

ISSN 2175-5361

Reis AT, Gama VC, Santos RS.

Fetal alcohol syndrome...



REFLEXÃO

FETAL ALCOHOL SYNDROME: REFLECTIONS FOR OBSTETRICS AND NEONATAL NURSING PRACTICE

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL: REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA Y NEONATAL

Adriana Teixeira Reis¹, Vanessa Cavalcanti Gama², Rosângela da Silva Santos³

ABSTRACT

This is an article of reflection that focuses on aspects related to fetal alcohol syndrome (FAS), to serve as the basis for the the obstetric and neonatal nursing care. From the author's experience and theoretical search for specialized bases, the article was organized into three major themes: consequences of maternal alcohol to the fetus and newborn; definition of FAS and nurse's performance with the newborn patient with FAS. The obstetric and neonatal nursing care has a primary role in prevention, early screening and forward to the care of the baby that has repercussions neurological syndrome, as are mitigation strategies when neurological damage and behavioral already have been installed. **Descriptors:** Fetal alcohol syndrome, Obstetrical nursing, Neonatal nursing.

RESUMO

Trata-se de um artigo de reflexão que aborda aspectos referentes à síndrome alcoólica fetal (SAF), a fim de servir de base para o trabalho da(o) enfermeira(o) obstetra e neonatologista. A partir da experiência das autoras e busca de bases teóricas especializadas, o artigo foi organizado em três grandes temas: consequências do alcoolismo materno ao feto e recém-nascido; definição da SAF e atuação da(o) enfermeira(o) junto ao recém-nascido portador de SAF. A(o) enfermeira(o) obstetra e neonatologista possui papel fundamental na prevenção, no rastreamento precoce e nos cuidados prestados ao bebê que apresenta repercussões neurológicas da SAF, uma vez que são estratégias paliativas quando os danos neurológicos e comportamentais já encontram-se instalados. **Descritores:** Síndrome alcoólica fetal, Enfermagem obstétrica, Enfermagem neonatal.

RESUMEN

Este es un artículo de reflexión que se centra em aspectos relacionados com el síndrome de alcoholismo fetal (SAF), que sirva de base para los cuidados de enfermería de la atención obstétrica y neonatal. Con base en experiencias de las autoras y la búsqueda de fundamentos teóricos especializados, el artículo se organizó en tres grandes temas: las consecuencias del alcohol materna al feto y del recién nacido; definición de SAF y el rendimiento personal de enfermería con el recién nacido con SAF. Los cuidados de enfermería obstétrica y neonatal tiene un papel primordial en la prevención, detección temprana y transmitir a la atención del bebé que tiene repercusiones síndrome neurológico, así como las estrategias de mitigación cuando los daños neurológicos y de comportamiento que ya se han instalado. **Descriptor:** Síndrome Alcohólico Fetal; Enfermería Obstétrica; Enfermería Neonatal.

¹ Doutora em Enfermagem/UFRJ. Enfermeira do Instituto Fernandes Figueira. Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem UERJ. E-mail: driefa@terra.com.br. ² Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Gama Filho-Rio de Janeiro. E-mail: vanesacgama@ig.com.br. ³ Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery. Pesquisadora nível 1C Cnpq; FAPERJ, UFRJ. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher-NUPEM e Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança-NUPEM/DEMI/UFRJ. E-mail: rosangelaufjr@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool pelas gestantes apresenta grandes chances de lesar o feto, levando a alterações físicas, cognitivas e comportamentais permanentes e irreversíveis. Pode-se manifestar por um quadro completo, denominado Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), ou incompleto, conhecido como Efeito Alcoólico Fetal (EAF). O consumo de álcool durante sua gravidez ainda pode trazer consequências no relacionamento mãe-filho.

Os efeitos teratogênicos do álcool caracterizados por: retardo do crescimento pré-natal e/ou pós-natal, envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e características dismórficas crânios-faciais específicas¹. O uso do álcool também está associado à prematuridade, aumento de abortos espontâneos, deslocamento de placenta, distúrbios neurocomportamentais, déficit de inteligência e retardo de crescimento.

As mulheres que ingerem álcool na gravidez costumam ser sub-diagnosticadas durante a gestação, provavelmente por falta de preparo dos profissionais de saúde, que não sabem como manipular os fatores que ativam seus mecanismos psicológicos de defesa, negando o consumo durante a entrevista profissional². Desta forma, a entrevista com a mulher deve ser abrangente de forma a captar fatores de risco para a ocorrência de transtornos mentais, como depressão, de maneira que o profissional de saúde crie um vínculo facilitador para a verbalização de sentimentos e preocupações³.

Os recém-nascidos (RNs) também são entregues a uma família potencialmente disfuncional, com uma mãe que já tem problemas com o uso de drogas. Esse fator deve ser considerado antes da alta⁴.

A ingestão materna de álcool, em toda a gestação, leva a diversas alterações como retardo do crescimento, pré e pós-natal, fácies típicas (fissuras palpebrais estreitas e hipoplasia facial média), alterações esqueléticas, cardíacas e microcefalia. O fenótipo é dose-dependente (quanto maior é o consumo, mais intenso é o fenótipo). Talvez seja a principal causa de retardo mental infantil⁵.

Outra complicação para o RN refere-se à amamentação: nenhuma droga ou substância causadora de dependência pode ser ingerida pelas mães lactentes, não só pelos efeitos sobre a criança, mas também pelos danos à saúde física e emocional das mesmas. O álcool é uma substância de rápida absorção, atingindo níveis máximos em 15 minutos. Passa rapidamente do plasma para o leite materno (geralmente de 30 a 60 minutos, retardando até 90 minutos quando ingeridos com alimentos). Em doses elevadas pode causar sonolência, letargia e alteração no ganho ponderal e até mesmo, a síndrome de abstinência⁶⁻⁷.

Os mecanismos dos efeitos embriofetotóxicos do etanol ainda não estão bem elucidados, já que há uma série de fatores que podem interferir direta ou indiretamente na formação e desenvolvimento do conceito⁸.

É competência da(o) enfermeira(o), neste momento, dispensar cuidado e carinho, visto que o RN tende a ser ansioso e apresentar, muitas vezes, crises de abstinência. Medidas de conforto devem ser priorizadas, uma vez que esta criança encontra-se neurologicamente lábil. Cabe ao profissional, também, estar preparado para identificar precocemente os sinais de SAF, bem como prestar uma assistência direcionada para o problema.

Apesar da discussão sobre o tema, ainda

não existem dados brasileiros sobre a incidência da SAF na população neonatal⁹. Devido à magnitude do problema, apresentamos como objetivo deste estudo apresentar reflexões para a atuação da(o) enfermeira(o) diante da SAF.

A partir da experiência das autoras e busca de bases teóricas especializadas, o artigo foi organizado em três grandes temas: consequências do alcoolismo materno ao feto e recém-nascido; definição da SAF e atuação da(o) enfermeira(o) junto ao recém-nascido portador de SAF, conforme apresentado a seguir.

Consequências do Acoolismo Materno ao Feto e RN

O uso pré-natal de álcool exerce sobre o feto sérios efeitos adversos, que podem apresentar-se como problemas do período neonatal e futuro. O maior risco para o feto parece ser associado à bebida crônica durante a gravidez (quatro a seis doses por dia). Entretanto, em alguns estudos são notados efeitos mesmo com o consumo de quantidades mais moderadas de álcool (duas doses por dia), sendo o resultado mais extremo, a SAF¹⁰.

O quadro completo da síndrome pode não aparecer; há sintomas que não são aparentes durante a primeira infância, mas que aparecem posteriormente. Estudos clínicos experimentais demonstram que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode causar malformação e retardo do crescimento, caracterizando a síndrome fetal pelo álcool, cujas características mais importantes são: retardo do crescimento pré e pós-natal, alterações do sistema nervoso central, como microcefalia, alterações faciais, como hipoplasia facial e microftalmia¹¹.

Além dos danos físicos, o álcool atua no comportamento. Estudos indicam que o seu

consumo durante a gravidez, mesmo esporadicamente, pode alcançar o cérebro em desenvolvimento¹². Como consequência, o comportamento da criança é afetado, mesmo quando não ocorrem deformidades físicas. Filhos de mulheres que consumiram moderadamente bebida alcoólica apresentam extrema agitação, deficiência de sucção no período de aleitamento, padrões anormais de sono, irritabilidade e sudorese, que podem persistir por vários dias após o nascimento, caracterizando a síndrome de abstinência.

Mesmo no útero materno, com dezesseis semanas, o feto é capaz de levantar as sobrancelhas, fazer caretas, coçar a cabeça, esfregar os olhos e começa a desenvolver o sentido do paladar, podendo reagir ao álcool ingerido pela mãe¹³.

O álcool é excretado juntamente ao leite materno em grandes proporções, alterando a produção, o volume, o aroma, a composição, e sua excreção, provocando efeitos deletérios no RN. O odor do leite materno (LM) é modificado imediatamente após a ingestão alcoólica. O sistema imunológico é afetado pela ingestão alcoólica na lactação, sendo observado déficit na imunidade celular e no sistema nervoso¹¹.

Padrões normais de crescimento e desenvolvimento são alterados na prole de mães que consumiram álcool durante o aleitamento, inclusive com declínio da relação peso do coração/ peso corporal, sugerindo uma ação de etanol na supressão do crescimento dos tecidos cardíacos, por declínio na frequência mitótica. Também são observadas alterações nos RNs como redução do peso do fígado e cérebro, diminuição do conteúdo protéico e do DNA, redução dos níveis de glicogênio hepático (sem alterar os lipídeos destes tecidos), elevação de colesterol, ácidos

graxos e de b-hidroxibutirato na circulação, além de hipoglicemia e hiponatremia¹¹.

Definição da SAF

Os sinais da SAF ao nascer consistem em retardo do crescimento intra-uterino (RCIU), problemas do SNC (microcefalia, irritabilidade, tremores), aspectos faciais dismórficos e anomalias dos membros (contraturas articulares, hipoplasia ungueal). Os aspectos dismórficos faciais incluem fissuras palpebrais curtas, lábio superior fino, filtro liso, hipoplasia na maxila e nariz curto. Mas tardiamente esses lactentes têm contínua deficiência de crescimento, problemas neurocomportamentais e baixo índice de quociente intelectual (QI). Muitos RNs expostos ao álcool *in útero* não apresentam todos os sinais. Esses RNs com algumas, porém não todas as características da síndrome, são avaliadas como tendo efeitos do álcool fetal¹⁰.

A SAF foi descrita em 1973¹⁴ e foi caracterizada por crescimento intra-uterino retardado, microcefalia, hipoplasia maxilar, redução da largura da fissura palpebral e anomalias cardíacas. Acredita-se que um terço das crianças de mães alcoólatras possa apresentar SAF, sendo que todas as crianças afetadas apresentam distúrbios de desenvolvimento¹⁵.

A ação teratogênica do álcool constitui um sério problema de saúde pública, sendo descritos estudos que correlacionam à ocorrência de anomalias, baixo quociente de inteligência (Q.I) e paralisia cerebral¹⁶. O grupo de estudos do álcool fetal da Sociedade de Pesquisa do Alcoolismo (Research Society on Alcoholism) concordou na importância dos critérios mínimos padronizados para o diagnóstico seja feito quando existirem sinais em cada uma de três categorias: retardo de crescimento pré ou pós-natal (peso, comprimento e/ou circunferência da cabeça abaixo do 10º

percentil); envolvimento de sistema nervoso central (SNC) (sinais de anormalidade neurológica, atraso no desenvolvimento ou prejuízo intelectual); dismorfologia facial característica com pelo menos dois dos seguintes sinais: microcefalia; microftalmia e/ou fissuras palpebrais curtas e sulco infranasal mal desenvolvido, lábio superior estreito ou achatamento da área maxilar¹⁵.

O sistema auditivo tem sido um importante foco de alterações associadas à SAF. A exposição materna ao álcool pode acarretar, no RN, retardo na maturação do sistema auditivo, disacusia neurosensorial congênita, disacusia de condução secundária a otites médias de repetição e disacusia central. A prevalência dos distúrbios de condução em crianças com SAF é elevada, estimando-se que 75% das alterações condutivas sejam decorrentes de otite média serosa. Acredita-se que esse índice elevado ocorra em consequência das anomalias craniofaciais, havendo freqüentemente disfunção da tuba auditiva, que pode apresentar-se com uma tortuosidade variável, estenótica, ou com deficiência na ação muscular, sobretudo no músculo tensor do véu palatino^{8,14}.

As consequências do alcoolismo na gestação podem ser irreversíveis e marcar para sempre a vida daquele ser em gestação. Até mesmo em sua vida adulta, este filho sofrerá danos transmitidos por sua genitora, como a possibilidade em fazer uso de álcool, uma vez que apresentarão uma tendência ao alcoolismo também^{11, 17}.

Atuação da(o) enfermeira(o) junto ao RN portador de SAF

A(o) enfermeira(o) tem o importante papel de auxiliar a mãe e a família, apoiando, aconselhando e acompanhando a condição de saúde deste RN. As(os) enfermeiras(os)

encontram-se em uma posição única de ajudar porque interagem com mães e RNs de alto risco em muitos ambientes, inclusive na comunidade, a fim de prevenir rejeições. Estudos mostram uma alta incidência de maus-tratos e violência na infância e na vida de mulheres dependentes de drogas, o que torna a criança mais vulnerável a maus-tratos¹⁸.

Também, cabem ações preventivas, de orientação no pré-natal, pois, uma vez que este quadro se instala, o tratamento torna-se paliativo^{19, 20}.

Na construção de uma relação de ajuda à gestante alcoolista, a(o) enfermeira(o) deve estar preparada a restabelecer vínculos, auxiliar nas dificuldades e no tratamento, pois os laços desta mãe com seu filho estarão completamente abalados. O profissional que irá atendê-la deverá estar primeiramente bem consigo mesmo, ou seja, dominando o seu eu para que possa tratar a cliente; mas também deve possuir um preparo e uma busca por esta relação, e que esta cliente realmente encontre o apoio que necessita na(o) enfermeira(o). Algumas posturas terapêuticas podem ser adotadas, tais como: empatia, aceitação incondicional ou respeito; coerência; confrontação (capacidade de perceber e comunicar ao outras certas discrepâncias ou incoerências em seu comportamento); imediatividade (capacidade de trabalhar a própria relação terapeuta-cliente, abordando os sentimentos imediatos que o cliente experimenta pelo terapeuta e vice-versa) e concreticidade (capacidade de decodificar a experiência do outro em elementos específicos, objetivos e concretos)²¹.

A orientação dispensada pela(o) enfermeira(o) ajuda a mulher a alcançar o preenchimento do seu papel de mãe até que ela se sinta física e emocionalmente apta a cuidar de

si própria e do seu filho²². É um trabalho minucioso e de grande importância na atuação de enfermagem, pois através dela a(o) enfermeira(o) adquire o poder de promover a interação mãe-filho, de facilitar a aceitação e de mostrar caminhos para uma melhoria da condição de vida. Na medida em que os pais procuram ser competentes e carinhosos, as(os) enfermeiras(os) s podem fortalecer a autoconfiança dos mesmos.

O reconhecimento do problema pelos profissionais de saúde que atuam junto às gestantes e lactantes poderá representar um avanço na redução da mortalidade e morbidade dos RNs de gestantes e/ou lactantes que inadvertidamente, ou até seguindo orientações inadequadas, tenham consumido bebidas alcoólicas¹¹.

Os efeitos do álcool sobre o feto (EAF) são uma forma menor de intoxicação alcoólica, que apresentam muitos dos efeitos sobre o sistema nervoso central, sem, contudo, as características de dimorfismo facial. As crianças com EAF são mais comuns que as com SAF, mas sua identificação é mais difícil¹⁸. Portanto, a incidência dos EAF pode ser maior do que o que se encontra nos relatos da literatura, havendo, por vezes, dificuldade na identificação dos casos.

O tratamento de apoio focaliza-se nos cuidados com o desenvolvimento e no apoio ambiental. Se o RN tem os reflexos de sucção e deglutição deficientes, deve-se administrar alimentação enteral para prevenir a aspiração; também se pode implementar a fisioterapia⁴. Para o RN que foi afetado pelas drogas ou que está em processo de supressão, os objetivos da assistência de enfermagem incluem: assegurar aporte nutricional adequado; melhorar a coordenação dos reflexos de sucção e deglutição; reduzir a irritabilidade pela redução dos estímulos

ambientais ao mínimo possível; evitar movimentos bruscos perto do RN; promover um ciclo de sono-vigília normal, para prolongar o sono e estabilizar a temperatura corporal.

Para reduzir os tremores e os movimentos estranhos, pode-se enfaixar o RN e realizar toque na área trêmula com firmeza e calma. Para reduzir a rigidez ou a hipertonicidade muscular, o RN pode ser banhado em água morna, massageado suavemente e enfaixado em flexão. Não é recomendado deixar o RN em decúbito dorsal, posição que mantém extensão ou rigidez muscular. As crises convulsivas podem ser controladas com anticonvulsivantes, de acordo com a prescrição médica⁴.

Os RNs colocados em um ambiente caloroso, com cuidadores compreensivos, lidam com a sua hiperirritabilidade e podem ser ajudados a levar uma vida mais normal. Esses cuidadores devem proporcionar contato humano. Entretanto, esses bebês, por vezes, não encontram em casa um ambiente como esse, pois, a família é, muitas vezes, disfuncional²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que a SAF ainda é pouco divulgada e diagnosticada na prestação da assistência ao RN. A melhor estratégia de prevenção começa no Pré-Natal com a modificação de comportamentos de risco entre mulheres, através de orientação multiprofissional e adesão de práticas voltadas para a saúde da gestante e do bebê. Uma vez instalada, trata-se de uma condição irreversível.

A(o) enfermeira(o) obstetra e neonatologista deve manter-se informada(o) e buscar dados sobre a história obstétrica a fim de proporcionar conforto ao bebê já portador de SAF. Tais estratégias são paliativas quando os danos

neurológicos e comportamentais já estão instalados.

A orientação é um trabalho minucioso e de grande importância, pois, através dela, a(o) enfermeira(o) pode estreitar a interação mãe-filho, tentando promover a aceitação e demonstração de estratégias para um melhor controle de sintomas.

Neste sentido, a(o) enfermeira(o) possui papel fundamental na prevenção, no estreitamento do vínculo, no rastreamento precoce e nos cuidados prestados ao bebê que apresenta repercussões neurológicas da síndrome.

REFERÊNCIAS

1. Miura E, Procianoy R. Neonatologia; Princípios e Prática. 2.ed. Porto Alegre:Artes Médicas;1997.
2. Fabri CA. Projeto Desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez(T-ACE).2001.86f.Tese(Medicina)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto;2001.
3. Luis MAV, Oliveira ER de. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Rev.Esc. Enf. USP, dez.1998; 32(4):314-24.
4. Kenner C. Enfermagem neonatal. 2.ed.Rio de Janeiro: Richmann & Affonso Editores,2001
5. Basseto MCA, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia:Um convite à atuação fonoaudiologica 2ed.São Paulo:Lovise;1998.
6. Brasil.Ministério da Saúde.Amamentação e uso de drogas.Brasília; 2000.
7. Diniz EMA, Santoro M. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro:Revinter; 1994.
8. Person OC, Cerchiari DP, Moretti G et al. Repercussões auditivas da síndrome alcoólica fetal. 1995; Arq. Md ABC, 30(2): 94-101. Disponível em <

- <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/30amabc094.pdf> >. Acesso em: 22 janeiro 2008.
9. Ribeiro EM, Gonzáles CH. Síndrome alcoólica fetal: Revisão. *Pediatria São Paulo*. 1995; 17(1): 47-56. Disponível em: <http://www.pediatriaopaulo.usp.br/upload/pdf/184.pdf>.
 10. Klaus MH, Fannaroff AA. *Alto Risco em Neonatologia*. 4.ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
 11. Burgos et al. Efeitos de bebidas alcoólicas em mães lactantes e suas repercussões na prole. *Rev.Bras.Mater.Infant.*, ago.2002; 2(4):129-35.
 12. Souza S. Análise do grau de conhecimento da população sobre a teratogenia do álcool e a conduta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, abr/jun 1996; 49(2):287-304.
 13. Wilhelm J. *O que é psicologia pré-natal*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
 14. Cha SC, Zugaib M. *Medicina Fetal*. São Paulo: Atheneu,;2001.
 15. Barron WM, Lindheimer MD. *Complicações Médicas na Gravidez*. Porto Alegre: Artes Médicas;1993.
 16. Smith DW. *Síndrome de Malformações Congênitas - Aspectos genéticos, embriológicos e clínicos*. 3.ed. São Paulo: Manole;1989.
 17. Kaplan IH, Sadock JB. *Manual de psiquiatria clínica*. 2ªed. Rio de Janeiro: Artmed; 1998.
 18. Cloherty JP, Eichenwald EC, Starr AR. *Manual de Neonatologia* 5.ed.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2002.
 19. Ratleffe TK. *Fisioterapia na clínica pediátrica - Guia para a equipe de fisioterapeutas*. São Paulo: Santos; 2002.
 20. Ricci SS. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher/ Susan Scott Ricci; tradução de Maria de Fátima Azevedo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
 21. Feldman C, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda*. 13.ed. Belo Horizonte:Crescer; 2002.
 22. Lowdwemilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em Enfermagem Materna*. 5.ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2002.

Recebido em: 22/08/2010

Aprovado em: 08/12/2010