

## **A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL EM CONTEXTO ESCOLAR**

Elisabete Ribeiro, Filomena Ermida da Ponte & Beatriz Araújo

(Universidade Católica Portuguesa)

**RESUMO:** A presente investigação, pretende ultrapassar a mera descrição de algumas dimensões e assumir uma postura crítica face à inclusão escolar das crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), nomeadamente, com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), no contexto do actual Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro. O consumo de álcool durante a gravidez é, por vezes mais frequente do que o desejável, dados os efeitos teratogénicos desta substância ao nível da organogénese, nomeadamente, no que concerne ao desenvolvimento cerebral. Afectado este órgão na sua formação intra-uterina, algumas consequências são as dificuldades cognitivo-intelectuais, os problemas de aprendizagem e, acima de tudo a dificuldade em manter a concentração e em ajustar o comportamento, aproximando esta síndrome do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH). A nossa investigação consiste num estudo de caso de um rapaz com 12 anos que apresenta SAF. O aluno encontra-se numa turma do ensino regular. Os participantes foram a irmã mais velha (parentificação), e uma equipe multidisciplinar. Os resultados apontam para o déficit de atenção, as dificuldades cognitivas e a dificuldade de auto-controlo e regulação comportamental.

### **Introdução**

O tema em estudo, A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), é uma matéria de emergência recente. É da consciência pública e consensual, que em muitos países o consumo de álcool é excessivo e a população, em geral, não parece estar convenientemente sensibilizada e informada quanto à complexidade e gravidade da situação. Assim, a necessidade dum abordagem científica à problemática é crucial para o desenvolvimento de acções de prevenção e da inerente intervenção. De acordo com a diversidade de advertências, a Síndrome Alcoólica Fetal é conjurada como uma problemática que implica a total abstinência ao álcool durante o período de gravidez.

Além da necessidade de informação de carácter preventivo, enérgica e continuada, sobre os malefícios do álcool durante a gravidez é igualmente importante realçar a necessidade de acompanhar as mulheres que têm dificuldade em lidar com a ausência de bebidas alcoólicas durante a gravidez. Durante as últimas quatro décadas subsistiu grande preocupação em pesquisar o aspecto tóxico da ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de gestação e o efeito deste

sobre o desenvolvimento do feto/embrião e posteriormente, da criança e do adulto, sendo absolutamente necessário enfatizar os resultados conseguidos.

Introduzimo-nos no tema salientando as seguintes questões: Como pode uma mãe dependente do álcool atender às necessidades específicas de uma criança, ela própria “intoxicada”? Como ajudar um filho a descobrir a sua autonomia e independência quando a própria mãe se encontra constantemente preocupada com a sua dependência?

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) caracteriza-se por uma grande perturbação do cérebro (SNC) e outros órgãos, além de dismorfias craniofaciais particulares. “A SAF constitui uma entidade clínica curiosa, de certa maneira há muito tempo conhecida, mas ao mesmo tempo, pouco reconhecida por grande parte dos profissionais da saúde pública e do público em geral, ainda nos dias de hoje. A SAF é consequência da acção teratológica tóxico-metabólica do álcool sobre o embrião ou feto em decorrência da ingestão de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gravidez” (Lima, 2008, p. 4).

O álcool ingerido pela mulher grávida entra na corrente sanguínea materna e através do cordão umbilical, em poucos minutos, alcança o sangue do feto/embrião dentro do útero. Portanto, o feto recebe o álcool ingerido pela mãe directamente pelo sangue e não apresenta nenhuma protecção contra a acção negativa da substância consumida. “A Síndrome Alcoólica Fetal é uma condição comum e previsível, mas muitas vezes negligenciada, apesar de o diagnóstico ser relativamente fácil” (Lima, 2008).

Segundo Guimarães, Teixeira, Guimarães, Mateus, Ruivo e Santos (1995) o quadro clínico da SAF caracteriza-se, fundamentalmente, por Dismorfia craniofacial; Atraso estatura-ponderal; Alterações neurológicas, coexistindo muitas vezes com diversas anomalias. Os mesmos autores são da opinião de que no período neo-natal cerca de 1/3 dos recém-nascidos são de pré-termo e raramente o índice de *Apgar* é normal, sendo também frequentes as reacções metabólicas como a hipoglicemia, hipocalcemia e icterícia. Neste período também aparece, muito frequentemente, nos recém-nascidos a Síndrome de Abstinência Alcoólica. Apresentamos (Quadro I) as principais características da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

Quadro I -Principais características da Síndrome de Abstinência Alcoólica

<b>Neurológicos</b>	Agitação, tremores, alterações do sono, convulsões, irritabilidade, hipertonicidade, hiperactividade, clonus.
<b>Gastrointestinais</b>	Alterações de sucção, vómitos, diarreia, distensão abdominal.
<b>Respiratórios</b>	Movimentos respiratórios rápidos, depressão, dificuldades respiratórias.
<b>Autónomos</b>	Choros de alta tonalidade, espasmos frequentes, febre, alterações cutâneas, bocejos excessivos, rinorreia.

O atraso estatura-ponderal é outro elemento fundamental da SAF, tendo 80% dos recém- nascidos pouco peso para a idade de gestação ou vindo a tê-lo no período de lactente. Para os mesmos autores a dismorfia craniofacial é a mais significativa e muito sugestiva para o diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal. A microcefalia e o atraso psicomotor são encontrados, respectivamente em 94% e 89% das crianças e o Q.I. será tanto mais baixo quanto mais nítido for o nanismo e a dismorfia craniofacial. As malformações associadas à Síndrome Alcoólica Fetal variam entre 10% e 50%, podendo atingir qualquer aparelho ou sistema (Quadro II).

Quadro II - Malformações associadas à Síndrome Alcoólica Fetal

<b>Cardíacas</b>	Cardiopatias congénitas
<b>Geniturinárias</b>	Hipoplasias dos grandes lábios, vagina dupla, hipertrofia do clítoris, displasias renais, uropatias malformativas, rim em ferradura, hipospádias.
<b>Esqueléticas</b>	Tórax em quilha, escoliose, luxação da anca, sinostose rádio-cubal, aspecto em fuso dos dedos da mão, braquidactília do dedo mínimo da mão, macrodactília do dedo do pé.
<b>Cutâneas</b>	Hipoplasia das unhas, angiomas, implantação anormal do cabelo.

Lima (2008), refere que o quadro clínico da SAF é caracterizado por algumas manifestações relacionadas com as malformações sobre os órgãos do embrião/feto. A acção do álcool durante a gravidez compromete diversos órgãos, porém, o cérebro, o coração e os rins são os mais atingidos. A acção tóxica do álcool actua como factor inibidor do desenvolvimento, levando, em geral, ao nascimento de crianças com baixo peso e baixa estatura (PIG).

“Diversos autores, consoante a descrição clássica da SAF, como a apresentada por Lemoine, Jones e outros, acentuam-se pela tríade microcefalia-dismorfias faciais-déficé neurocognitivo” (Lima, 2008, p.19). O *facies* pode apresentar as seguintes características: cara pequena, olhos pequenos e apertados, nariz achatado na base, lábio superior fino e com sulco nasolabial ausente, baixa estatura e baixo peso.

As manifestações ao nível cognitivo e comportamental são variáveis e estão sempre presentes. Os sinais e sintomas relacionados com outros órgãos, tais como o coração e rins, manifestam-se de acordo com a localização orgânica e a intensidade do defeito morfológico, dependendo da fase de gravidez em que ocorreu a ingestão de bebidas alcoólicas. Para melhor compreensão, no quadro III, estabelecemos uma relação entre o órgão e as manifestações clínicas da SAF (Lima, 2008).

Quadro III - Relação entre o órgão e as manifestações clínicas da SAF

<b>Órgão/Sistema</b>	<b>Manifestações clínicas (Sinais e Sintomas)</b>
<b>Sistema Nervoso Central (SNC) / Cérebro</b>	Microcefalia; Atraso mental; Défice neurocognitivo; Atraso de desenvolvimento psicomotor; Distúrbios de comportamento; Défice de atenção com ou sem hiperactividade.
<b>Sistema Cardiovascular/Coração</b>	Malformação cardíaca (persistência de comunicação, tetralogia de Fallot, etc); Hemangiomas; Dextrocardia.
<b>Aparelho Urinário</b>	Rins em ferradura; Disgenesia urovesical; Hipotrofia dos rins; Fístula vesical; Megaureter, etc.
<b>Aparelho esquelético</b>	Sinostoses; Hipotrofia óssea; Fibroses congénitas; Espinha bífida; Encefalocele; Mielocele; Escoliose; Hemivértebra, etc.
<b>Malformações faciais</b>	Microcefalia (fáceis pequena); microftalmia; Base do nariz achatada; Baixa implantação das orelhas; Ausência do sulco nasolabial (philtrum); Lábio leporino, etc.
<b>Sistema Visual</b>	Estrabismo; Microftalmia; Ptose; Blefarofimose; Catarata; Diminuição de acuidade visual, etc.
<b>Aparelho auditivo</b>	Défice de audição (neurológica ou óssea); Otites recorrentes; Orelhas pequenas e mal implantadas, etc.

As manifestações clínicas decorrentes do processo patológico da acção do álcool sobre a estrutura orgânica em desenvolvimento (feto ou embrião) e dependendo ainda de outros factores, podem variar desde as lesões mais graves, como o aborto, até lesões mais discretas, de pouca ou nenhuma expressão clínica, ou seja, crianças que não apresentam nenhum sinal ou sintoma ao nascer ou no decorrer do seu desenvolvimento até à fase adulta. Nesta situação, e actuando o álcool no órgão mais vulnerável, que é o cérebro, é importante atender ao facto de existirem crianças cujas mães beberam de modo eventual e socialmente, que não apresentam manifestações características da Síndrome Alcoólica Fetal, mas que apresentam uma discreta perturbação funcional, principalmente de relação neurocognitiva-comportamental.

Estas crianças não apresentam manifestações clínicas ou morfológicas assinaláveis nos exames médicos, mas deve ser considerada a história clínica, que

evidencia o consumo de álcool durante a gravidez. Este dado permite estabelecer uma possível relação entre distúrbios neurocognitivos leves, podendo variar em formas como: défice de atenção, agitação, dificuldades de aprendizagem, dislexias, dificuldades de relacionamento social, distúrbios do sono e perturbação cerebral (Lima, 2008). De acordo com o autor, podemos propor a classificação clínica da SAF, referida no seguinte quadro, e que “abarca três formas básicas: SAF Leve, SAF Moderada e SAF Grave”. A SAF é referenciada por um conjunto alargado e diferenciado de características, contudo esta classificação demonstra melhor a relação clínico-patológica (Quadro IV).

Quadro IV - Classificação clínica da SAF- Relação clínico-patológica

<b>Formas clínicas (de acordo com a gravidade)</b>	<b>Manifestações Clínicas e Alterações</b>
<b>Formas graves</b>	Aborto (feto inviável); Morte Pré-natal
<b>Formas Moderadas (formas clássicas)</b>	Microcefalias; Dismorfias craniofaciais ( <i>facies</i> típica); Baixa estatura e baixo peso ao nascer (PIG); Atraso mental/défice neurocognitivo; Distúrbios comportamentais; Malformações congénitas de outros órgãos (coração, rins, ossos, articulações, etc.)
<b>Formas leves</b>	Ausência ou presença discreta de características morfológicas (aparência sem alterações), que desaparecem com o desenvolvimento orgânico; Funções neurocognitivas com défices discretos e/ou que surgem no período escolar: défice de atenção, hiperactividade; Distúrbios de comportamento mais evidentes na fase escolar e na adolescência (agitação agressividade ou comportamento passivo, conduta anti-social, dificuldade de relacionamento pessoal e de grupo, imaturidade) Maior vulnerabilidade para o uso de álcool e de outras drogas; QI: Levemente abaixo do normal com dificuldades no rendimento escolar ou dentro dos limites de normalidade.

Os exames complementares neuropsicológicos e de imagem ajudam na identificação e avaliação das alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos afectados (cérebro, rins e coração). Assim, o diagnóstico da SAF é altamente clínico, embora os exames complementares contribuam para um melhor esclarecimento do diagnóstico. As formas mais comuns (forma moderada) são mais facilmente identificadas pois apresentam características morfológicas visíveis. As formas leves ou subclínicas são de

diagnóstico mais difícil pois ou não apresentam as características morfológicas ou fazem-no muito discretamente. Assim, embora esta forma ainda não seja alvo de grande atenção, alguns autores (Lima, 2008) estão a dar mais importância a estas situações e mostram a necessidade de identificar esses quadros no dia-a-dia. O diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal (Lima, 2008), apoiado em exames complementares pode fornecer dados relevantes quanto ao grau e extensão da limitação orgânica e compreende os seguintes procedimentos: TC de Crânio ou RNM de crânio com estudo funcional (exames de neuroimagem); EEG; Testes neurocognitivos; Avaliação psicopedagógica (desempenho escolar); Outros testes ou exames, de acordo com as necessidades clínicas (testes de audição, testes de visão, etc.).

“O exame realizado por meio de neuroimagem cerebral é um dos melhores recursos para identificar alterações estruturais tais como, hipotrofia dos hemisférios cerebrais e do cerebelo, diminuição do volume do tálamo, dismorfias ou hipotrofia do corpo caloso, etc.” (Lima, 2008, p. 24). Estes exames não permitem evidenciar as formas leves da SAF, mas o álcool ao actuar em fases de diferenciação celular, migração neuronal e integração dos circuitos primordiais do cérebro intra-útero, provoca pequenas alterações não evidenciadas pelos exames, mas que irão expressar-se durante a infância ou na adolescência mediante sintomas ou distúrbios neuropsicológicos ou comportamentais, sendo possível e aplicável a alguns casos de défice de atenção/hiperactividade (TDA/H). Em geral, no EEG de casos leves da SAF, bem como de pacientes com TDA/H, as alterações do traçado são inespecíficas e difusas. A avaliação psicopedagógica deve ser incluída no diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal, com o objectivo de obter um melhor diagnóstico, mas também para a elaboração de estratégias pedagógicas. O desempenho nas actividades escolares é uma forma de avaliar as dificuldades e/ou habilidades da criança com Síndrome Alcoólica Fetal e melhor planificar o desenrolar do seu processo de ensino-aprendizagem.

A presente investigação pretende posicionar-se criticamente relativamente à inclusão de crianças com NEE nas escolas, ditas, regulares. Esta postura crítica não incide numa oposição à inclusão, mas numa reflexão profunda das mudanças que se torna necessário operar para que a inclusão se torne uma realidade. Seleccionamos, com este intuito, uma criança com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) inserida num ambiente familiar hostil, humilhante e desintegrador em termos psicológicos. Assim delineamos

os objectivos do nosso estudo que passamos a apresentar: (i) Compreender e investigar os factores e causas subjacentes à criança com Síndrome Alcoólica Fetal; (ii) Analisar a relação que a criança com Síndrome Alcoólica Fetal estabelece com os professores e colegas de turma; (iii) Saber quais as rotinas da criança com Síndrome Alcoólica Fetal nos contextos escolar/meio envolvente; (iv) Valorizar a inclusão da criança com Síndrome Alcoólica Fetal em contexto escolar; e, (iv) Aprofundar os conhecimentos sobre as capacidades que uma criança com Síndrome Alcoólica Fetal apresenta em contexto escolar.

### **Método**

Como facilmente se depreende, tratando-se de um tema pouco divulgado, tende a ultrapassar muitas dificuldades emergindo alguma susceptibilidade e fragilidades. Dado que se trata dum caso particular, o método utilizado será o qualitativo, uma vez que dá particular atenção aos casos singulares, privilegiando operações que não impliquem quantificações. Optamos por abordar o método qualitativo através da entrevista semi-estruturada. Esta permite fazer uma análise intensiva, porque se trata de um estudo em profundidade de uma situação concreta - A criança com Síndrome Alcoólica Fetal em contexto escolar. Assim, chegado o momento, questionamo-nos sobre o que necessitamos de saber e o porquê saber, para que seja realizada uma boa avaliação e se opte pela melhor forma de recolher a informação fundamental e a mais pertinente, para a situação que se pretende analisar. Contudo, antes de mais, é necessário (re) conhecer empiricamente o processo de resolução do problema, de modo a possibilitar, num momento posterior, o planeamento de estratégias de sensibilização, de prevenção e de intervenção, de forma a contribuir, numa perspectiva de futuro, para a minimização das consequências desta problemática e a melhorar as condições de vida destas crianças, particularmente em contexto escolar. A recolha de informação fidedigna e relevante é essencial, e implica uma selecção adequada de métodos e técnicas. Esta depende da natureza do objecto de investigação sobre o qual se vai intervir, dos recursos disponíveis (económicos, humanos, informações, prazos, etc.), bem como, da abrangência do estudo e do envolvimento do próprio investigador.

#### *Participantes*

O estudo visa a observação da Síndrome Alcoólica Fetal em Contexto escolar. Pretende-se realizar este estudo de caso, ou seja, o estudo desenvolvimental de uma criança com Síndrome Alcoólica Fetal em contexto escolar, integrada numa turma regular de uma escola do concelho de Vila verde. Esta criança é do sexo masculino, tem 12 anos de idade e de nível sócio económico médio-baixo. O aluno encontra-se numa turma do ensino regular.

Os participantes, informantes imprescindíveis à realização deste estudo são: a irmã mais velha (por parentificação) que assume o papel dos pais; professores do ensino regular, professor do ensino especial e psicóloga. Mais especificamente, do grupo de docentes do Ensino regular fazem parte: um professor de CAIP de Natação, um professor de CAIP de Música, um professor de CAIP de Artes, um professor de Educação Visual e Tecnológica, um professor de Língua Inglesa, um professor de Educação Física e, em simultâneo de Formação Cívica, um professor de Área Projecto e, em simultâneo de Estudo Acompanhado, um professor de Matemática e, em simultâneo de Ciências da Natureza, um professor de Português e um professor de Educação Moral e Religiosa. no inquérito por questionário administrado. A irmã do aluno considerado para o estudo de caso é trabalhadora no sector de restauração.

### *Instrumentos*

Optamos por abordar o método qualitativo através da técnica da entrevista semi-estruturada. O entrevistador faz sempre certas perguntas capitais, mas é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões geradoras em busca de mais informação, existindo também a possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e receptibilidade do entrevistado. A entrevista foi realizada à irmã do aluno, sua encarregada de educação, que assume desde o seu nascimento o papel dos pais (parentificação).

Os questionários deste estudo qualitativo foram realizados à equipa multidisciplinar (professores do ensino regular, professor do ensino especial e psicóloga) que intervêm no processo ensino-aprendizagem, em contexto escolar do aluno. Além disso, foi realizada a observação directa e participante do investigador (registos de observação) em vários momentos e actividades diversificadas (rotinas de

sala de aula, actividades lúdicas e competências sociais) da criança com SAF em contexto escolar, informação considerada de grande relevância.

### *Procedimentos*

Para operacionalizar este estudo procedeu-se a um pedido de autorização por parte do conselho executivo da escola frequentada pelo aluno com Síndrome Alcoólica Fetal. Depois de formulado o pedido de autorização ao encarregado de educação do aluno participante neste estudo e aos respectivos professores, foi definida, previamente a calendarização da observação do aluno em contexto escolar e da realização das entrevistas.

### **Resultados**

Os resultados obtidos através das três fontes: a irmã, a observação naturalista e os inquéritos à equipa multidisciplinar, apontam para a manifestação de deficit de atenção, dificuldade em regular o comportamento e no auto-controlo e dificuldades acentuadas ao nível cognitivo e académico, corroborando a literatura (Figueira, 1997; Steinmetz, 1993).

Iniciaremos a apresentação da análise de conteúdo protótipo de registo: grelha de registo de observação. O objectivo deste registo foi a sua triagem, em número reduzido de itens que respondessem satisfatoriamente aos requisitos da nossa investigação. Uma vez feita a análise da grelha de observação, constituímos um acordo de juízes e submetemo-la à consideração destes peritos de cada unidade estudada: Língua Português; Matemática; Autonomia e Competências Sociais; Interesse e Empenho; Atitude Crítica e Relações Interpessoais.

Por sua vez, através dos inquéritos, ficamos a perceber que os professores com formação específica na área das NEE, ou que trabalham com esta população de alunos, tendem a possuir e aplicar algumas estratégias e, mesmo a planificar as suas aulas. Já os professores com conhecimentos apenas do foro científico, ditos, professores do regular, tendem a basear a sua intervenção educativa apenas numa relação positiva com o aluno, baseada em incentivos e reforços, ou em estratégias isoladas ou sem uma planificação prévia.

Num formato sumário, e depois de analisarmos a criança em todas as suas dimensões: físicas, cognitivas, relacionais e emocionais, e nos mais amplos e diversificados contextos de desenvolvimento, designaremos esta criança como algo muito problemático e de difícil caracterização. Sugerimos como extremamente difícil a sua integração pois apresenta comportamentos muito desajustados tanto em contexto de sala de aula como em todo o tecido de actividades envolventes.

É sem dúvida uma criança de risco que assenta na tipologia proposta por Tjossem, (1976). Neste caso é evidente a concomitância de factores desencadeadores desta problemática, pois as circunstâncias múltiplas do risco sobrepõem-se (risco estabelecido, risco biológico e risco ambiental).

Apesar de diagnosticada atempadamente, julgamos que muito pouco foi feito por esta criança, em termos de práticas de intervenção precoce, com carácter de *prevenção* (prevenção primária). Assim, neste momento seria oportuna uma actuação com carácter de *remediação* (prevenção secundária), através da aquisição de competências ou comportamentos compensatórios, no sentido de evitar o seu agravamento. Nesta circunstância, o enfoque numa intervenção reabilitativa (Simeonsson, 1994) que talvez circunscrevesse as sequelas existentes, seria o procedimento ideal (prevenção terciária).

Seguidamente transpomos alguns extracto da análise de conteúdo feita à informação facultada (entrevista semi-estruturada) pela irmã mais velha do aluno, responsável pela sua educação desde o seu nascimento, visto a mãe não ter condições físicas nem psicológicas para o fim. Assim, esta irmã, a primeira na fratria dos cinco irmãos assumiu o papel de mãe, (parentificação): *Assumi o meu irmão como um filho. A partir daí sou responsável por ele, por isso aqui estou hoje para responder às vossas questões...*

O pai é emigrante nos EUA, trabalha na construção civil. Diz ter saudades do tempo em que residiu com os pais e irmãos, durante alguns anos nos EUA. *...já na altura em que vivia nos EUA os problemas com o álcool faziam parte do quotidiano da nossa família, provocando muitas desordens e violência doméstica. ...Recordo muito bem a gravidez da minha mãe, nos EUA, foi muito marcada pelo consumo de álcool.*

O João nasceu com 38 semanas de gestação e de parto normal mas revelou, desde o nascimento, baixo peso e problemas respiratórios.

*Voltamos para Portugal pois a nossa presença nos EUA era indesejável, até porque estávamos a pôr em risco o emprego do meu pai... Eles lá não tolera certas situações, muito menos esta...a minha mãe continuava a beber compulsivamente...*

Voltaram a Portugal, e as coisas agravaram-se. A mãe continua a beber, agora sem controlo do marido, e segundo a inquirida, cá em Portugal, as instituições não interferem nestas situações ...*a minha mãe concebeu os dois filhos mais novos sob o efeito de muito álcool.* Acrescenta, *penso que o João foi o mais atingido*, mas a irmã também apresenta transtorno por défice de atenção/Hiperactividade (TDA/H), factor que pode estar relacionado com o consumo excessivo de álcool, por parte da mãe, durante a gravidez.

O clima familiar é tenso. A mãe não tem controlo, não sendo capaz de estabelecer laços de afectividade nem de autoridade, de forma consistente com os seus filhos, utilizando muitas vezes a força física para mostrar a sua superioridade. *Quando não usa a força física limita-se a criticar tudo o que os filhos fazem e dizem*, provocando nos mesmos um sentimento de muita insatisfação e baixa auto-estima.

*Apesar de já ter sido sujeita a vários internamentos numa clínica, até ao momento não conseguiu recuperar da dependência.*

Actualmente, o maior medo que as crianças apresentam remete-se ao seu futuro, uma vez que o caso foi sinalizado na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Vila Verde, tendo seguido para tribunal. *Ficam aterrorizados quando se lhes fala num colégio interno, pois estão habituados a andar por aí à solta...*, possibilidade que não descarta a irmã, uma vez que a situação é indiciada por negligência parental.

Foi possível perceber, durante todo o processamento da entrevista, que o estado normal da mãe é completamente alcoolizado, e que as crianças sofrem maus-tratos. De maior gravidade, saliente-se o facto da agressão recíproca, pois neste momento, os filhos também reagem à mãe com agressividade verbal e física, indício de uma família completamente emaranhada. Ficamos estupefactos quando a irmã nos comentou: *o meu pai é visto como modelo por parte das crianças, tendo o João a esperança de que poderá ir viver com ele para os EUA.* O mais certo, segundo a mesma, é que o pai regressasse num futuro muito próximo, para cuidar dele e das suas irmãs, pois diz ter já constituído a sua própria família, e acrescenta, ... *não é esta a vida que eu quero para os meus filhos.*

Concluimos esta entrevista, convictos que tanto o João, protagonista desta “crónica”, quer as irmãs, vivem num ambiente de grande adversidade, onde o risco é uma constante. O

estado de *embriaguez*, a *negligência* e o *mau exemplo* da mãe, são a grande preocupação de uma filha/irmã, que manifesta nas suas declarações, além de um clima de grande ansiedade e consternação, uma angústia devido à incerteza do futuro destas crianças.

Verificamos também, no questionário proposto à equipa multidisciplinar, que a formação dos professores, no que concerne a estratégias e metodologias pedagógicas, entre elas, de dinâmica de grupos, é essencial para a plena integração destas crianças de risco na sala, do grupo-turma. De facto, para a real integração não basta a presença física da criança ou, mesmo, que se relacione positivamente com os colegas. Tomando a perspectiva ecológica de promoção de mudança do comportamento e de desenvolvimento da criança com NEE, através da mudança no microsistema sala de aula (Bronfenbrenner, 1979, 1998), é da responsabilidade dos professores promoverem a real inclusão do aluno com NEE através de metodologias pedagógicas que apelem à cooperação entre os pares da mesma turma. Necessariamente, essas estratégias carecem de uma formação que faculte aos professores o acesso à informação e uso proficiente das mesmas.

Salientamos a pertinência da resposta a um dos itens do questionário: “Na sua opinião o aluno está incluído na escola”, apresentamos a tabela I com a análise das respostas dadas.

Tabela I - Análise da resposta ao item: “Na sua opinião o aluno está incluído na escola”

<b>Tema principal</b>	<b>Temas secundários</b>	<b>Inquiridos</b>	<b>Frequências (Absoluta e relativa)</b>
Inclusão do aluno	- aluno incluído	Nat, Mu, Artes, EE, Psi, Li, AP, Mat/CN	9 (75%)
	- bem aceite pela turma	Moral, Psi, EVT	3 (25%)
	- feliz, satisfeito	EE, Moral, EF	3 (25%)
	- participa nas actividades com orgulho	Mu	1 (8,33%)
	- escola como lugar de diversão	Artes	1 (8,33%)
	- é respeitado	EE	1 (8,33%)
Barreira à inclusão	- ao nível material		1 (8,33%)
	- ao nível de actividades e conteúdos (ex. necessidade de tutoria)	Psi Psi, EVT, Port	3 (25%)

A análise da tabela I reitera os resultados obtidos já anteriormente: o aluno deste estudo de caso encontra-se incluído na escola, participando nas actividades, sendo aceite e respeitado pela turma e, acima de tudo, manifestando felicidade e satisfação. Contudo, a verdadeira inclusão, implicando a diferenciação pedagógica e um ensino individualizado, ainda que incluído no grupo-turma parece que ainda não foi totalmente conseguido.

### **Conclusões**

Com este estudos concluímos que a inclusão das crianças com NEE, nomeadamente e tomando o presente caso, com SAF, começa a ser uma realidade ao nível social e, não somente ao nível físico, na medida em que as crianças tendem a ser aceites pelos colegas e pelos professores, mas ainda não é uma realidade ao nível pedagógico e educacional mais lato. De facto, a recolha de informação através destes inquéritos à equipa multidisciplinar que acompanha o aluno na escola, revelou que, generalizadamente, os professores manifestam grandes lacunas ao nível da formação sobre estratégias e metodologias para lidar com estas crianças. Persiste, acima de tudo a clivagem e dicotomização da Educação Escolar em Ensino Regular (focado em conteúdos científicos) e Educação Especial (focado em metodologias de intervenção educativa em casos de NEE).

Denota-se, ainda, uma grande falha na articulação e envolvimento da família, tão relevante para este caso, relevando o desconhecimento por modelos do paradigma biopsicossocial, nomeadamente o modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) e os modelos bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e transaccional (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000). Deste modo, o caminho para a inclusão começa a ser desbravado, mas a formação inicial e contínua dos professores assume um papel essencial na garantia da sua plenitude em termos sociais e pedagógicos, bem como para o envolvimento das famílias, essencial ao desenvolvimento das crianças.

Um programa de Intervenção Precoce, delineado segundo a avaliação desta criança, construído em ciclos de actividades sequencializadas e complementares, seria a nossa proposta futura, o nosso próximo passo neste estudo.

## Referências bibliográficas

- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp.993-1028). New York: John Wiley.
- Figueira, M. J. V. (1997). *Síndrome Alcoólica Fetal: um estudo de caso*. Braga: Instituto dos Estudos da Criança - Universidade do Minho.
- Guimarães H., Teixeira C., Santos, N. (1996). Embriofetopatia alcoólica: Uma experiência. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*, 3, nº11.
- Lima, J. M. B. (2008). *Álcool e Gravidez - Síndrome Alcoólica Fetal- SAF: Tabaco e outras drogas*. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. IN S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Simeonsson, R., & Bailey, D. (1994). Family dimensions in early intervention. *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Steinmetz, G. (1993). *The prevently tragedy Fetal Alcohol Syndrome*. National Geograph.
- Tjossem, T. D. (1976). Early Intervention Issues and Approaches. *Intervention Strategies for High for Risk Infants and Young Children*. Baltimore: University Park Press.