos Editores da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadastro de metadados, durante a submissão eletrônica.

1.1.1 Originalidade: no sentido de fortalecer a originalidade científica dos artigos publicados na RBMFC é necessário que os Artigos Originais explicitem quatro pontos obrigatórios na seção Discussão, organizados em subtópicos: (1) Resumo dos principais achados do estudo; (2) Fortalezas e limitações do estudo; (3) Comparação com a literatura já existente; e (4) Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais.

1.2 Apresentação (arquivo DOC)

1.2.1 Título: deve ser apresentado nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Os autores também devem fornecer um título resumido no idioma do artigo. *O título completo deve ser conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo.* Evitar títulos longos e com abreviaturas. *Os títulos devem ser chamativos a fim de atrair o interesse dos leitores para facilitar a divulgação dos conteúdos publicados na RBMFC.*

1.2.2 Resumos: devem ser apresentados em Português, Inglês (*Abstract*) e Espanhol (*Resumen*), estruturados no formato “Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão” dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com a seção de submissão. Devem ser evitadas abreviaturas nos resumos.

1.2.3 Palavras-chave: em Português, Inglês (*keywords*) e Espanhol (*palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho de acordo com o vocabulário estruturado e trilingue DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

Observação: a versão final do título, resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.

1.3 Texto principal: de acordo com a estrutura recomendada para cada seção da RBMFC. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

1.3.1 Nomenclatura: devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

1.4 Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos, e figuras) devem ser enviadas junto ao texto principal, conforme a ordem de aparecimento. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto sempre como figuras, exceto as tabelas, os quadros e gráficos que têm indicações próprias. As fórmulas e equações devem ser descritas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução. São consideradas ilustrações:

1.4.1 Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.).

1.4.2 Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais).

1.4.3 Gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações).

1.4.4 Figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, como também por meio de desenhos ou fotografias).

1.4.5 Fórmulas e Equações (expressões matemáticas ou químicas) devem ser apresentadas na sequência normal do texto, destacando-as para facilitar a leitura e compreensão. Por exemplo, no parágrafo as fórmulas e equações devem estar centralizadas e identificadas por algarismos arábicos consecutivos colocados entre parêntese na extrema direita da linha (Exemplo 2), enquanto que sua citação no texto deve ser indicada pela palavra seguida do número entre parênteses, conforme abaixo:

Exemplo 1:

[...] conforme mostra a equação (1).

[...] conforme mostra a fórmula (2).

Exemplo 2:

$\text{HO}_2 + \text{CS}_2\text{N}_3 \rightarrow \text{HO}_2 + \text{CS}_2\text{N}$ (1)

$x^2 + y^2 + z^2$ (2)

1.5 Referências: é de responsabilidade dos autores citar as referências diretas das fontes originais de pesquisa, formatadas no estilo Vancouver e limitadas às citações no texto.

1.5.1 Utilizar o sistema numérico, no qual as referências devem seguir a mesma ordem numérica crescente e devem ser indicadas com algarismos sobrescritos e numeradas segundo a ordem de aparecimento no texto.

1.5.2 Identificar as referências tabelas e legendas, por meio de números arábicos sobrescritos após o texto - um pouco acima da linha do texto, após a pontuação. Exemplo:

- Com base nos achados histológicos, os FHM foram divididos em cinco tipos histológicos.⁴

- Marcadores imunohistoquímicos para histiócitos e células derivadas do mesênquima, como a alfa-1 antitripsina, “têm se mostrado úteis na discriminação entre os FHM e as neoplasias de origem epitelial.”⁸

As referências citadas somente em tabelas ou em legendas devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto da tabela ou figura particular.

1.5.3 Informar as URLs (links ativos) para as referências online. Dar preferência para links persistentes como o DOI (Digital Object Identifier). [CLIQUE AQUI](#) para pesquisar o DOI das referências citadas.

1.5.4 Idiomas: a RBMFC aceita manuscritos em *Português, Inglês ou Espanhol*.

2. ÉTICA EM PESQUISA

2.1 Princípios éticos: a pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP.

2.2 Parecer CEP: todos os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente (parecer CEP aprovado), na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica).

2.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: casos clínicos devem submeter documento suplementar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo paciente ou seu responsável legal autorizando a publicação do caso.

O Conselho Editorial da RBMFC se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

2.4 *Plágio*: significa copiar ou assinar uma obra - em partes ou totalmente reproduzida- sem dar os devidos créditos ao autor original. Considerado crime de violação de direito autoral previsto no código penal brasileiro e na lei 9610. Para evitar plágio, sugerimos aos autores que estejam atentos às recomendações a seguir:

2.4.1 Paráfrase: coloque a ideia com suas próprias palavras. Certifique-se para não copiar literalmente mais de duas palavras em uma linha do texto. Caso utilize trechos maiores é necessário colocá-los entre aspas.

2.4.2 Citação: siga as diretrizes de formatação de documentos do estilo Vancouver. Envolve a adição dos nomes dos autores e a data da publicação ou informação similar. Não citar corretamente pode constituir plágio. Ao citar uma fonte, utilize a frase exatamente como

aparece no texto original. Citações em bloco, ou seja, citações de 40 palavras ou mais, são desaconselhadas.

2.4.3 Citando citação: essa prática envolve a adição de um número de página ou um número de parágrafo, no caso de conteúdo web.

2.4.4 Auto citação: caso os autores utilizem ideias próprias, porém já publicadas anteriormente, devem se auto citar. Utilizar material já publicado sem referenciá-lo adequadamente denomina-se autoplágio.

IMPORTANTE:

- *Em caso de identificação de plágio no manuscrito, tanto por nossos avaliadores como pelos editores, a submissão será rejeitada e arquivada e os autores informados na sequência.*

2.5 A RBMFC publica *somente artigos inéditos e que não estejam sob avaliação em nenhum outro periódico científico*. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico o artigo será desconsiderado pelos editores.

3. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. SUBMISSÃO ELETRÔNICA

A submissão de artigos para a RBMFC é feita eletronicamente apenas, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmf.org.br. O

cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor correspondente deverá seguir os seguintes passos:

Passo 1. Iniciar submissão

- Selecionar a seção a que se destina o artigo de acordo com as Políticas de Seção da RBMFC;

- selecionar o idioma do artigo;
- ler e aceitar as Condições para submissão;
- ler e aceitar a Declaração de Direito Autoral.

Passo 2. Transferência do manuscrito

- Fazer *upload* do arquivo do manuscrito em formato DOC, DOCX ou ODT;
- para garantir o anonimato dos autores, esse arquivo não deve conter nome de nenhum dado que possa revelar a identidade dos autores;

- substituir palavras no texto, como nome de instituições, cidade, estado, país, local onde a pesquisa foi realizada, porXXXXXXXXXX e só devem ser reveladas pelo autor no manuscrito final após aprovação;

- remover a identificação do autor das propriedades do documento.

Passo 3. Metadados da submissão (Indexação)

- Selecionar o idioma do artigo para preencher o formulário;
- preencher todos os campos do formulário, inclusive os que não possuem asterísco (* Indica campo obrigatório) de acordo com a norma gramatical vigente. O uso de caixa alta somente para siglas;

- o sistema apresenta os dados do autor correspondente e este deve inserir os demais autores clicando em "Incluir autor", localizado antes do campo "Título";

- inserir nomes dos autores na ordem de publicação (no formato: somente iniciais maiúsculas). Exemplo: João Francisco da Silva;

- informar o e-mail individual de cada autor;
- informar ORCID. O identificador ORCID pode ser obtido no registro ORCID.

Você deve aceitar os padrões para apresentação de iD ORCID e incluir a URL completa (por exemplo: <http://orcid.org/0000-0002-1825-0097>);

- usar o campo URL para informar o Currículo Lattes;

- informar afiliações institucionais (no formato: Instituição (SIGLA). Cidade, Estado). A afiliação do autor deve incluir somente local onde o autor trabalha atualmente ou a universidade onde a pesquisa foi realizada, se o autor for aluno da pós-graduação dessa universidade;
- selecionar o País da instituição informada;
- declarar eventuais conflitos de interesses dos autores
- informar um resumo da biografia (Ex.: departamento e área). Não é necessário incluir histórico de formação do autor.
- o título completo deve ser chamativo, conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo. Evitar títulos longos e com abreviaturas.
- resumo deve ser estruturado no formato “Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão” dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com as Políticas de Seção. Devem ser evitadas abreviaturas.
- inserir assunto e palavras-chave de acordo com Descritores em Ciências da Saúde da BIREME. Use a ferramenta MeSH on Demand para identificar termos que melhor descrevem seu texto.

Passo 4. Transferência de documentos suplementares

- arquivo PDF do parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa para trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para casos clínicos;
- declaração de conflitos de interesses dos autores quando houver.

Passo 5. Confirmação da submissão

- Verifique se todos os documentos submetidos estão na lista e para finalizar clique em "Concluir submissão".

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

- 6.1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- 6.2. Redação do manuscrito ou;
- 6.3 Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas. No Passo 1 da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das Condições para Submissão.

6.4 Autores: devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

6.5 Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br “declaração de autoria e de responsabilidade”, em formato PDF, com as assinaturas digitalizadas.

7. AGRADECIMENTOS

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC a parte, que deverá ser transferido na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

8. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO MANUSCRITO

8.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pela plataforma SEER. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas na plataforma SEER.

8.2 O contato com a Secretaria Editorial da RBMFC deverá ser feito através da plataforma SEER ou pelo e-mail rbmfc@sbmfc.org.br

ARTIGO ORIGINAL**A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU (SE)****RESUMO**

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) refere-se a um conjunto de características em crianças cujas mães ingeriram bebida alcoólica durante a gestação, sendo considerada a principal causa de retardo mental identificável no mundo ocidental. Seu diagnóstico consiste na presença das alterações fenotípicas e na história de exposição pré-natal ao álcool. A falta de conhecimento sobre seu diagnóstico, pelos profissionais de saúde, restringe as oportunidades de prevenção, diagnóstico e intervenção precoces. Este trabalho tem como objetivo descrever conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde da atenção primária de Aracaju/SE, relacionadas ao consumo materno de álcool na gravidez. Foi realizado estudo descritivo, aplicando-se um questionário aos médicos da Estratégia de Saúde da Família do município de Aracaju/SE. Quanto aos conhecimentos gerais, 65,5% referiram que a SAF é identificável e 56,4% afirmam ser mais fácil reconhecê-la ao nascimento. 81,6% reconhecem as principais características desta síndrome, 76,4% afirmam sempre perguntar sobre a ingestão alcoólica e 16,4% questionam eventualmente, sendo que 3,6% registram a informação na forma de testes e 72,7% na forma de pergunta. Quanto as recomendações sobre a ingestão alcoólica na gestação, 3,6% afirmaram que a quantidade segura para o feto é desconhecida e 87,3% referem que o álcool não é seguro. Relacionado a formação acadêmica e educação continuada, 58,2% afirmam que temas sobre os efeitos do álcool foram abordados durante a graduação e 85,5% referem a não abordagem do mesmo nas formações de educação continuada oferecidas pelo município, indicando a necessidade de abordar o tema nas diferentes fases de formação.

Palavras Chave: consumo de bebidas alcoólicas, gravidez, conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

ABSTRACT

The Fetal Alcohol Syndrome (FAS) refers to a set of characteristics in children whose mothers drank alcohol during pregnancy and is considered the leading cause of identifiable mental retardation in the Western world. Its diagnosis is the presence of phenotypic changes and history of prenatal exposure to alcohol. The lack of knowledge about their diagnosis by health professionals, limits opportunities for prevention, early diagnosis and intervention. This paper aims to describe the knowledge, attitudes and practices of health professionals in primary care Aracaju/SE, related to maternal alcohol consumption during pregnancy. Descriptive study was conducted by applying a questionnaire to physicians Family Health Strategy of Aracaju/SE. As for general knowledge, 65.5% reported that the SAF is identifiable and 56.4% claim to be easier recognize it at birth. 81.6% recognize the main features of this syndrome, 76.4% say they always ask about alcoholic intake and 16.4% possibly question, and 3.6% record information in the form of tests and 72.7% as question. About the recommendations on alcoholic intake during pregnancy, 3.6% said that the safe amount to the fetus is unknown and 87.3% reported that alcohol is not safe. Related to academic training and continuing education, 58.2% say that issues about the effects of alcohol were addressed during the graduation and 85.5% refer to not approach even in continuing education training offered by the municipality, indicating the need to address the theme in different stages of training.

Keywords: alcoholic beverage consumption, pregnancy, knowledge, attitudes and health practices.

RESUMEN

El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) se refiere a un conjunto de características en los niños cuyas madres bebieron alcohol durante el embarazo, y es considerada la principal causa de retraso mental así es identificada en el mundo occidental. Su diagnóstico es la presencia de cambios fenotípicos y la historia de la exposición prenatal al alcohol. La falta de conocimiento sobre su diagnóstico por profesionales de la salud, limita las oportunidades para la prevención, el diagnóstico precoz y la intervención. Este documento tiene como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en la atención primaria de Aracaju / SE, relacionados con el consumo materno de alcohol durante el embarazo. Se llevó a cabo un estudio descriptivo mediante la resolución de un cuestionario a los médicos de familia de la ciudad de Aracaju / SE. En cuanto a sus conocimientos generales, el 65,5% de los encuestados, informaron que el SAF es identificable. El 56,4% afirman que es más fácil conocerlo al nacer, el 81,6% reconocen las principales características de este síndrome, el 76,4% dicen que siempre preguntan acerca de la ingesta alcohólica, el 16,4%, preguntan, el 3,6% registran la información en forma de pruebas y el 72,7% como cuestión. En cuanto a las recomendaciones sobre la ingesta de alcohol durante el embarazo, el 3,6% dicen que la cantidad segura para el feto es desconocida y el 87,3% reportaron que el alcohol no es seguro. En cuanto a su formación académica y su formación continua, el 58,2% dice que las cuestiones sobre los efectos del alcohol se abordaron durante la graduación, el 85,5% reconoce no ser incluida en la formación continua ofrecida por el municipio, lo que indica la necesidad de abordar el tema en diferentes etapas de la formación.

Palabras chave: El consumo de bebidas alcohólicas, embarazo, conocimientos, actitudes y práctica de salud.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) refere-se a um conjunto de características e atraso no desenvolvimento em crianças cujas mães ingeriram bebida alcoólica, tanto em moderadas quanto em grandes quantidades, durante a gestação^{1,2,3} sendo considerada a principal causa de retardo mental identificável no mundo ocidental.^{3,4} Aquelas que apresentam algumas características da síndrome, mas não possuem critérios para diagnóstico completo, encontram-se no grupo com Efeitos do Espectro do Álcool Fetal (FASD)¹. Há ainda as Desordens de Neurodesenvolvimento Relacionadas ao Álcool (ARND) – no qual estão incluídas alterações funcionais ou cognitivas relacionadas à exposição pré-natal ao álcool; entre elas estão, de forma isolada ou combinada, as dificuldades de aprendizado escolar, controle dos impulsos, memória, atenção e/ou de discernimento; e os Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool (ARBD) – que se refere às alterações físicas decorrentes da exposição pré-natal ao álcool, sendo as malformações cardíacas, ósseas, renais, das orelhas e dos olhos.⁵

A ocorrência da SAF varia conforme a população estudada. No Brasil, não há estatísticas oficiais,⁶ mas estudos pontuais sobre a síndrome e sobre a ingestão de bebidas alcoólicas por gestantes. Em São Paulo, Mesquita e Segre (2009)⁵, avaliaram 1.964 gestantes, apresentando incidência de 1,52/1.000 nascidos vivos com SAF; 38,69/1.000 nascidos vivos com FASD; 3,05/1.000 nascidos vivos com Defeitos Congênitos Relacionados ao Consumo de Álcool (ARBD) por suas genitoras e 34,11/1.000 nascidos vivos com alterações do neurodesenvolvimento, também relacionado a tal consumo. Em Ribeirão Preto, Pinheiro *et al.* (2005)⁷ evidenciaram que de 172 gestantes, 41 (9,1%) tinham consumo problemático de álcool, sendo 27 (6,0%) com diagnóstico de uso nocivo e 14 (3,1%) com dependência ao álcool, sendo que estas apresentavam mais sintomas depressivos ou ansiosos quando comparadas às que não apresentavam dependência. Concluíram que a detecção precoce do uso de álcool durante a gestação, por profissionais de saúde treinados, poderia permitir que as gestantes recebessem tratamento adequado, o que minimizaria as complicações obstétricas e promoveria uma melhor qualidade de vida à mãe e criança.

Os efeitos nocivos do álcool podem ser causados por ação direta ou por produtos da sua degradação, sendo o cérebro o órgão mais susceptível a teratogênese, a qualquer momento da gestação.^{1,2} Essas alterações levam a três características primárias: alterações faciais, restrição de crescimento pré e/ou pós-natal e evidências de alterações estruturais e/ou funcionais do sistema nervoso central (SNC), levando a anomalias faciais, restrição de crescimento,

alterações de desenvolvimento do SNC, anormalidades comportamentais inexplicáveis e defeitos congênitos⁸.

O diagnóstico da SAF consiste na presença das alterações fenotípicas e na história de exposição pré-natal ao álcool, logo ao nascimento⁶. É necessário pelo menos a presença de três alterações: retardo no crescimento (pré ou pós natal), alterações no sistema nervoso central e dismorfia facial.^{8,9,10}

O tratamento baseia-se em intervenções, a nível parental e escolar com equipe multidisciplinar o mais cedo possível^{5,8}. Para isto, o diagnóstico precoce é essencial, pois permite que as intervenções adequadas sejam realizadas de modo imediato, trazendo benefícios para a criança e para a família².

A falta de conhecimento sobre o diagnóstico e condutas em pacientes com SAF, por parte dos profissionais de saúde, restringe as oportunidades de prevenção, diagnóstico e intervenção precoces.¹¹ O objetivo deste trabalho é descrever conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde da atenção primária de Aracaju, relacionadas ao consumo materno de álcool na gravidez.

METODOLOGIA

Trata-se de trabalho do tipo descritivo, pautado em entrevistas com médicos, realizadas nas Unidades de Saúde da Família do município de Aracaju – SE e em cursos de capacitação promovidos pela Secretária Municipal de Saúde, no ano de 2015. O critério de inclusão foi o entrevistado atuar como médico de saúde da família. Foram excluídos médicos que atuassem nas unidades de saúde da família em outras especialidades (pediatras, ginecologistas e psiquiatras). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número CAAE 11642612.0.0000.5546, conforme preceitua a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.¹²

O instrumento foi formulário adaptado do estudo de Vagnarelli (2011)¹³, sendo constituído por 7 (sete) blocos, contendo estas informações: 1. identificação do profissional; 2. conhecimento dos médicos sobre hábitos de beber durante a gravidez e incidência de SAF em recém-nascidos expostos; 3. opiniões e / ou recomendações dos médicos sobre o conhecimento geral da SAF; 4. identificação dos critérios de diagnóstico SAF; 5. identificação de mulheres grávidas com risco de beber em excesso; 6. recomendações médicas sobre o uso de álcool durante a gravidez; 7. formação médica e profissional.

Para o processamento dos dados foi utilizado o EPI INFO¹⁴. A análise foi realizada através de estatísticas descritivas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 55 médicos do Programa Saúde da Família do município de Aracaju/SE (de 136 médicos vinculados ao programa); cinco médicos não aceitaram participar da pesquisa. Os entrevistados apresentavam idades entre 24 e 64 anos (média: 41,5 anos) e tempo de atuação neste programa teve variação de duas semanas a 12 anos (média: um ano). Dentre os entrevistados, 15 (27,3%) afirmaram ter realizado residência médica, sendo a mais frequente Pediatria, com cinco médicos (9,1%). Nenhum dos entrevistados relatou ter realizado mestrado ou doutorado.

Quando foram questionados sobre a ciência dos médicos sobre hábitos de beber durante a gravidez e incidência de SAF em recém-nascidos expostos o consumo de álcool pelas gestantes da área de abrangência da equipe da ESF, com relação às gestantes que consomem de forma problemática (Tablea 1), 41,8% desconhecem quantas são porque nunca calcularam, 10,9% desconhece por acreditar ser impossível de calcular e 45,5% conhecem o número (uma das áreas relatou possuir 1% de gestantes nesta situação, outra relatou 30%; as demais relataram não possuir nenhum caso). Quanto ao percentual de recém-nascidos com SAF na área adstrita, na qual 50,9% afirmaram que nunca calcularam, 1,8% afirmaram ser impossível estimar e 47,3% afirmaram conhecer o número. Também foi questionado sobre o percentual de recém-nascidos com FASD, sendo que 50,9% nunca calcularam, 1,8% afirmaram ser impossível calcular e 45,5% conhecem o número (não há casos descritos em nenhuma área).

Quanto ao conhecimento geral da SAF (Tabela 1), 65,5% os profissionais apontaram ser uma síndrome identificável disseram e 56,4% deles afirmaram que é mais fácil identificá-la ao nascimento do que na infância.

Tabela 1: Quantidade de gestantes que consomem bebida alcoólica de forma problemática nas equipes da ESF e opinião dos médicos da ESF sobre a Síndrome Alcoólica Fetal. Aracaju/SE, 2015.

Quantidade de gestantes que consomem bebida alcoólica / Característica da SAF	Número	%
Quantidade de gestantes que consomem bebida alcoólica (forma problemática)		
Desconhecido, porque nunca calculei	23	41,8
Desconhecido, porque é impossível estimar	6	10,9
Conhecido	25	45,5
Não respondeu	1	1,8
SAF é uma síndrome identificável		
Sim	36	65,5
Não	14	25,5
Não sabem	4	7,3
Não responderam	1	1,8
SAF é mais fácil de identificar ao nascimento		
Sim	23	41,8
Não	20	36,4
Não sabe	10	18,2
Não Respondeu	2	3,6
SAF é mais fácil de identificar na infância do que ao nascimento		
Sim	14	25,5
Não	31	56,4
Não sabem	8	14,5
Não responderam	2	3,6
Total	55	100

Com relação aos critérios diagnósticos da SAF (Tabela 2) 72,7% referem haver retardo no crescimento, 41,8% afirmam dismorfologia facial, 74,5% referem retardo mental; 83,6% referem anormalidades no desenvolvimento neurológico, 81,8% afirmam problemas no comportamento, 50,9% afirmam malformações cardíacas e 78,2% referem que é necessária a confirmação da exposição materna ao álcool.

Tabela 2. Identificação dos critérios diagnósticos da Síndrome Alcoólica Fetal pelos médicos da ESF em Aracaju, 2015.

Critérios	Número	%
Há retardo do crescimento		
Sim	40	72,7
Não	6	10,9
Não sabem	7	12,8
Não responderam	2	3,6
Há dismorfia facial		
Sim	23	41,8
Não	20	36,4
Não sabem	8	14,5
Não responderam	4	7,3
Há retardo mental		
Sim	41	74,5
Não	4	7,3
Não sabe	7	12,7
Não responderam	3	5,5
Há anormalidades no desenvolvimento neurológico		
Sim	46	83,6
Não	1	1,8
Não sabe	5	9,1
Não responderam	3	5,45
Há problemas de comportamento		
Sim	45	81,8
Não	2	3,6
Não sabe	5	9,1
Não responderam	3	5,5
Exposição materna ao álcool deve ser confirmada		
Sim	43	78,2
Não	3	5,5
Não sabe	6	10,8
Não responderam	3	5,5
Há malformações cardíacas		
Sim	28	50,9
Não	16	29,1
Não sabe	8	14,5
Não responderam	3	5,5
Total	55	100

Questionados sobre a identificação de mulheres grávidas com risco beber em excesso (Tabela 3), 76,4% relatam perguntar sempre sobre a ingesta e 16,4% questionam

eventualmente. Destes 3,6% registram no prontuário na forma de testes (T-ACE ou TWEAK) e 72,8% sob a forma de pergunta, 1,8% registram em ambos formatos, 18,2% não registram, 3,6% não responderam à pergunta e 5,5% não perguntam se a gestante ingere bebida alcoólica.

Tabela 3. Identificação de mulheres grávidas com risco de consumo excessivo de álcool. Aracaju, 2015.

Forma	Número	
Pergunta às mães sobre consumo de álcool		
Sempre	42	76,4
Às vezes	9	16,3
Nunca	3	5,5
Não responderam	1	1,8
Como registra as informações sobre consumo de álcool		
Sob a forma de testes (T-ACE ou TWEAK)	2	3,6
Sob a forma de pergunta e testes	1	1,8
Sob a forma de pergunta	40	72,8
Não responderam	2	3,6
Não registram	10	18,2
Total	55	100

Com relação às recomendações médicas acerca da ingesta alcoólica na gestação (Tabela 4), 3,6% afirmam que a quantidade segura para o feto é desconhecida, 87,3% referem que o álcool não é recomendado durante a gravidez, 5,5% responderam que realizam outras recomendações ou não faz qualquer recomendação e 3,6% recomendam as gestantes que ingerir bebidas alcoólicas não é bom para o bebê.

Tabela 4. Conhecimentos dos profissionais acerca das recomendações médicas sobre o uso de álcool na gravidez. Aracaju, 2015

Recomendações	Número	%
Quantidade de álcool segura para o feto é desconhecida	2	3,6
Quantidade desconhecida/o álcool não é recomendado na gestação	1	1,8
O álcool não é recomendado na gestação	48	87,3
O álcool não é recomendado no primeiro trimestre	-	-
Um copo de vinho ou cerveja, ocasionalmente, não é motivo de preocupação	-	-
Outras	3	5,5
Não responderam	1	1,8
Total	55	100

Finalmente, perguntou-se a formação acadêmica e a educação continuada (Tabela 5) e 58,2% afirmaram que temas sobre os efeitos do uso do álcool durante a gestação foram abordados durante a graduação, porém 47,3% relatam que o assunto não foi abordado com profundidade e 41,8% não responderam. Quanto à educação continuada, 85,5% referem que o assunto não foi abordado entre os temas ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 5. Informações recebidas sobre Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) durante as formações acadêmica e profissional. Aracaju, 2015.

Formação	Número	%
Acadêmica		
Recebeu informações sobre SAF na Formação Acadêmica		
Sim	32	58,1
Não	22	40,0
Não sabe	1	1,8
O tema foi abordado com profundidade		
Sim	5	9,1
Não	26	47,3
Não respondeu	23	41,8
Não sabe	1	1,8
Profissional		
Recebeu informações sobre SAF nos Cursos de Atualização da ESF		
Sim	8	14,5
Não	47	85,5
O tema foi abordado com profundidade		
Sim	3	5,5
Não	5	9,1
Não respondeu	47	85,5
Total	55	100

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que, entre os profissionais estudados, 65,5% referem que a SAF é uma síndrome identificável e 25,5% afirmam que é mais fácil identificá-la na infância, sendo o primeiro dado abaixo do encontrado por Vagnarelli¹², cujo estudo mostrou que mais de 90%, tanto de médicos espanhóis quanto italianos afirmam que se trata de uma síndrome identificável ao passo que o segundo dado coincide com os resultados do mesmo estudo quando comparado a opinião dos médicos italianos (26,4%), mas abaixo do valor referente aos médicos espanhóis (64%). Cerca de 81,6% dos médicos reconheceram as principais características da síndrome alcoólica fetal (retardo mental, atraso no crescimento e problemas

de comportamento), estando levemente abaixo do percentual encontrado por Wedding *et al*¹⁵, (90%), que entrevistaram psicólogos norte americanos, e por Mengel *et al*¹⁶ (92%), cujo estudo avaliou médicos de família (também norte americanos), ao passo que discorda com o encontrado por Elliott *et al*¹³(18,9%) e Payne *et al*¹⁷ (12%), em estudos no quais foram avaliados profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) australianos. Embora nem sempre sejam de fácil identificação ao nascimento (por não estarem presentes ou não serem evidentes logo ao nascimento), reconhecer tais características é importante para o diagnóstico da SAF; tendo em vista que 18,4% dos médicos não reconheceram-nas traz um alerta sobre possíveis diagnósticos que não estão sendo realizados e, conseqüentemente, crianças estão sem receber o tratamento adequado para seu caso.

O número de profissionais que referem realizar investigação sobre consumo de álcool pelas gestantes é significativamente maior no presente estudo do que foi encontrado por Elliot *et al*¹¹ e Payne *et al* (2005)¹⁷ e semelhante ao encontrado por Vagnarelli *et al*¹². Contudo, é de menor porcentagem do que o relatado por Payne *et al*¹⁸ ao avaliar parteiras australianas; destas, 93,2% questionam as parturientes sobre o referido hábito. O método para obter este dado sobre a gestante é similar entre os médicos avaliados aqui e as parteiras australianas – quase a totalidade de entrevistados utilizam uma conversa informal, sendo minoria aqueles que utilizam formulário ou outra ferramenta específica para tal (o mesmo também foi observado por Vagnarelli *et al*¹²), diminuindo a acurácia da informação obtida, pois muitas pacientes apresentam dificuldades para admitir o uso dessa substância⁹. Ainda nesse estudo, Payne *et al* verificou que 13,1% das parteiras acreditavam que perguntar sobre o consumo de álcool poderia interferir em sua relação com as gestantes e a metade temia que tal investigação deixasse as pacientes aflitas. Este dado não foi analisado nesta pesquisa, sendo interessante que estudos futuros avaliem essa preocupação com a relação médico-paciente em detrimento de determinadas investigações e sua possível relação com realizar ou não tais questionamentos.

O diagnóstico da SAF, que consiste em, além das alterações fenotípicas já citadas, no histórico de exposição intra útero ao álcool, sendo, por isso, o registro em prontuário do consumo materno da ingesta alcoólica imprescindível para auxiliar no diagnóstico e conduta com o recém-nascido.^{5,19} Ao pesquisar tais registros, Stoler e Holmes²⁰ identificaram falhas nos registros a cerca do consumo (com baixos índices de registros). Tal dado diverge do presente estudo, no qual apenas 18,2% refere não realizar registro em prontuário; os demais

relatam realizá-lo na forma de pergunta, questionário/ferramenta específica, ou ainda, em ambos formatos.

A prevenção primária da SAF consiste em abstinência total ao álcool pela gestante, uma vez que não existe quantidade segura para sua ingestão, visto que o álcool atravessa a barreira placentária e é prejudicial ao desenvolvimento do embrião/feto em qualquer fase da gestação.^{2,9,21} Quanto a esta recomendação, a quantidade de médicos que a fazem para suas pacientes está abaixo do encontrado nos trabalhos de Payne *et al*, tanto com relação a profissionais de saúde¹⁷ quanto às parteiras¹⁸ e é o dobro do encontrado por Elliott *et al*¹³. Há uma possível relação destes dados com a pouca orientação que estes profissionais receberam durante sua formação profissional. Outro estudo de Payne *et al*²² corrobora esta relação ao identificar que, após o fornecimento de materiais informativos sobre SAF e seus espectros, houve aumento no número de profissionais da saúde que recomendavam a abstinência alcoólica, salientando a importância de abordar este assunto durante a formação médica.

Com relação à instrução, pouco mais da metade afirma ter adquirido informações teóricas em sua formação acadêmica sobre a síndrome alcoólica fetal (58,2%) e a maior parte dos entrevistados referiram que o assunto não é abordado nas formações continuadas. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Wedding *et al*¹⁵, e Mengel *et al*.¹⁶ Zoorob *et al*²³ observaram que dois terços dos programas de residência médica em Medicina da Família nos Estados Unidos não abordam a síndrome e seus espectros, embora considerassem necessária a abordagem sobre o tema. Isto corrobora a análise realizada por Soares *et al*²⁴, em revisão de literatura acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista, que existe necessidade de maior atenção ao tema, posto que as atitudes e conhecimentos influenciam diretamente na qualidade de atenção dos profissionais de saúde e que estes devem estar preparados para atender essa demanda, uma vez que se trata de problema de saúde pública mundial. Contudo, Gahagan *et al*,²⁵ cujo estudo avaliou pediatras e residentes em pediatria nos Estados Unidos observando que estes conhecem sobre a síndrome, mas não se sentem treinados para integrar o diagnóstico ou a prevenção na sua prática diária; em outro estudo, Vagnarelli *et al*¹² encontrou resultados semelhantes ao estudar o assunto com médicos italianos e espanhóis: 55% dos médicos espanhóis e 56% dos pediatras e 64% dos neonatologistas italianos relatam que seu treinamento a cerca do diagnóstico e manejo de crianças com SAF foi inadequado, ressaltando que a abordagem deve ser adequada para que os profissionais sintam-se capacitados para o diagnóstico e acompanhamento das crianças com SAF.

CONCLUSÃO

Embora a quantidade de médicos que reconheçam as principais características da SAF, registrem a informação em prontuário e reconheçam que o álcool não deve ser consumido na gestação seja considerável, foi observado que ainda há profissionais que desconhecem tais informações, bem como um número pequeno utiliza ferramentas adequadas para identificar gestantes de risco. Visto a colocação que a patologia é pouco abordada durante a graduação e, principalmente, nas formações continuadas, ressalta-se a importância da abordagem deste tema nas diferentes fases de formação, para que a prevenção e/ou abordagem terapêutica adequada seja realizada precocemente, na unidade de saúde da família – principal acesso da população aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Momino W, Sanseverino MT, Schüller-Faccini L. Prenatal Alcohol Exposure as a Risk Factor for Dysfunctional Behaviors: the role of the pediatrician. J. Pediatría, 2008; 84(4 Suppl): S76-79.
2. Morbeck-Santos PI, Cazenave S. O Consumo de Bebidas Alcoólicas na Gestação e a Síndrome Alcoólica Fetal. Rev Acadêmica Oswaldo Cruz [on line], 2014, 1(2) [Acesso em 05 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Patr%C3%ADcia%20Inoc%C3%AAncio%20Morbeck-Santos.pdf>.
3. Beherman RE, Jenson HB, Kliegman R. Nelson: Tratado de Pediatria. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Parte XI: O feto e o recém-nascido; 780-782.
4. Tremblay RE, Boivin M, Peters RD eV, eds. Síndrome alcoólica fetal - Síntese. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012. . [Acesso em 20 de fevereiro de 2015]. Disponível em: http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/sintese-sindrome_alcoolica_fetal.pdf

5. Mesquita MA, Segre CAM. Frequência dos Efeitos do Álcool no Feto e Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas pelas Gestantes de Maternidade Pública da Cidade de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2009; 19(1): 63-77.
6. Segre CAM. Síndrome Alcoólica Fetal. *Rev Bras Medicina* [on line], 2012. [Acesso em 28 de fevereiro de 2015.] Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5091.
7. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev saúde pública* 2005 39(04): 593-8.
8. Segre CAM (coordenadora). Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.
9. (SBIBHAE) Sociedade Beneficente Israelita Brasileira – Hospital Albert Einstein. Site: álcool e drogas sem distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein, 2015. [Acesso em 06 de março de 2015].
10. Centers for Disease Control and Prevention; National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; Department of Health and Human Services. Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis. EUA: julho, 2004.
11. Elliott EJ, Payne J, Haan E, Bower C. Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: a survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *J Paediatr Child Health*, 2006; 42(11):698-703.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
13. Vagnarelli F, Palmi I, García-Algar O, Falcon M, Memo L, Tarani L, Spoletini R, Pacifici R, Mortali C, Pierantozzi A, Pichini S. A Survey of Italian and Spanish Neonatologists and

Paediatricians Regarding Awareness of the Diagnosis of FAS and FASD and Maternal Ethanol use During Pregnancy BMC Pediatr. 2011; 11: 51.

14. Epi Info™ 7 [internet]. Version 7.1.5. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [acesso em 18 mai 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>

15. Wedding D, Kohout J, Mengel MB, *et al.* Psychologists' Knowledge and Attitudes About Fetal Alcohol Syndrome, Fetal Alcohol Spectrum Disorders, and Alcohol Use During Pregnancy. Professional Psychology: Research and Practice, 2007, 38(2): 208–213

16. Mengel M, Ulione M, Cook K *et al.* Midwest Family Physician's Knowledge and Attitudes About FAS, FASD and Alcohol During Pregnancy. JFAS Int, 2006; 4:e7.

17. Payne J; Elliott E, D'Antonie H *et al.* Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. Aust N Z J Public Health. 2005; 29(6):558-64.

18. Payne J, Watkins RE, Jones HM *et al.* Midwives Knowledge, Attitudes and Practice About Alcohol Exposure and the Risk of Fetal Alcohol Spectrum Disorder [on line]. [Acesso em 12 agosto de 2015]. Disponível em: bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s128840140377z

19. Jones KL. Early Recognition of Prenatal Alcohol Effects: a pediatrician's responsibility. Journal of Pediatrics, 1999; 135(4):405-406.

20. Stoler JM, Holmes LB. Under Recognition of Prenatal Alcohol Effects in Infants of Know Alcohol Abusing Women. Journal of Pediatrics, 1999; 135(4): 430-436.

21. Ethen MK, Ramadhani TA, Scheuerle AE, Canfield MA, Wyszinski DF, Druschel CM, Romitti PA. Alcohol Consumption by Women Before and During Pregnancy. Matern Child Health J. 2009; 13(2): 274-285

22. Payne J, France K, Henley N *et al.* Changes in health professionals' knowledge, attitudes and practice following provision of educational resources about prevention of prenatal alcohol

exposure and fetal alcohol spectrum disorder. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2011; 25(4): 316–327.

23. Zoorob R, Aliyu MH, Hayes C. Fetal alcohol syndrome: knowledge and attitudes of family medicine clerkship and residency directors. *Alcohol*. 2010 Jun; 44(4): 379-85.

24. Soares J, Vargas D, Oliveira MAF. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [on line] 2011;7(1):45-52. [Acesso em 05 janeiro de 2015] Disponível em: www.eerp.usp.br/respmad.

25. Gahagan S, Sharpe TT, Brimacombe M, Fry-Johnson Y, Levine R, Mengel M, O'Connor M, Blair P, Adubato S, Benneman G. Pediatricians Knowledge, Training and Experience in the Care of Children with Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics*, 2006; 118(3): 657-668.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A síndrome alcoólica fetal: atitudes conhecimentos dos médicos de saúde da família em
Aracaju (Se)
Confidencial

Bloco 1. Identificação do profissional

- a) Nome (anote somente o primeiro nome) _____
- b) Sexo () M () F
- c) Idade (anos) _____
- d) Residência médica sim () não ()
- e) Se sim em que área: _____
- f) Outra residência ou área de atuação: _____
- g) Mestrado sim () não ()
- h) Se sim em que área: _____
- i) Doutorado sim () não ()
- j) Se sim em que área: _____
- k) Tempo que trabalha na ESF: _____
- l) Tempo que trabalha nesta equipe: _____

Bloco 2. Ciência sobre hábitos de beber durante a gravidez e incidência de SAF em recém-nascidos expostos

- 1) Na sua área, qual é o percentual de mulheres grávidas que consomem etanol em qualquer momento é:
 - a) Desconhecido, porque nunca calculei
 - b) Desconhecido, porque é impossível estimar
 - c) Conhecido número: _____

2)Na sua área, qual é o percentual de mulheres grávidas que consomem etanol diariamente é

- a)Desconhecido, porque nunca calculei
- b)Desconhecido, porque é impossível estimar
- c)Conhecido número: _____

3)Na sua área, qual é o percentual de mulheres grávidas consomem etanol problemáticamente é:

- a)Desconhecido, porque nunca calculei
- b)Desconhecido, porque é impossível estimar
- c)Conhecido número: _____

4)Na sua área, qual é o percentual de Recém-nascidos com SAF é:

- a)Desconhecido, porque nunca calculei
- b)Desconhecido, porque impossível estimar através de biomarcadores
- c)Conhecido número: _____

5)Na sua área, qual é o prcentual de Recém-nascidos com FASD é

- a)Desconhecido, porque nunca calculei
- b)Desconhecido, porque impossível estimar através de biomarcadores
- c)Conhecido número: _____

Bloco 3. Opiniões e / ou recomendações sobre o conhecimento geral da SAF e FASD

- a)SAF é uma síndrome identificável: sim () não ()
- b)SAF é mais fácil de identificar durante infância do que no nascimento: sim () não ()
- c)FASd é mais fácil de identificar durante a infância do que no nascimento: sim () não ()
- d)Fazendo o diagnóstico precoce pode melhorar o resultado: sim () não ()
- e)Anormalidades morfológicas alteradas são permanentes: sim () não ()
- f) SAF é subdiagnosticada: sim () não ()

Bloco 4 Identificação dos critérios de diagnóstico SAF

1. Retardo do crescimento: sim () não ()
2. SNC: anormalidades do desenvolvimento neurológico: sim () não ()
3. Dismorfologia facial: sim () não ()
4. Os problemas de comportamento: sim () não ()
5. Malformações cardíacas: sim () não ()
6. Retardo mental: sim () não ()
7. Exposição materna ao álcool confirmada: sim () não ()

Bloco 5 Identificação de mulheres grávidas com risco beber em excesso

- 1) Na sua prática diária: pergunta as mães sobre o consumo de álcool durante a gravidez :
 - a) Sempre
 - b) Nunca
 - c) às vezes
- 2) Você faz registro das informações sobre o consumo de álcool?
 - a) Sem informações
 - b) Informações estão registradas sob a forma de pergunta
 - c) Informações estão registradas sob a forma de testes, como por exemplo o T-ACE ou o TWEAK.
- 3) Como você faz a identificação de mulheres em risco
 - a) História clínica
 - b) Questionário de auto-relato
 - c) Exame na mãe. Quais: _____
 - d) Exames no recém-nascido. Quais: _____
 - e) Nenhuma das anteriores
 - f) Todas as anteriores

Bloco 6. Quais as recomendações médicas sobre o uso de álcool durante a gravidez:

- a) A quantidade de álcool considerada segura para o feto é desconhecida
- b) O álcool não é recomendado durante a gravidez
- c) O álcool não é recomendado no primeiro trimestre
- d) Um copo de vinho ou cerveja, ocasionalmente, não deve ser motivo de preocupação
- e) Outras: _____

Bloco 7. Questões sobre a formação acadêmica e profissional :

1. Na sua formação acadêmica você obteve informações sobre os efeitos do uso do álcool durante a gestação?
sim () não ()
2. Se sim, o assunto foi abordado com profundidade? sim () não ()
3. Nos cursos ministrados à ESF você obteve informações sobre os efeitos do uso do álcool durante a gestação?
sim () não ()
4. 4. Se sim, o assunto foi abordado com profundidade? sim () não ()

Entrevistador:

Nome: _____ data: _____

Unidade _____ de _____ Saúde _____ da

Família: _____