



PAULA FRASSINETTI
DEPARTAMENTO DE
FORMAÇÃO EM
EDUCAÇÃO ESPECIAL

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti
Pós Graduação em Educação Especial - Domínio Cognitivo Motor

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e perceções dos professores do ensino regular

Maria Estrela Carvalho Silva

2015/2016

Escola Superior de Educação Paula Frassinetti

Pós Graduação em Educação Especial - Domínio Cognitivo Motor

**Síndrome Alcoólica Fetal:
conhecimentos e percepções dos
professores do ensino regular**

Maria Estrela Carvalho Silva

Orientadora: Doutora Mariely Lima

Co-Orientadora: Doutora Karine Silva

2015/2016

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos, percepções e estratégias dos professores do ensino regular

Trabalho Final

Orientadora: Doutora Mariely Lima

Co-Orientadora: Doutora Karine Silva

Maria Estrela Carvalho Silva

Aluna nº: 2015–159

Ano letivo: 2015/2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. A Escola e a Educação Inclusiva.....	16
1.1. A Inclusão.....	18
2. Consequências do Consumo de Álcool na Gravidez.....	21
3. A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).....	24
3.1. Breve Caracterização da SAF.....	24
3.2. Critérios de Diagnóstico da SAF.....	24
3.3. Características da Criança com SAF.....	26
3.4. Classificação Clínica da SAF.....	29
4. Intervenção Educativa.....	31
4.1. Perfil de funcionalidade de um aluno com SAF [com referência à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (OMS, 2001)].....	31
4.1.1. Funções e estruturas do corpo.....	31
4.1.2. Atividade e Participação.....	32
4.1.3. Fatores Ambientais que Funcionam como facilitadores ou como Barreiras à Participação e Aprendizagem.....	32
4.2. O Aluno com SAF em Contexto Escolar.....	33
METODOLOGIA DO ESTUDO.....	39
1. Objetivos de Estudo.....	40
2. Instrumento.....	41
3. Participantes.....	42

4. Resultados.....	43
4.1 Caracterização da Amostra.....	43
5. Apresentação e análise dos Resultados.....	47
6. Discussão de Resultados.....	57
7. Conclusões.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	62
APÊNDICE.....	66

Índice de Tabelas

Tabela 1	23
Tabela 2	26
Tabela 3	41
Tabela 4	42
Tabela 5	43
Tabela 6	43
Tabela 7	43
Tabela 8	44
Tabela 9	44
Tabela 10	45
Tabela 11	46
Tabela 12	47
Tabela 12.1	48
Tabela 12.2	49
Tabela 12.3	50
Tabela 13	52

Índice de figuras

Figura 1.....	25
Figura 2.....	45
Figura 3.....	46
Figura 4.....	47

À Doutora Mariely e à Doutora Karine,
Ao João Pedro e ao Pedro Miguel
Pela ajuda e apoio na realização deste trabalho.

RESUMO

A Síndrome Fetal Alcoólica é uma patologia causada pelo consumo de álcool durante a gravidez, com efeitos permanentes para o desenvolvimento da criança, e que inclui anomalias estruturais comportamentais e neurocognitivas sendo a principal causa de deficiência intelectual.

É de particular importância que os profissionais de educação (professores, assistentes operacionais, terapeutas e profissionais afins) estejam conscientes da realidade desta síndrome, sabendo identificar as suas características, reconhecer as suas dificuldades e estejam aptos para, junto de alunos com SAF, desenvolver estratégias de intervenção diversificadas e diferenciadas capazes de permitir um processo de ensino e aprendizagem funcional e inclusivo.

O presente trabalho tem como objetivo: analisar, num conjunto de professores do ensino regular de um agrupamento de escolas do concelho da Trofa, o conhecimento a respeito da SAF e a percepção relativamente a distintos fatores que podem influenciar a experiência inclusiva de alunos com esta síndrome. Para tal, foi desenvolvido um questionário (Apêndice A) constituído por três grupos de questões: grupo 1 – dados pessoais e profissionais, grupo 2 – conhecimentos sobre a SAF e grupo 3 – percepção dos professores sobre i) a sua capacidade em gerir alunos com SAF em contexto de sala de aula, ii) os benefícios decorrentes da inclusão e iii) as estratégias educativas apontadas na literatura como sendo as mais adequadas.

Os professores percebem o seu próprio conhecimento sobre esta síndrome como sendo insuficiente (57%) ou mesmo mau (23%). Estes resultados levam-nos a refletir sobre a necessidade de uma maior oferta de formação sobre esta síndrome, com o objetivo dos docentes terem mais conhecimentos sobre as características e estratégias que garantam uma experiência inclusiva de sucesso dos alunos com SAF.

Palavras-chave: Síndrome Alcoólica Fetal, inclusão, professores, alunos.

ABSTRACT

Fetal Alcohol Syndrome is a condition caused by alcohol consumption during pregnancy, with permanent effects on the development of the child that includes behavioral and neurocognitive structural abnormalities. This is the leading cause for intellectual disability.

Is of particular importance that education professionals (teachers , operational workers, therapists and related professionals) are aware of the reality of this syndrome , knowing how to identify its characteristics , recognizing their difficulties and being able to , for students with SAF , develop diversified and differentiated strategies that allows a more functional and inclusive learning intervention.

This study aims to analyze, in a regular education teachers set a grouping of Trofa county schools, the knowledge about FAS and the perception regarding the different factors that can influence the inclusive experience of students with this syndrome. To this end, we developed a questionnaire (Appendix A) consisting of three groups of questions: Group 1 - personal and professional data, group 2 - knowledge of FAS and group 3 - Teachers perception about i) it's ability to manage students with SAF in the context of the classroom, ii) the benefits of inclusion and iii) educational strategies identified in the literature as the most appropriate.

Teachers perceive their knowledge about this síndrome as insufficient (57%) or even poor (23%). These results lead us to reflect on the need for new curricula integrating this syndrome so that teachers can know more about the characteristics and strategies ensuring a sucessful inclusive experience for students with FAS.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) teve os seus primeiros relatos em 1968, por Leimone, em França, e nos E.U.A., em 1973, por Jones & Smith. Esta síndrome caracteriza-se pelo atraso no desenvolvimento pré-ou pós-nascimento, causando, nomeadamente, complicações no desenvolvimento cognitivo e social, problemas ao nível da comunicação e da linguagem, no cumprimento das tarefas, na capacidade de atenção e concentração. A SAF inclui anomalias estruturais, comportamentais e neurocognitivas (sendo a principal causa de deficiência intelectual) e é responsável por um conjunto de defeitos congénitos na criança. Os danos provocados no sistema nervoso central (SNC) são permanentes.

Da revisão bibliográfica realizada, constata-se, apesar dos avanços da ciência, não foi ainda possível encontrar unanimidade sobre todas as características e as melhores formas de diagnóstico, avaliação e intervenção desta síndrome (e.g., Streissguth, Bookstein, Sampson & Olson, 1999, Ryan, 2009; Mukherjee, 2015). Estas dificuldades no diagnóstico, fazem com que, muitas vezes, as crianças passem demasiado tempo sem que sejam corretamente referenciadas ficando, conseqüentemente, sem apoio dentro das nossas escolas sendo estigmatizadas e categorizadas como “rufias”, “malcomportadas”, “preguiçosas”, entre outras. (Pei, Job, Poth, O’Brien-Langer, & Tang, 2013).

A literatura tem vindo a destacar uma série de experiências de ensino para alunos com SAF, recorrendo a professores experientes, ambiente acolhedor e utilização de estratégias e recursos adequados, que se revelaram ter tido sucesso (Brownell & Pajares, 1999; Cook, Tankersley, Cook, & Landrum, 2000; Federico, Herrold, & Venn, 1999).

Perante a SAF, é necessário que os profissionais de educação (professores, assistentes operacionais, terapeutas) estejam conscientes da sua realidade, compreendam e saibam responder às necessidades específicas destes alunos, saibam identificar as suas características e reconhecer as suas dificuldades, e estejam capacitados para desenvolver estratégias de trabalho e intervenção diversificadas e diferenciadas que permitam, a esses alunos, maximizar o seu potencial e alcançar os objetivos e metas sociais, comportamentais e educacionais, capazes de permitir um processo de ensino e aprendizagem funcional e inclusivo (Blackburnet al., 2010; Streissguthet. al., 1999).

O reconhecimento da diversidade dos alunos, dentro de uma escola e de uma turma, tem como consequência óbvia, a constatação de que não é razoável exigir que todos os alunos aprendam da mesma forma, com o mesmo tipo de atividades, no mesmo tempo, os mesmos conteúdos. Há que respeitar a individualidade de cada um. Cada indivíduo é diferente do seu par requerendo, por isso, estratégias diferentes tendo em vista a promoção do sucesso escolar e a integração plena na sociedade.

Incluir significa apoiar todos os alunos na escola regular, com a prestação de serviços adequados para cada criança (Correia, 1999). Segundo o documento de Salamanca (UNESCO, 1999), o princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em garantir que todos os alunos aprendam juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. As escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus estudantes, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos através de currículos adequados, de boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, e de utilização de recursos e saberes (Correia, 1999). Face aos desafios da Inclusão, o professor deve ser capaz de fazer face às necessidades e limitações destes alunos.

Não obstante, estudos realizados em vários países revelam que os professores demonstram ter consciência do seu nível insuficiente de conhecimento que não lhes permita responder de uma forma eficaz e eficiente perante as necessidades e dificuldades específicas deste tipo de alunos. A necessidade de novas oportunidades de formação profissional para professores é sublinhada pelas recentes descobertas no Reino Unido, Canadá e EUA. Num

estudo realizado com 161 profissionais do Pré-escolar, 78% revelaram pouco ou nenhum conhecimento sobre a SAF e o consumo de álcool no organismo materno. Uma outra pesquisa envolvendo 77 professores, revelou uma compreensão muito limitada das causas e desafios de aprendizagem dos alunos com SAF, levando frequentemente à formulação de hipóteses mal informadas e juízos de valor pré-concebidos. (Pei, Job, Poth, O'Brien-Langer, & Tang, 2013).

Face a estes resultados, torna-se pertinente questionarmo-nos sobre a realidade portuguesa no que diz respeito aos conhecimentos e à percepção dos professores do ensino regular relativamente à inclusão de alunos com SAF.

O presente estudo visa analisar num conjunto de professores do ensino regular de um agrupamento de escolas do concelho da Trofa, o conhecimento a respeito da SAF e a percepção relativamente a distintos fatores que podem influenciar a experiência inclusiva de alunos com esta síndrome.

Especificamente, esta investigação pretende:

- a) aferir se estes professores possuem conhecimentos sobre as alterações de crescimento e anomalias craniofaciais que caracterizam a SAF (de acordo com Thackray&Tiff, 2001);
- b) identificar a percepção destes professores sobre:
 - a sua capacidade para gerir alunos com SAF em contexto de sala de aula;
 - os benefícios decorrentes da inclusão de alunos com SAF em contexto de sala de aula;
 - as estratégias educativas apontadas na literatura como as mais adequadas no ensino de um estudante com SAF (nomeadamente, compreender o aluno como um todo, dinamizar a relação entre os vários contextos em que o aluno se insere e criar um programa educativo centrado e adequado às idiossincrasias do aluno com SAF).

Consideramos ser pertinente um trabalho que procure debruçar-se, sobre a SAF indagando até que ponto estão os docentes portugueses estão conscientes da existência desta síndrome, da sua origem, das suas consequências e das características dos seus portadores.

Apesar desta síndrome poder ser evitada (pela não ingestão de bebidas alcoólicas), a disseminação da informação visando consciencializar as pessoas quanto aos seus malefícios para o feto/embrião durante o período de gestação, e para o organismo humano, qualquer que seja o estado do indivíduo, não se releva de grande importância na nossa sociedade.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte, dentro do âmbito de um enquadramento teórico procurar-se-á fazer uma revisão da bibliografia sobre a Escola Inclusiva, o álcool e as consequências nefastas do seu consumo (nomeadamente por mulheres grávidas), por forma a melhor podermos caracterizar a síndrome que nos propomos estudar, as características e comportamentos das crianças com SAF.

Na segunda parte – parte empírica - referem-se algumas considerações de ordem metodológica e justificam-se as opções tomadas durante a realização deste trabalho, tendo em consideração os objetivos que nos propusemos atingir. De seguida, faremos a análise dos dados recolhidos resultantes da passagem de um questionário, com a consequente apresentação das conclusões.

1. A ESCOLA E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A Educação Especial e Inclusiva esteve, durante muitos anos conotada com uma perspetiva assistencial e caritativa que assentava no pressuposto de que as crianças e os jovens com deficiência deviam ser protegidos, defendendo a sua inserção em instituições especialmente criadas para o efeito (Rodrigues, & Nogueira, 2011). Nestas instituições, na sua maioria dependentes de organizações privadas e cujos objetivos eram essencialmente assistenciais, foram sendo introduzidas preocupações de ordem educativa, procurando-se proporcionar, para além da proteção e do acolhimento, uma aprendizagem académica básica e, em muitos casos, o ensino de tarefas tipo manual (Pereira, 1996; Correia, 1999).

Em Portugal, foi dado um impulso muito significativo para acolher estas crianças aquando da criação, em 1941, em Lisboa, de um curso para Professores de Educação Especial, voltado exclusivamente para a educação dos alunos com deficiência. Por esta altura, foram também criadas, em algumas escolas “classes especiais” que acolhiam alunos com vários tipos de deficiência e dificuldades escolares.

As mudanças sociais verificadas após a revolução de 25 de abril de 1974, vieram influenciar a Educação em geral e, muito particularmente, a Educação Especial. Começou a notar-se uma preocupação, por parte do Estado, de assegurar o efetivo direito à educação de todas as crianças independentemente das suas diferenças. Durante a década de setenta assiste-se a uma alteração na conceção e no modo de organização da Educação Especial (Perdigão et. al., 2014).

As primeiras experiências pedagógicas de integração iniciaram-se em 1969, com alunos cegos em escolas de Lisboa. Foi, a partir destas experiências, que se desenvolveu após 1974, um trabalho mais amplo de integração de alunos com deficiência nas escolas regulares. Ainda no decorrer dos anos setenta e oitenta desenvolveu-se uma política de Educação Integrativa com a constituição, em todo o país, de equipas de Ensino Especial, com professores

itinerantes (Rodrigues, 1999). Paralelamente a esta política de integração foram criadas inúmeras cooperativas de ensino (CERCI) que, fruto de uma aliança entre pais e técnicos, procuravam proporcionar aos alunos com deficiência cuidados médicos, atendimento especializado e escolarização.

Na comunidade internacional, a defesa do direito à educação das crianças e jovens com deficiência e a evolução de concepções sobre o modo de assegurar essa educação encontra-se consagrada em duas importantes declarações da UNESCO: a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos, de 1990 e a Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área da Necessidades Educativas Especiais, de 1994¹.

O conceito de Integração nas escolas portuguesas tornou-se realidade, não só fruto das transformações políticas e sociais da revolução democrática, mas também porque sofreu influências dos movimentos internacionais expressos em documentos como a *Public Law 94-142* (1975) nos EUA ou o *Warnock Report* (1978) (Bautista, 1993) no Reino Unido.

Em Portugal, embora a Constituição de 1976 nos artigos 71º a 73º consagre como direitos fundamentais a educação e a igualdade de oportunidades, estabelecendo a universalidade do ensino básico, obrigatório e gratuito (art.º 74) e a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) de 1986 determine que a educação especial se organiza “preferencialmente segundo modelos diversificados de integração em estabelecimentos regulares de ensino” (art.º 18, nº 1) o direito à educação e integração escolar só veio a ter plena concretização com a abolição das medidas de isenção de escolaridade obrigatória para crianças e jovens com deficiência através do D.L 35/90, de 25 de janeiro: “os alunos com necessidades educativas específicas, resultantes de deficiências físicas ou mentais, estão sujeitos ao cumprimento da escolaridade obrigatória, não podendo ser isentos da sua frequência”. (art.º 2º, nº2) A Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986 (Dec. - Lei nº 46/86, de 14 de outubro) definiu a Educação Especial como modalidade integrada no sistema geral da educação. Este documento estabelece os alicerces da Educação Especial como prestando apoio nas estruturas regulares de ensino, de acordo com as necessidades de cada aluno. Prevê, ainda, a manutenção deste ensino em

¹ A Declaração de Salamanca é um documento publicado em 1994 como resultado da Conferência Mundial sobre Educação de necessidades Especiais (*World Conference on Special Needs Education*).

instituições específicas, quando comprovadamente o exijam o tipo e o grau de deficiência: “assegurar o direito à diferença, mercê do respeito pelas personalidades e pelos projetos individuais da existência, bem como da consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas” [(alínea d) do art. 3º do Dec. - lei nº 46/86]. Esta legislação (LBSE) preconiza uma “escola para Todos”, baseando o conceito de alunos com “Necessidades Educativas Especiais” em critérios pedagógicos (artigos 2º; 7º; 17º; e 18ª).

O Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de agosto, veio definir e regulamentar o regime educativo especial nas escolas de ensino regular prevendo a adaptação das condições em que se processa o ensino/aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais. Da criação deste diploma emerge uma nova realidade do sistema educativo, onde o aluno com NEE passa a ter o direito de aderir à classe regular. Implicitamente, esta legislação responsabiliza a escola pela oferta das respostas mais adequadas às problemáticas de cada aluno obrigando-a a uma flexibilização de todo o processo de ensino/aprendizagem.

Princípios enunciados no Decreto-Lei nº 319/91:

- Responsabilização de todos os professores e da escola do ensino regular em conhecer o meio socioeconómico e escolar da criança;
- O professor deve ser conhecedor da situação escolar e sócio-familiar de cada aluno com NEE, de modo a melhor poder adequar as medidas a adotar;
- Existência de uma planificação educativa individualizada, flexível e adaptada a cada situação;
- Participação dos pais na avaliação e na realização dos programas educativos;
- Utilização dos professores de Educação especial como um dos vários recursos da escola;
- Abertura da escola ao meio possibilitando o acesso aos diferentes serviços existentes na comunidade;
- A expressão “alunos com deficiência” passa a ser substituída por “alunos com Necessidades Educativas Especiais”;

- Regulamentação de novas medidas e.g. programas Educativos Individuais (PEI); possibilidade de flexibilização dos currículos; e flexibilização da avaliação.

Progressivamente começaram a emergir os princípios de uma escola inclusiva, onde todos os alunos devem aprender juntos independentemente das dificuldades e diferenças que cada um apresenta, baseadas nas recomendações contidas na *Declaração de Educação para Todos*; na *Declaração de Salamanca (1994)*; e nas *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência* das Nações Unidas.

Entra em vigor em 1 de julho de 1997 o Despacho Conjunto nº 105/97 que reforça a necessidade da diferenciação curricular através da adaptação e individualização curricular às necessidades e características de cada um, em especial dos alunos com NEE. Este Despacho aponta para um sistema educativo único, englobando simultaneamente a educação regular e a “especial” numa preocupação conjunta pelo atendimento de todas as crianças que apresentam dificuldades.

O Despacho Conjunto 105/97 propunha-se:

- Responsabilizar a escola por todos os alunos, com a adoção de estratégias e formas de intervenção adequadas ao sucesso educativo década um;

- Assegurar os apoios indispensáveis ao desenvolvimento de uma escola de qualidade, através de respostas articuladas e flexíveis;

- Fomentar uma maior articulação entre os diferentes intervenientes do processo educativos através de parcerias com serviços, instituições e autarquias locais.

Por último, foi publicado em 7 de janeiro de 2008 o Decreto-Lei 3/2008. Daqui decorreram alterações significativas ao nível da Educação Especial, nomeadamente o público alvo a quem este se dirige, ao nível do processo de referenciação, à avaliação e à elegibilidade dos alunos que beneficiam da Educação Especial. Muitas alterações surgiram, e com elas, muitas crianças e jovens que beneficiavam dos apoios prestados pelos serviços da Educação especial, deixaram de poder recebe-los.

A população abrangida pelos serviços de Educação Especial passa a ser definida pelo âmbito proposto na *Classificação Internacional de Funcionalidade da Organização Mundial de Saúde - CIF* (2007). Pelo Dec.- Lei 3/2008 determina-se que os serviços de Educação Especial se destinam a

“crianças e jovens com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (art.º 1do decreto-lei 3/2008)”.

1.1. A Inclusão

Inclusão é um esforço de mudança e melhoria da escola por forma a proporcionar a todas as crianças as melhores condições de aprendizagem, sucesso e participação, na base das circunstâncias específicas de cada um (Correia, 1997; 2003). Inclusão é uma questão de direitos e valores, e a condição da educação democrática (Leitão, 2010).

Educação Inclusiva significa, assim, proporcionar a todos os alunos, sem exceção, igualdade de oportunidades e direitos na educação, independentemente da sua origem, da sua condição física e psicológica e da sua capacidade de aprendizagem. Citando a UNESCO (1994)

“a Educação Inclusiva, com base no princípio da Inclusão, visa proporcionar a igualdade de oportunidades e de participação, no ensino e na aprendizagem, de toda e qualquer pessoa, independentemente das diferenças sócio-individuais que as caracterizam”.

Necessidades Educativas Especiais referem-se a

“todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiência ou dificuldades escolares, conseqüentemente, têm necessidades educativas especiais em determinado momento da sua escolaridade” (Declaração de Salamanca, 1994. p.6).

Refere, a mesma fonte que:

“(...) as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ser incluídas nas estruturas educativas destinadas à maioria das crianças. (...) o desafio com que se confronta esta escola inclusiva é o de ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada nas crianças, suscetível de as educar a todas com sucesso, incluindo as que apresentam graves limitações.” (idem)

Esta situação requer uma grande diversidade dentro da sala de aula, levando os professores a procurarem

“estratégias e procedimentos que proporcionem a todos os alunos as melhores condições e oportunidades de aprenderem e interagirem, solidária e cooperativamente, desenvolvendo ao máximo as suas competências académicas e sociais.” (Leitão, 2010. p. 20)

À escola compete incluir todas as crianças, aceitar as diferenças, apoiar as aprendizagens e responder às necessidades individuais e familiares de todos os alunos, nomeadamente aqueles que são portadores da síndrome que nos propusemos estudar no início deste trabalho de investigação: A Síndrome Alcoólica Fetal, causa principal da deficiência intelectual cuja causa se deve aos efeitos do álcool no recém-nascido, consequentes do seu consumo pela gestante.

2. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GRAVIDEZ

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o álcool é uma substância psicoativa lícita disponível na maior parte do mundo, sendo a mais utilizada na nossa sociedade, com forte influência na publicidade, aceitação cultural e facilidade de acesso ao consumidor (Mello, Barrias & Breda, 2001), o que leva a uma recorrência cada vez maior entre os mais jovens, persistindo esta atitude ao longo da vida (Mello *et al.*, 2001).

Mello *et al.* (2001) referem que cerca de 10% dos portugueses apresentam graves incapacidades ligadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Os mesmos autores referem, ainda, que sendo Portugal um país vinícola, o consumo de cerveja e bebidas destiladas merece também atenção, marcado por uma publicidade através de mensagens que associam o consumo a uma imagem de poder, sedução e afirmação pessoal. Mais referem que, em Portugal, onde a cultura da vinha remonta a tradições antigas, o álcool é parte integrante da nossa cultura. E de facto, Portugal é considerado o terceiro maior consumidor europeu de álcool puro: mais de 70% dos cidadãos com mais de 16 anos assumem beber bebidas alcoólicas regularmente e 50% das mulheres consomem bebidas alcoólicas (80% das quais continuam a consumir durante a gravidez e amamentação. (Mello *et al.*, 2001)

O álcool, quando consumido em excesso, tem consequências nefastas para o organismo humano, sendo responsável, direta ou indiretamente por problemas sociais, físicos e mentais (Streissguth, A., Barr, H., Bookstein, F. Sampson, P. & Olson, H., 1999; Riley, E. Charness, M., Sowell, E., 2016; Godino A., Abate, P., Amigone, Molina. 2015; Dybdahl, C. & Ryan, S., 2009).

O Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da FEP-UCP (Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa) em conjunto com o Instituto de Droga e da Toxicodependência - IDT (atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD) e a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos tem vindo a desenvolver alguns estudos sobre o consumo de álcool nas mulheres grávidas. Num dos últimos estudos publicados, pode concluir-se da análise dos resultados que “36,2% das mulheres inquiridas apresentaram consumo de bebidas alcoólicas durante o período gravítico” (Silva, 2011).

De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health* (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2011; (Mello *et al.*, 2001), o consumo nocivo de álcool está a afetar cada vez mais as jovens gerações.

Embora alguns autores apontem para determinadas quantidades de álcool como indicadores de risco para o surgimento de problemas na criança, da revisão da literatura ressaltam, por parte da comunidade científica, as contínuas advertências para o perigo e os riscos para a saúde associados ao álcool, reafirmando a recomendação de não o consumir durante a gravidez e

defendendo a abstinência total (Streissguth *et. al.*, 1999; Godino *et. al.*, 2015; Mello, *et. al.*, 2001) consideradas as graves consequências que este comporta.

Estapreocupação e recomendações continuadas justificam-se, não só pelo facto de haver um desconhecimento sobre qual a dose mínima segura de consumo de álcool durante a gestação, como também “pelo facto de, frequentemente, as grávidas não estarem informadas dos efeitos nocivos do álcool sobre o feto” (Remoaldo, 2000).

De entre as várias consequências causadas pelo consumo de álcool durante a gestação salientamos: o deslocamento prematuro da placenta (DPP), atraso no crescimento intra-uterino na fase de pré-parto, e consequências pós-parto ao nível de uma diminuição de peso do recém-nascido, quando comparado com os valores médios expectáveis. As consequências desenvolvimentais suscetíveis de acontecerem logo nos primeiros tempos de gravidez são as mais graves e aquelas que irão apresentar maiores implicações a longo prazo. A nível desenvolvimental, as crianças expostas no útero ao álcool podem sofrer alterações ao nível do desenvolvimento neurocomportamental, contudo, a identificação destas alterações nem sempre é verificada, sendo que existem situações que só são verificadas em idade escolar (Streissguth *et. al.*, 1999; Xavier, 2000; Lima, 2008).

Mendonça (1977) refere uma redução do quociente de inteligência (QI) em crianças de mães que abusaram do álcool durante a gravidez, com valores médios na ordem de 65 a 80, assim como perturbações do desenvolvimento pós-natal, atraso na linguagem, apatia e dificuldades de aprendizagem. Verifica-se também a tendência para situações de isolamento social, irritabilidade e comportamento agressivo. (Mello *et. al.*, 2001)

3. A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL (SAF)

3.1. Breve Caracterização da SAF

Lemoine (1968) foi o primeiro a descrever com exatidão e de forma completa o quadro clínico das crianças afetadas por alcoolização fetal. Jones & Smith (1973) reconheceram o mesmo padrão clínico e propuseram a denominação de Síndrome Alcoólica Fetal, substituindo a expressão usada nos EUA “*Funny lookin gkid*” e a de “*Les petits Lemoine*”, em França.

A SAF é uma patologia causada pelo consumo de álcool durante a gravidez com efeitos permanentes e frequentemente nefastos para o desenvolvimento da criança. Refere-se a uma constelação de anomalias físicas, comportamentais e neurocognitivas, sendo a principal causa de deficiência intelectual (Streissguth *et. al.*, 1999; Lima, 2008; Riley *et. al.*, 2016;). “Observada em mais ou menos um terço dos recém-nascidos de mães alcoólicas” (Mazet & Stoleru, 2003), a SAF é a principal causa de deficiência intelectual nos EUA, com uma prevalência de 2/1000 em nados vivos (Mazet & Stoleru, 2003).

3.2. Critérios de Diagnóstico da SAF

A exposição do feto ao álcool não justifica, por si só, um diagnóstico de SAF. De acordo com o Centro de Controlo de Doenças (CDC) nos EUA, o diagnóstico da SAF requer a verificação de três requisitos específicos, nomeadamente, a diminuição do crescimento do feto (intrauterino e pós-natal); alterações a nível do sistema nervoso central (SNC); e presença de três anomalias faciais (e.g. lábio superior fino, pequena abertura nos olhos, filtro indefinido) (Streissguth *et. al.*, 1999; Lima, 2008).

Em 1980, o *Fetal Alcohol Study Group* da *Research Society of Alcoholism* identificou algumas das características desta síndrome: atraso no crescimento intra-uterino e/ou deficiente evolução estatura-ponderal, alterações do sistema nervoso central, alterações cardíacas e urogenitais, atraso do desenvolvimento,

dismorfia craniofacial com pelo menos duas das seguintes características: microcefalia, fendas palpebrais curtas, lábio superior fino, fenda do palato, hipoplasia do maxilar superior, narinas antevértidas, retrognatismo ou micrognatismo. Concomitantemente, poderão também surgir perturbações do foro comportamental, agressividade, irritabilidade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Vários estudos realizados sugerem que as crianças com SAF podem apresentar débil coordenação motora, hipotonia, sendo frequentes as malformações vasculares e as anomalias ao nível da visão e da audição (Clarren& Smith, 1978, *in* Carvalho, 2013; Streissguth *et. al.*, 1991; 1999).

O impacto teratogénico do álcool pode também causar défices nas funções cognitivas, nomeadamente ao nível da atenção, memória, processamento da informação, cumprimento das tarefas, habilidades motoras e resolução de problemas, interferindo, desta forma, no funcionamento social da criança, no seu comportamento adaptativo, na sua competência social, e na comunicação (Riley, Charness&Sowell, 2016). 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 reações metabólicas como a hipoglicemia, hipocalcemia e icterícia (Guimarães *et al. in* Ribeiro, Ponte & Araújo, 2010).

A microcefalia e o atraso psicomotor são encontrados, respetivamente em 94% e 89% das crianças. O Q.I. será tanto mais baixo quanto mais nítido for o nanismo e a dismorfia craniofacial. As malformações associadas à SAF variam entre 10% e 50%, podendo atingir qualquer aparelho ou sistema do organismo humano (Ribeiro, Ponte & Araújo, 2010).

Tabela1 – Malformações associadas à Síndrome Alcoólica Fetal

Cardíacas	Cardiopatias congénitas
Geniturinárias	Hipoplasias dos grandes lábios, vagina dupla, hipertrofia do clítoris, displasias renais, uropatias malformativas, rim em ferradura, hipospádias, ginecomastia (da criança).
Esqueléticas	Tórax em quilha, escoliose, luxação da anca, sinostoserádio-cubal

	Aspeto em fuso dos dedos da mão, braquidactilia do dedo mínimo da mão, macrodactilia do dedo do pé.
Cutâneas	Hipoplasia das unhas, angiomas, implantação anormal do cabelo.

Fonte: adaptado de Ribeiro, Ponte & Araújo, 2010

3.3. Características da Criança com SAF

Ainda na barriga da mãe o feto exposto ao álcool começa por apresentar um atraso no crescimento, em altura, peso e perímetro da cabeça. De acordo com diversos autores (e.g., Paasche, Carol, Gorri Lola; Strom & Bev, 2010) estes bebés apresentam tamanho e peso reduzidos, baixa estatura e distúrbios no crescimento, proporções corporais irregulares, falta de tónus muscular, cara achatada e pequena, ossos do rosto pouco desenvolvidos, dentes pequenos ou mal formados, palma da mão com pregas diferentes do padrão de referência, entre outras anomalias físicas (como cabeça pequena (microcefalia), queixo e maxilares pequenos, fenda palatina, nariz pequeno e de base larga, lábio superior liso e fino e com sulco naso labial ausente, olhos com pregas epicânticas proeminentes, pequenos e apertados, estrabismo). A deficiência a nível visual, auditivo, cardíaco, articular e vascular também se verifica. O problema mais grave é o crescimento deficiente do cérebro que está muitas vezes associado ao atraso intelectual (Lima, 2008).

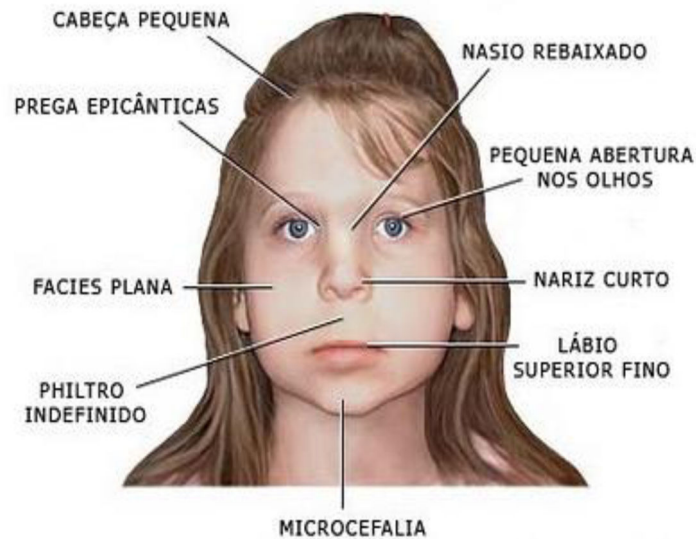


Figura 1 - Características faciais da criança com SAF

As crianças afetadas pelo álcool durante a gestação apresentam anomalias neurológicas, irregularidade no crescimento e perturbações comportamentais, emocionais e de interação social, hiperatividade e déficit de atenção, problemas no processo de aprendizagem e memória. Tal como já foi referido, o sistema nervoso é o mais afetado sendo que o quociente de inteligência (QI) pode variar de criança para criança, entre os 60% e 80%.

Em termos comportamentais, as crianças com SAF apresentam dificuldades na linguagem, fala e na comunicação. São irritáveis, hiperativas, ansiosas, desorganizadas e perdem muitas vezes os objetos de pertença. Muito facilmente alteram o humor e reagem de forma impulsiva e extrema.

A tabela que a seguir apresentamos facilita-nos uma melhor percepção sobre uma possível relação existente entre o órgão afetado e as manifestações clínicas da SAF (Lima, 2008).

Tabela 2 – Malformações associadas à Síndrome Alcoólica Fetal

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

Fonte: retirado de Ribeiro, Ponte & Araújo, 2010.

Da revisão da literatura constatamos, assim, que as manifestações clínicas decorrentes do processo patológico da ação do álcool sobre o feto ou embrião e dependendo ainda de outros fatores de entre os quais salientamos a idade da mãe (gravidez tardia), o número de gravidezes anteriores; gravidez anterior exposta aos efeitos do álcool; a quantidade de álcool ingerida; o padrão de consumo; o grau de dependência; ausência de consultas pré-natais; estados depressivos e subnutrição, podem variar desde as lesões mais graves, como o aborto, até às lesões mais discretas, de pouca ou nenhuma visibilidade, isto é, crianças que não apresentam nenhum sinal ou sintoma ao nascer ou no decorrer do seu desenvolvimento até à idade adulta.

Ainda assim, uma vez que o álcool atua no órgão mais vulnerável, que é o cérebro, podemos pensar no facto de existirem crianças cujas mães beberam apenas e esporadicamente em algumas ocasiões sociais (*binge-drinking*) que, não apresentando manifestações características da Síndrome Alcoólica Fetal apresentam, no entanto, uma discreta perturbação funcional, principalmente de relação neurocognitiva-comportamental.

Relativamente a estas crianças, apesar de não apresentarem manifestações clínicas ou morfológicas assinaláveis nos exames médicos, deverá ser considerada a sua história clínica (anamnese), uma vez 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 de sono e perturbação cerebral (Lima, 2008).

3.4. Classificação Clínica da SAF

A literatura refere um conjunto de termos de diagnóstico, todos eles correspondentes à designação de Síndrome do Espectro do Alcoólico Fetal (SEAF), que se apresentam como uma constelação de variáveis, anormalidades físicas, cognitivas e comportamentais causadas pelos efeitos da exposição fetal ao álcool (teratogénese).

Em ordem decrescente de gravidade dos efeitos temos dentro da SEAF: i) a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), destacável das restantes problemáticas pela severidade que apresenta; a ii) Síndrome do Alcoolismo Fetal Parcial, ii) os Defeitos de Nascimento relacionados com o Álcool, e a iii) Síndrome Neuro-Desenvolvimental relacionado com o Álcool (Streissguth *et. al.*, 1999; Rendall-Mkosi *et. al.*, 2008).

A SAF abarca três formas básicas: i) SAF leve, ii) SAF moderada e iii) SAF grave. Mais especificamente:

i) as manifestações clínicas e alterações das formas leves da SAF caracterizam-se pela ausência ou presença discreta de características morfológicas (aparência sem alterações), que desaparecem com o desenvolvimento orgânico “ao mesmo tempo que as características faciais tendem a suavizar-se tornando-se mais dificilmente reconhecíveis, o diagnóstico torna-se cada vez mais difícil com o avançar da idade” (Charness *et. al.*,2016), funções neurocognitivas com défices discretos e/ou que surgem no período escolar: défice de atenção, hiperatividade; distúrbios de comportamento mais evidentes na fase escolar e na adolescência (agitação, agressividade ou comportamento passivo, conduta anti-social, dificuldade de relacionamento pessoal e em grupo, imaturidade); maior vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas; QI levemente abaixo do normal com dificuldades no rendimento escolar (Lima, 2008).

Os exames complementares neuropsicológicos ajudam na identificação e avaliação das alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos afetados (cérebro, rins e coração). As formas mais comuns (SAF moderada) são as mais facilmente identificáveis dado apresentarem características morfológicas visíveis (Lima, 2008).

Nas formas leves da SAF, o álcool provoca pequenas alterações que irão expressar-se durante a infância ou na adolescência mediante sintomas ou distúrbios neuropsicológicos ou comportamentais, sendo possível e aplicável em alguns casos de défice de atenção/hiperatividade. A avaliação psicopedagógica e o desempenho nas atividades escolares é uma forma de avaliar as dificuldades e/ou as habilidades da criança com SAF e melhor planificar o desenrolar do seu processo de ensino-aprendizagem (Lima, 2008).

. ii) as formas moderadas caracterizam-se pela presença de microcefalias, dismorfias craniofaciais (fácies típica),baixa estatura e baixo peso ao nascer,atraso mental/défice neuro cognitivo,distúrbios comportamentais, e malformações congénitas de outros órgãos (coração, rins, ossos, articulações).

iii)as formas graves da SAF levam ao aborto ou à morte pré-natal.

4. INTERVENÇÃO EDUCATIVA

4.1. Perfil de funcionalidade de um aluno com SAF, com referência à CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001)

4.1.1. Funções e Estruturas do Corpo

O aluno com SAF apresenta:

- dificuldades nas funções da orientação em relação ao tempo(b1140), consciência da data, dia, mês e ano;
- desenvolvimento intelectual geral deficitário grave, encontrando-se abaixo da média comparativamente a crianças da sua faixa etária (b117);
- déficesde concentração por um tempo considerado mínimo nos estímulos essenciais para a execução das tarefas (b1400);
- dispersão em ambientes pouco estruturados em que existam estímulos múltiplos, demonstrando deficiências na divisão da atenção não conseguindo concentrar-se em mais que um estímulo simultaneamente (b1402);
- défices na memória imediata, tendo bastantes problemas no armazenamento a curto prazo de dados em processamento, não conseguindo organizar cognitivamente de forma adequada as informações codificadas (b1440);
- défices ao nível do registo alargado de informações necessárias para a resolução de tarefas, não as conseguindo conservar e consolidar a longo prazo para serem estrategicamente utilizadas no futuro (b1441);
- dificuldades na resolução de problemas que impliquem sistematização e planificação de tarefas, descoberta de meios e fins, apresentando raciocínio desorganizado sem inferências (b1646);

➤ défices na compreensão e interpretação de mensagens orais (b16700) e escritas (b16701). As aptidões envolvidas na produção de mensagens orais (b16710) e escritas (b16711), são deficitárias, com dificuldades na expressão de ideias e conhecimentos, situação bastante relacionada com um vocabulário pobre para a idade e problemas acentuados nas competências simbólicas de leitura e escrita;

➤ défices na produção de sons da fala, nomeadamente na articulação de fonemas (b320), com comprometimento na produção de fluxo da fala uniforme e ininterrupto, associado às funções de fluência da fala (b330).

4.1.2. Atividade e Participação

O aluno com SAF manifesta:

➤ dificuldades na aprendizagem básica de imitar ou copiar (d130), nomeadamente as letras do alfabeto

➤ dificuldades na aprendizagem de ações básicas para decifrar símbolos, caracteres, letras e palavras (d140).

➤ dificuldades na aquisição de competências para escrever palavras e frases (d145).

➤ dificuldades em manter-se atento aos estímulos específicos fundamentais para o processo de aprendizagem (d160).

➤ limitações para encontrar soluções para problemas simples não conseguindo utilizar estratégias cognitivas adequadas (d175).

➤ limitações na realização de ações coordenadas para a resolução de tarefas simples (d2100), sendo pouco autónomo na realização das mesmas, necessitando de muito incentivo e supervisão do professor.

➤ limitações na produção de mensagens verbais (d330) e escritas (d345) constituídas por palavras, frases e histórias com significado literal e implícito.

4.1.3. Fatores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem

O aluno com SAF revela:

- problemas sociais: amizade imprópria com desconhecidos, comportamento social imaturo (e345).
- Relativamente às atitudes dos amigos, conhecidos, colegas, pares e vizinhos, regra geral, o aluno com SAF é bem aceite por todos, é incluído nas brincadeiras, e os colegas mostram-se disponíveis para o ajudar (e420+2; e425+2)

4.2. O Aluno com SAF em Contexto Escolar

Todas as dificuldades cognitivas apresentadas têm consequências na aprendizagem académica, facto que aliado às dificuldades sociais e emocionais que comprometem a capacidade de formar relações positivas com pares e professores torna o contexto escolar extremamente exigente para indivíduos com SAF.

Por outro lado, o facto dos professores não terem conhecimentos sobre as dificuldades de aprendizagem, sociais e comportamentais que caracterizam os estudantes com SAF faz com que não adequem as suas práticas pedagógicas de forma a responder às necessidades particulares e complexas destes indivíduos (Porth *et al.*, 2014)

Para crianças e adolescentes com SAF, o ambiente escolar pode ser particularmente exigente, com danos no desenvolvimento neurológico, resultante num grande impacto ao nível do funcionamento comportamental e cognitivo (Koren, Nulman, Chudley, & Looche, 2003).

Os défices cognitivos associados à SAF (e.g.memória fraca, limitações a nível do pensamento abstrato, fraca capacidade a nível da transferência de informação) têm efeitos significativos na aprendizagem, aquisição e compreensão de conhecimentos e saberes (Duquette, Stodel, Fullarton, & Hagglund, 2006b; Rasmussen & Bisanz, 2006).

Igualmente desafiadoras são as características sociais e emocionais associadas à SAF onde as explosões emocionais, a falta de empatia e uma consciência social muito limitada, dificultam de forma significativa a capacidade dos alunos para construírem relações positivas e adequadas com os colegas e os professores (*idem*, 2006).

Por isso não será surpreendente que 60% dos estudantes com SAF experienciem alguma experiência negativa, tal como a transferência de escola, a suspensão por comportamento inapropriado, a expulsão ou mesmo o abandono escolar antes de terem atingido 18 anos de idade (Streissguth, 1997).

Tendo como objetivo facilitar a integração de estudantes com SAF em contexto escolar, é fundamental que os professores e restantes profissionais compreendam a influência das variáveis contextuais na aprendizagem destes indivíduos e obtenham formação, que lhes permita colocar em prática estratégias adequadas que diminuam o insucesso escolar (Poth *et al.*, 2014).

A integração dos alunos com SAF ou outras necessidades educativas numa sala de ensino regular exige, por parte do professor, um conhecimento e compreensão das influências ambientais que moldam estes alunos. Os esforços dos professores, educadores e profissionais afins são muito importantes para atenuar essas perturbações e assegurar que os alunos com SAF recebem a educação e os cuidados necessários para ter uma vida de qualidade (Green, 2007; Ryan & Ferguson, 2006a; Blackburn, 2009).

Embora as pesquisas sobre as estratégias mais eficazes a adotar em sala de aula para estudantes com SAF sejam ainda reduzidas, atendendo à miríade de desafios educacionais levantados por esta síndrome (Kodituwakku & Kodituwakku, 2011; Ryan & Ferguson, 2006a), alguns investigadores têm salientado, por exemplo, a importância de encarar e compreender estes estudantes na sua totalidade.

Neste sentido, devem ser encorajadas interações individuais entre o professor e os estudantes com SAF, o que permitirá compreender o aluno como

um todo. Para que se consiga obter este conhecimento do aluno, na sua totalidade, professores, educadores e profissionais afins são encorajados a promover e fomentar a interação individual entre professor e aluno no sentido de minimizar pressupostos ou ideias pré-concebidas, reconhecer e valorizar comportamentos positivos que reforcem futuras ações, no sentido de os tornar mais pró ativos, autónomos, e agentes responsáveis das suas decisões (Green, 2007; Ryan & Ferguson, 2006a; Blackburn, 2009).

Esta interação individualizada poderá facilitar ao professor uma melhor posição podendo tornar-se num elemento mediador no sentido de gerenciar proactivamente dificuldades sociais e comportamentais destes alunos.

As estratégias de ensino junto de alunos com SAF devem ser baseadas em relações de proximidade. Uma abordagem de ensino individualizado terá maiores benefícios com estes alunos do que uma abordagem homogénea com base ideias pré-concebidas.

O professor deve conhecer os alunos antes de ler os seus registos biográficos. Muitos autores concordam que grande parte da informação contida nestes registos tem um caráter redutor uma vez que se enfoca apenas as limitações do aluno, ao invés de assumir uma leitura construtiva em termos de enfocar os pontos fortes destes alunos.

Esta linha de pensamento é defendida na literatura sugerindo que fazer suposições sobre as competências e habilidades dos alunos com SAF com base em conhecimentos gerais ou relatórios anteriores podem ser prejudiciais para a autoeficácia e para o desempenho dos alunos – dois aspetos fundamentais para o seu desenvolvimento saudável e sucesso escolar (Lindstrom et al., 2007).

Se os professores, técnicos de educação e os outros profissionais afins focarem a pessoa (indivíduo) e não a sua deficiência (incapacidade) tornar-se-á mais fácil ajudar estes alunos a identificar os seus próprios valores, necessidades, capacidades e interesses e desenvolver uma imagem mais positiva de si e dos outros (Lindstrom et al., 2007; Ryan & Ferguson, 2006b).

Vários estudos realizados (e.g. Porth et al., 2014, Rogers-Adkinson & Stuart, 2007) referem a importância de reconhecer e valorizar os comportamentos positivos dos estudantes com SAF. Os desafios académicos e comportamentais dos alunos com SAF podem ser tão complexas que, por vezes,

pode ser muito difícil reconhecer os pontos fortes ou encorajar comportamentos positivos quando eles são percebidos (Ryan & Ferguson, 2006b).

Torna-se necessário que as partes interessadas tomem consciência da importância da sua contribuição para a educação de alunos com SAF e para a promoção de seu desenvolvimento saudável dando ênfase aos comportamentos positivos e interações colaborativas (Rogers-Adkinson & Stuart, 2007).

A investigação realizada refere também os benefícios de proporcionar aos estudantes com SAF algum grau de controle sobre sua tomada de decisão, permitindo-lhes a realização de escolhas, torna-os mais autônomos e pro-ativos, tornando mais fácil a sua transição para a vida adulta.

A investigação também considera necessário que os professores compreendam como os diferentes contextos (ex. casa, escola) onde os estudantes com SAF se movimentam podem influenciar o seu desenvolvimento e a sua aprendizagem (Poth *et al.*, 2014). Assim, é necessário que a escola crie uma atmosfera inclusiva que promova as boas vindas a estes estudantes.

No entanto, a comunidade escolar reconhece ainda existir uma resistência para incluir estudantes com SAF nas salas de aula de ensino regular devido à falta de consciência das necessidades destes alunos e de oportunidades profissionais para aprender sobre estratégias mais eficazes. Este sentimento é consistente com pesquisas que mostram maior oposição no que respeita à inscrição e acomodações em escolas que não estão ainda familiarizadas com este tipo de perturbação (Duquette *et al.*, 2006b).

É fundamental que, para além de uma boa relação entre o professor e o aluno, exista uma relação de confiança entre os cuidados e os professores, de modo a promover práticas comportamentais e educativas consistentes nos diferentes contextos (Porth *etal.*, 2014).

A investigação sugere o impacto positivo que poderá ter na aprendizagem de estudantes com SAF o acesso precoce ao acompanhamento de serviços como Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, bem como o desenvolvimento de um trabalho de equipa entre os professores e os profissionais de saúde. (e.g., Porth *et al.*, 2014). Realça ainda a importância de uma colaboração efetiva entre a escola e outros serviços da comunidade como um meio de facilitar o acesso e a transição efetiva dos estudantes com SAF para a vida adulta.

A investigação refere ainda a importância de uma intervenção educativa especializada, intensiva e centrada nas necessidades específicas dos estudantes com SAF. Assim, atendendo às dificuldades no funcionamento cognitivo, poderá ser útil durante uma aula ajudar o aluno a focar-se e a 'refocar-se' na tarefa, podendo fazê-lo repetindo o que o aluno deverá executar várias vezes ou através do contacto físico, tocando por exemplo no ombro do aluno. Dybdahl & Ryan (2010) referem que num período de 90 minutos o professor poderá ter que 'refocar' o aluno 10 ou mais vezes. Será importante que as atividades se desenvolvam numa atmosfera calma, silenciosa e com poucas distrações. As atividades devem obedecer a uma estrutura básica e sempre que possível deve ser atribuído mais tempo para que este possa completar a realização das tarefas.

É fundamental que na prática pedagógica os professores consigam garantir momentos em que proporcionam uma atenção individualizada ao estudante com SAF, por exemplo dando uma explicação adicional sobre determinado tópico, realidade esta que pode ser facilitada se, em contexto de sala de aula, estiverem presentes outros adultos. (Dybdahl & Ryan, 2010)

No sentido de atenuar os efeitos negativos da falta de concentração, ansiedade e défice de atenção dos alunos portadores desta síndrome, estes deverão estar sentados nas primeiras carteiras, o mais perto possível da secretaria do professor promovendo assim com maior contacto entre ambos quer-seja através do olhar ou pelo contacto físico (toque no ombro ou no braço).

A investigação refere que poderá ser importante promover dentro do contexto de sala de aula a construção de relações positivas, através de atividades de grupo ou levando os estudantes com SAF a assumir tarefas de responsabilidade para com o restante grupo de alunos(Dybdahl & Ryan, 2010).

No que concerne ao controle de eventuais situações alterações de humor, conflito e agressividade direcionada a pares, a literatura sugere ajudar o estudante com SAF a identificar o problema de forma clara e a assumir a responsabilidade pela sua resolução, contribuindo assim para o desenvolvimento de um maior auto-controle(Dybdahl & Ryan, 2010).

Em suma, o professor do ensino regular perante um aluno com SAF deverá sempre mostrar uma atitude de compreensão e de aceitação pois só assim poderá contribuir para a eliminação de atitudes negativas e

discriminatórias promovendo desta forma a construção de uma sociedade e escola inclusiva (Nielson, 1999; Correia, 2008). As atitudes de rejeição e posturas preconceituosas, transmitidas culturalmente, mas infelizmente tantas vezes verificadas criam barreiras físicas e sociais que inibem e dificultam todo o processo de integração da criança e de ensino-aprendizagem (Nielson, 1999; Correia, 2008).

Metodologia de Estudo

1. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo visa analisar, num conjunto de professores do ensino regular de um agrupamento de escolas do concelho da Trofa, o conhecimento a respeito da SAF e a percepção relativamente a distintos fatores que podem influenciar a experiência inclusiva de alunos com esta síndrome. Especificamente, esta investigação pretende:

- c) aferir se estes professores possuem conhecimentos sobre as alterações de crescimento e anomalias craniofaciais que caracterizam a SAF (de acordo com Thackray & Tiff, 2001);
- d) identificar a percepção destes professores sobre:
 - a sua capacidade para gerir alunos com SAF em contexto de sala de aula;
 - os benefícios decorrentes da inclusão de alunos com SAF em contexto de sala de aula;
 - as estratégias educativas apontadas na literatura como as mais adequadas no ensino de um estudante com SAF (nomeadamente, compreender o aluno como um todo, dinamizar a relação entre os vários contextos em que o aluno se insere e criar um programa educativo centrado e adequado às idiossincrasias do aluno com SAF).

2. INSTRUMENTO

Atendendo aos objetivos definidos para este estudo, foi desenvolvido um questionário (Apêndice) constituído por 3 grupos de questões:

Grupo 1 - dados pessoais e profissionais. Este grupo inclui 11 questões (resposta aberta, dicotómica e de escolha múltipla), com o objetivo de caracterizar a amostra;

Grupo 2 - conhecimentos sobre a SAF. Este grupo contempla um conjunto de 9 afirmações relativas às “alterações de crescimento e anomalias craniofaciais” e ainda 16 afirmações relativas às “alterações ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC),” incluindo “funcionamento cognitivo”, “funcionamento motor” e “funcionamento sensorial e comportamental”;

Grupo 3 – percepções dos professores. Este grupo inclui um conjunto de 25 afirmações destinadas a avaliar a percepção dos professores sobre i) a sua capacidade em gerir alunos com SAF em contexto de sala de aula, ii) os benefícios decorrentes da inclusão e iii) as estratégias educativas apontadas na literatura como as mais adequadas.

3. PARTICIPANTES

O presente estudo centrou-se nos professores do ensino regular que, no ano letivo 2015/2016, lecionaram no Agrupamento de Escolas da Trofa. Segundo os Serviços Administrativos do Agrupamento de Escolas da Trofa, o número total de professores que lecionaram no referido ano letivo foi de 253 (Tabela 3). Destes, 120 professores receberam, em mão, o questionário desenvolvido para o presente estudo.

Tabela 3 - Número de professores do ensino regular que lecionaram no Agrupamento de Escolas da Trofa no ano letivo de 2015/2016

Pré- Escolar	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo e Secundário	Total
16	42	14	154	253

Fonte: Serviços Administrativos do Agrupamento de Escolas da Trofa

4.RESULTADOS

4.1. Caracterização da Amostra

Do total de 120 questionários entregues aos professores, foram devolvidos 84 questionários válidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 70%. A entrega dos questionários coincidiu com o término das atividades da componente letiva e início das reuniões de Avaliação dos Conselhos de Turma, e ainda com o início dos exames nacionais do 9º, 11º e 12º anos, o que poderá justificar a percentagem de 30% correspondente ao número de questionários que não foram devolvidos.

Tabela 4 - Taxa de resposta ao questionário e representatividade dos dados obtidos

População (nº total de professores)	Nº de questionários entregues	Nº de questionários preenchidos	Nº de questionários válidos	Taxa de resposta ¹ %	Representatividade dos dados obtidos ² %
253	120	84	84	70%	33.2%

Os resultados obtidos revelaram uma maior percentagem de respondentes do sexo feminino (77% sexo feminino vs. 23% sexo masculino).

Relativamente à idade, e conforme se mostra na Tabela 5, as faixas etárias predominantes situam-se nos intervalos entre os 45 e os 59 anos de idade. Apenas 1% da amostra dos professores inquiridos apresenta uma idade abaixo dos 35 anos de idade.

Tabela 5 – Distribuição da amostra tendo em conta a classe etária

Idade	Nº de participantes	Percentagem
< de 35 anos	1	1%
de 35 a 39 anos	6	7%
de 40 a 44 anos	11	13%
de 45 a 49 anos	18	21%
de 50 a 54 anos	24	29%
de 55 a 59 anos	20	24%
> de 60 anos	4	5%
Total	84	100%

Por sua vez, os dados apresentados na Tabela 6 realçam uma participação muito elevada (81%) por parte dos professores do 3º Ciclo e Secundário em relação aos outros níveis de ensino.

Tabela 6 – Distribuição da amostra tendo em conta o grau de ensino lecionado

Nível de ensino que leciona	Nº de participantes	Percentagem
Pré-escolar	-	-
1º CEB	7	8%
2º CEB	9	11%
3º CEB e SEC	68	81%
Total	84	100%

Relativamente aos graus académicos, dos 84 respondentes, 55 possuem uma licenciatura como grau mais elevado, o que corresponde a 65% da amostra (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra tendo em conta o grau académico mais elevado

Grau académico mais elevado	Nº de participantes	Percentagem
Bacharelato	3	4%
Licenciatura	55	65%
Mestrado	16	19%
Doutoramento	2	2%

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e percepções dos professores do ensino regular

Não responde	8	10%
Total	84	100%

No que diz respeito ao tempo de serviço dos professores da amostra, prevalece o intervalo situado entre os 20 a 24 anos de serviço (27% dos respondentes), seguido pelo intervalo de 25 a 29 anos de tempo de serviço (25% da amostra) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra tendo em conta o tempo de serviço

Tempo de Serviço	Nº de participantes	Percentagem
< de 10 anos	2	2%
de 10 a 14 anos	4	5%
de 15 a 19 anos	14	17%
de 20 a 24 anos	23	27%
de 25 a 29 anos	21	25%
de 30 a 34 anos	12	14%
de 35 a 39 anos	8	10%
Total	84	100%

Relativamente ao Grupo de Recrutamento, refira-se que, apesar dos questionários terem sido entregues de uma forma completamente aleatória, os respondentes encontram-se distribuídos por quase todos os grupos, estando mais representados os grupos 510 (11%) e 520 (11%). Salienta-se aqui a ausência do Grupo 100 (pré-escolar) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra tendo em conta o grupo de recrutamento

Grupo de Recrutamento	Frequência	Percentagem
110	7	8%
220	1	1%
230	1	1%
240	1	1%
250	2	2%
290	2	2%
300	5	6%
320	2	2%
330	4	5%

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e percepções dos professores do ensino regular

400	8	10%
410	3	4%
420	5	6%
430	4	5%
500	6	7%
510	9	11%
520	9	11%
530	2	2%
550	5	6%
600	3	4%
620	5	6%
Total	84	100%

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Os resultados obtidos mostram que nenhum dos respondentes frequentou, alguma vez, no âmbito da sua formação académica, qualquer unidade curricular onde tivesse sido abordado o tema da SAF. Além disso, e conforme se mostra na Tabela 10, apenas 16 dos professores respondentes (ou seja, 19% da amostra) referiu ter já trabalhado com crianças com SAF. Os restantes 68 inquiridos (81% da amostra) referiram nunca ter desenvolvido atividades com estes alunos.

Tabela 10 – Distribuição da amostra tendo em conta a experiência de trabalho com alunos com SAF

Sim	Percentagem	Não	Percentagem	Total	Percentagem
16	19%	68	81%	84	100%

Questionados quanto à iniciativa de procura de informação específica sobre a SAF, apenas 17% de respondentes afirmaram ter procurado informar-se sobre esta síndrome. Destes professores, a maioria (52%) referiu a auto-formação (livros, internet ...) como meio preferencial de procura e acesso à informação (Tabela 11).

Tabela 11 –Diferentes fontes de acesso à informação sobre SAF referidas pelos professores

	Frequência	Percentagem
Participação em ações de formação	1	4.8%
Apoio de profissionais de saúde	1	4.8%
Participação em workshops	2	9.5%
Auto-formação (livros, internet...)	11	52.4%
Serviços de Psicologia e Orientação Escolar	2	9.5%
Professor do Ensino Especial	1	4.8%
Dossier do aluno	1	4.8%
Apoio de colegas de trabalho	1	4.8%
Diretor de Turma	1	4.8%

Por fim, os dados relativos ao Grupo 1 mostram que 57% dos professores respondentes considera o seu conhecimento sobre a SAF como sendo “insuficiente”; 23% consideram mesmo o seu nível de conhecimento “mau”. Por sua vez, 13% dos respondentes consideram ter um nível de conhecimento sobre a SAF “suficiente” e apenas 5% consideram possuir um “bom” nível de conhecimento sobre esta síndrome.

Relativamente ao conhecimento efetivo dos professores - avaliado no Grupo 2 do questionário aqui desenvolvido - e no que se refere às alterações de crescimento e anomalias craniofaciais características da SAF, a percentagem média de respostas certas (calculada em função do número de professores que responderam acertadamente às perguntas colocadas) não foi além dos 16%, variando entre 5% (para o item ‘sulco nasolabial ausente’) e 51% (para o item ‘baixa estatura e distúrbios de crescimento’) (Tabela 12, Figura2).

Tabela 12 – Conhecimento dos professores a respeito das características da criança com SAF, nomeadamente sobre as alterações de crescimento e anomalias craniofaciais

Grupo 1 – Alterações de Crescimento e Anomalias Craniofaciais						
A criança com SAF apresenta:	Respostas Certas		Respostas Erradas		“Não sei”	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Cara achatada e pequena	13	15%	9	11%	62	74%
Microcefalia	26	31%	5	6%	53	63%
Fendas palpebrais curtas	7	8%	5	6%	72	86%
Lábio superior fino	8	10%	6	7%	70	83%
Narinas antevertidas	6	7%	7	8%	71	85%
Fenda do palato	5	6%	15	18%	64	76%
Sulco nasolabial ausente	4	5%	7	8%	73	87%
Queixo e maxilares pequenos	13	15%	5	6%	66	79%
Baixa estatura e distúrbios de crescimento	43	51%	0	0%	41	49%
Média	13,9	16,4%	6,6	7,7%	63,6	75,8%

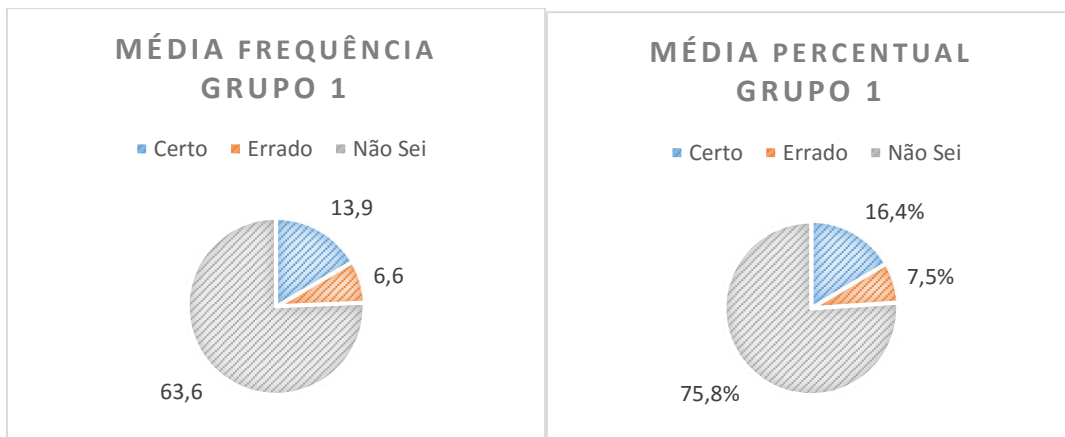


Figura 2 – Caracterização das respostas dos professores às perguntas sobre as alterações de crescimento e anomalias craniofaciais características da SAF

Relativamente às alterações ao nível do sistema nervoso central”, no sub-grupo referente ao funcionamento cognitivo, a média de respostas certas ascende a 58% (variando entre 46% e 63%; Tabela 12.1, Figura 3).

Tabela 12.1 – Conhecimento dos professores a respeito das alterações ao nível do SNC, em particular sobre o Funcionamento Cognitivo

Grupo 2. Alterações ao nível dos Sistema Nervoso Central						
2.1 – Funcionamento Cognitivo						
A criança com SAF apresenta:	Respostas Certas		Respostas Erradas		"Não sei"	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Dificuldades na realização de tarefas complexas	51	60%	0	0%	33	39%
Dificuldades no processamento da informação	52	62%	1	1%	32	38%
Desenv. intelect. abaixo da média (...) mm idade	50	60%	1	1%	33	39%
Dificuldades de concentração	53	63%	0	0%	31	37%
Dificuldades (...) sistematização e planificação (...)	46	55%	0	0%	38	45%
Dificuldades em iniciar tarefas	39	46%	3	4%	42	50%
Atraso na linguagem	46	55%	1	1%	37	44%
Dificuldades de memória	53	63%	0	0%	31	37%
Dificuldades na realização de tarefas complexas	51	60%	0	0%	33	39%
Média	49	58,2%	0,6	0,7%	34,4	40,8%

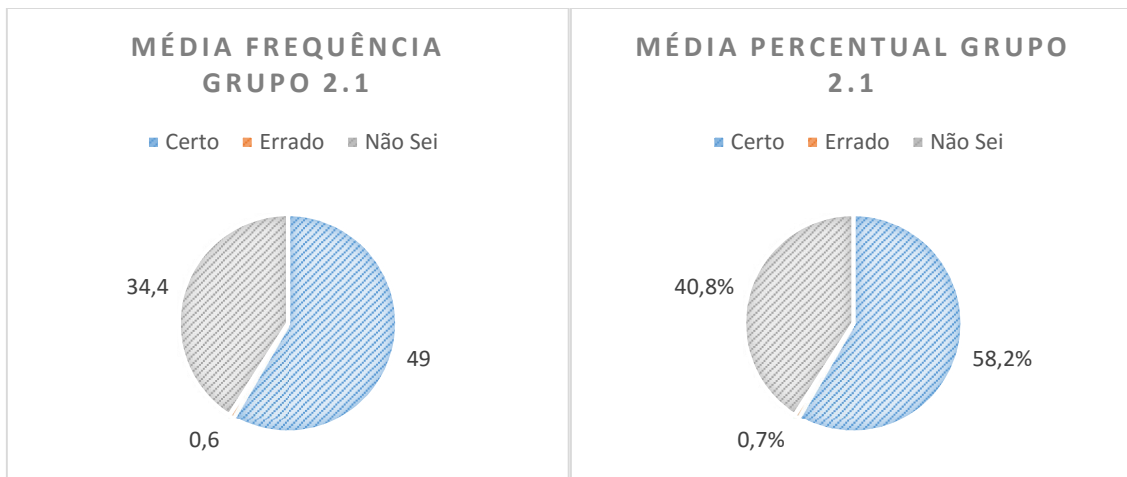


Figura 3 - Caracterização das respostas dos professores às perguntas sobre as alterações ao nível do SNC, em particular o Funcionamento Cognitivo

Por sua vez, no sub-grupo referente ao funcionamento motor, a média de respostas certas é de 37% (variando entre 27% e 45%; Tabela 12.2, Figura 4).

Tabela 12.2 – Conhecimento dos professores a respeito das alterações ao nível do SNC, em particular sobre o Funcionamento Motor

Grupo 2. Alterações ao nível dos Sistema Nervoso Central						
2.2 – Funcionamento Motor						
A criança com SAF apresenta:	Respostas Certas		Respostas Erradas		"Não sei"	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Falta de tônus muscular	23	27%	4	5%	57	68%
Dificuldades (...) planeamento e sequenc. motores	38	45%	1	1%	46	55%
Débil coordenação motora	33	39%	4	5%	47	56%
Média	31,3	37%	3	3,4%	50	59,6%

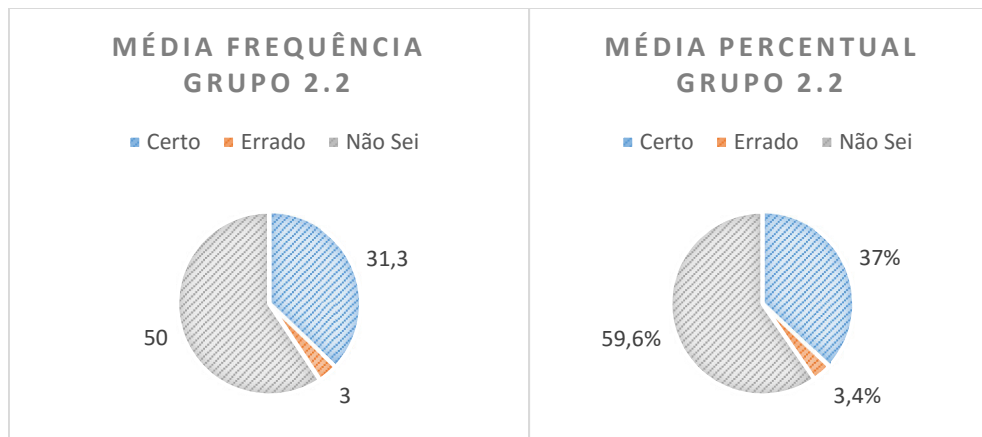


Figura 4 - Caracterização das respostas dos professores às perguntas sobre as alterações ao nível do SNC, em particular o Funcionamento Motor

Finalmente, nosub-gruporelativo ao funcionamento sensorial e comportamental, a média de respostas certas não vai além dos 38% (variando entre 32% e 46%; Tabela 12.3., Figura 5).

Tabela 12.3 – Conhecimento dos professores a respeito das alterações ao nível do SNC, em particular sobre o Funcionamento Sensorial e Comportamental

Grupo 2. Alterações ao nível dos Sistema Nervoso Central						
2.3 – Funcionamento Sensorial e Comportamental						
A criança com SAF apresenta:	Respostas Certas		Respostas Erradas		"Não sei"	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Dificuldades em ajustar comportamentos	39	46%	4	5%	41	49%
Anomalias ao nível da visão e da audição	27	32%	5	6%	52	62%
Perturbação de Hiper. e Défice de Atenção	35	42%	2	2%	47	56%
Alterações constantes de humor	27	32%	3	4%	54	64%
Média	32	38%	3,5	4,25%	48,5	57,75%

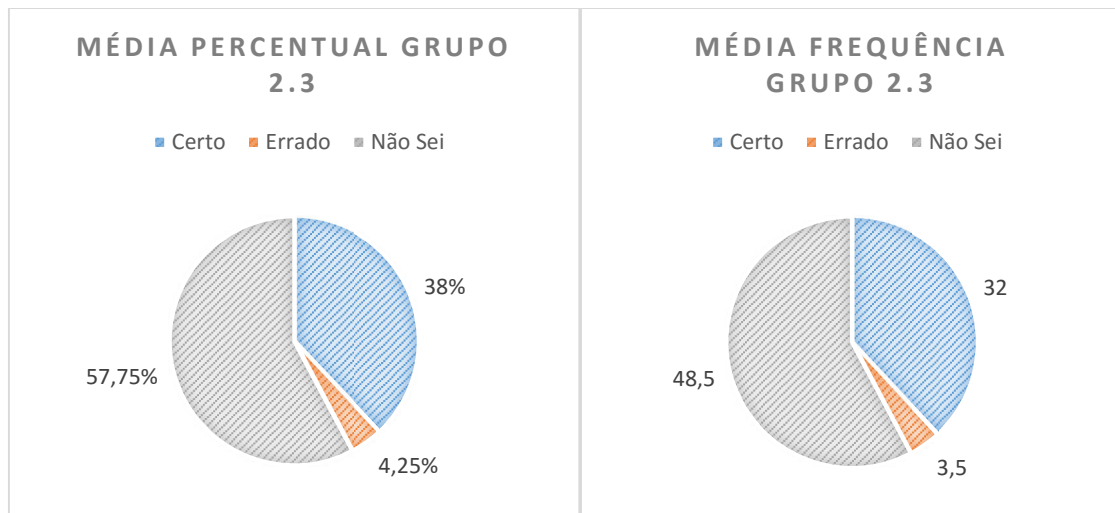


Figura 5 - Caracterização das respostas dos professores às perguntas sobre as alterações ao nível do SNC, em particular o Funcionamento Sensorial e Comportamental

Relativamente às percepções dos professores quanto à sua capacidade de gestão da presença de um aluno com SAF na sua sala de aula, a taxa de concordância média com as afirmações apresentadas não foi além dos 32% (Tabela 13). No que diz respeito aos benefícios decorrentes da inclusão dos alunos com SAF, a taxa de concordância média com as afirmações apresentadas ascendeu aos 66% (Tabela 13). Uma taxa de concordância similar (64%) foi observada relativamente à estratégia sugerida na literatura de encarar o “estudante como um todo”. No que diz respeito, por sua vez, à relação que deverá existir entre os vários contextos em que se insere o indivíduo com SAF, registou-se um aumento da taxa de concordância com as afirmações apresentadas (74%). Finalmente, no que diz respeito à pertinência de elaborar um programa educativo centrado no aluno com SAF registou-se uma taxa de concordância média de 59%.

Sob o enfoque da percentagem da taxa de discordância média relativamente às percepções dos professores, nomeadamente em relação à capacidade de gestão da presença de um aluno com SAF na sala de aula, a taxa de discordância média com as afirmações apresentadas representa 25% do universo da nossa amostra (Tabela 13). No que diz respeito aos benefícios decorrentes da inclusão dos alunos com SAF, a taxa de discordância média com

as afirmações apresentadas não foi além de 7% (Tabela 13). Uma taxa de discordância igual de igual valor (7%) foi observada relativamente à estratégia sugerida na literatura de encarar o “estudante como um todo”. Por sua vez, no que respeita à importância de existir uma relação entre os vários contextos em que se insere o indivíduo com SAF, registou-se uma diminuição muito significativa da taxa de discordância, com o resultado de apenas 1% (Tabela 13). Finalmente, no que toca à pertinência de ser criado um programa educativo centrado no aluno com SAF, a taxa de discordância média com as afirmações apresentadas não foi além de 3% (Tabela 13).

Relativamente aos resultados no grupo daqueles que não se posicionam “Não concordo nem discordo”, os valores encontrados para a taxa média com as afirmações apresentadas, no que refere a capacidade de gestão da presença de um aluno com SAF na sua sala de aula, a taxa média encontrada atingiu um valor bastante significativo, 43% (Tabela 13). No que diz respeito aos benefícios decorrentes da inclusão dos alunos com SAF, a taxa média daqueles que não se posicionam atinge o valor aproximado de 27% (Tabela 13). Uma taxa muito similar foi observada relativamente à estratégia sugerida na literatura de encarar o “estudante como um todo”, aproximadamente 29% (Tabela 13). No que respeita à importância de existir uma relação entre os vários contextos em que se insere o indivíduo com SAF, apesar de se notar um ligeiro decréscimo, a percentagem observada situa-se dentro do mesmo intervalo de valores obtidos para os conceitos anteriores, 25% (Tabela 13). Finalmente, quanto à importância atribuída à criação de um programa educativo centrado no aluno com SAF, a taxa referente àqueles que não se posicionam ascendeu aos 38% (Tabela 13).

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e percepções dos professores do ensino regular

Tabela 13 – Percepções dos professores (1 - “concordo totalmente”; 2 - “concordo”; 3 - “não concordo, nem discordo”; 4 - “discordo”; 5 - “discordo totalmente”)

		1	2	3	4	5	Taxa de concordância	Taxa de discordância
Capacidade de gestão da presença de um aluno com SAF na sua sala de aula								
1	Sou capaz de dar uma atenção diferenciada aos alunos com SAF dentro da sala de aula.	19%	33%	31%	10%	7%	52%	17%
2	Sou capaz de suprir os défices de aprendizagem de um aluno com SAF.	5%	10%	46%	18%	21%	15%	39%
3	Sou capaz de controlar o comportamento dos alunos com SAF.	4%	20%	50%	17%	9%	24%	26%
4	Sou capaz de ajustar as minhas práticas de forma a, no contexto de sala de aula, dar resposta às necessidades dos alunos com SAF.	12%	26%	45%	12%	5%	38%	17%
	TOTAL	43%					32,2%	24,7%
Benefícios decorrentes da inclusão dos alunos com SAF								
5	A inclusão de um aluno com SAF em sala de aula do ensino regular aumenta as probabilidades de educação do mesmo.	14%	48%	29%	8%	1%	62%	9%
6	A inclusão de alunos com SAF numa turma de ensino regular é positiva uma vez que ajuda os restantes a aceitar e a compreender a diferença.	23%	43%	27%	5%	2%	66%	7%
7	A inclusão dos alunos com SAF é um incentivo à construção de relações de colaboração, solidariedade e ajuda mútua, entre os alunos.	19%	51%	24%	5%	1%	70%	6%
	TOTAL	26,6%					66%	7,3%
Considerar 'o estudante como um todo'								
8	As estratégias de ensino junto de alunos com SAF devem ser baseadas em relações de proximidade.	24%	40%	35%	1%	0%	64%	1%
9	Para uma prática pedagógica de sucesso junto de alunos com SAF é mais importante identificar as suas necessidades, capacidades e interesses individuais do que tentar obter informação descritiva a respeito desta síndrome.	36%	30%	28%	5%	1%	66%	6%

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e percepções dos professores do ensino regular

10	O professor deve fazer a sua própria avaliação das necessidades e potencialidades dos alunos com SAF antes de ler os seus relatórios clínicos.	15%	21%	35%	15%	14%	36%	29%
11	Na interação com alunos com SAF, é fundamental reforçar os seus comportamentos positivos.	39%	42%	19%	0%	0%	81%	0%
12	É fundamental criar situações onde os alunos com SAF podem fazer opções e assim desenvolver a capacidade de decisão autónoma.	27%	46%	26%	1%	0%	73%	1%
TOTAL		28,6%					64%	7,4%
Relação entre os vários contextos em que se insere o individuo com SAF								
13	Para o sucesso da prática pedagógica, é importante que os alunos com SAF reconheçam coerência entre as orientações dos seus professores e as dos seus familiares.	33%	44%	23%	0%	0%	77%	0%
14	É fundamental basear as estratégias pedagógicas em informação providenciada pelas famílias dos alunos com SAF.	23%	42%	30%	5%	0%	65%	5%
15	A aprendizagem académica dos alunos com SAF pode beneficiar de um trabalho de parceria entre o professor e os profissionais de distintas valências, tais como o Terapeuta da Fala e o Terapeuta Ocupacional.	38%	42%	20%	0%	0%	80%	0%
16	Uma colaboração mais efetiva entre a escola e os serviços da comunidade pode traduzir-se, para os indivíduos com SAF, numa transição mais suave para a idade adulta.	29%	46%	25%	0%	0%	75%	0%
TOTAL		24,5%					64%	1,2%
Programa educativo centrado no aluno com SAF								
17	É importante desenvolver estratégias específicas em sala de aula para focar e refocar a atenção dos alunos com SAF (ex. colocar a mão no ombro do aluno).	18%	48%	32%	0%	2%	66%	2%
18	É importante implementar estratégias que permitem dar uma atenção individualizada aos alunos com SAF.	29%	49%	20%	1%	1%	78%	2%
19	Os alunos com SAF podem beneficiar quando há mais adultos na sala de aula, pois assim podem ser alvo de uma atenção mais individualizada.	18%	31%	51%	0%	0%	49%	0%

Síndrome Alcoólica Fetal: conhecimentos e percepções dos professores do ensino regular

20	É importante proporcionar, nas aulas, momentos de trabalho de grupo.	18%	54%	27%	1%	0%	72%	1%
21	É importante sentar os alunos com SAF nos lugares da frente, mais perto do professor.	20%	36%	41%	2%	1%	56%	3%
22	A estratégia mais adequada a usar junto dos alunos com SAF passa por mostrar-lhes o problema de forma clara, e pedir-lhes que assumam a responsabilidade pelo seu solucionamento.	8%	25%	56%	6%	5%	33%	11%
TOTAL		37,8%					59%	3,16%

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O estudo aqui apresentado teve como objetivo analisar, de forma pioneira em Portugal, qual o conhecimento sobre a SAF e qual a percepção que um conjunto de 84 professores do ensino regular tem sobre distintos fatores que podem influenciar a experiência inclusiva de alunos com esta síndrome. De referir que a amostra deste estudo foi constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino (77% vs. 23%), o que parece refletir a realidade portuguesa onde a docência é uma profissão maioritariamente exercida por mulheres (Couto & Pereira, DATA).

Um dado obtido neste estudo revela que 81% dos professores que compõem a amostra nunca trabalharam com crianças com SAF. Este resultado poderá ser algo surpreendente medida em que, tal como já aqui foi referido, se tem vindo a observar um aumento da prevalência desta síndrome. Por outro lado, estes dados levam-nos a questionar se realmente estes docentes nunca exerceram com crianças com SAF ou se, na realidade, trabalharam com crianças possivelmente rotuladas como “mal comportadas e insolentes”, mas que na base destes comportamentos se encontrava uma SAF não diagnosticada.

Relativamente à percepção e ao conhecimento efetivo que os professores da amostra revelam ter sobre as distintas alterações que caracterizam a SAF, os dados mostram que o grau de desconhecimento desta problemática é bastante elevado, podendo colocar em risco o sucesso do processo inclusivo destas crianças e jovens. Este resultado leva-nos a refletir sobre a pertinência e a urgência (atendendo ao aumento crescente desta patologia) de proporcionar ao longo do curso destinado a futuros docentes conhecimentos sobre as características próprias desta síndrome e as estratégias que lhes permitam desenvolver um currículo e um ambiente de aprendizagem adequados às necessidades dos indivíduos com SAF. De salientar ainda que se pretende que toda esta formação, presente no currículo, seja sobretudo uma informação prática, que possibilite a observação de vídeos, a partilha de experiências e momentos de brainstorming

(Dybdahl&Ryan, 2010). O facto deste conhecimento ser transmitido ao longo da licenciatura dá-lhe um carater obrigatório, o que permite colmatar a falta de iniciativa em procurar saber mais, revelada em 63% dos participantes que avaliaram o seu grau de conhecimento sobre a SAF como sendo “Insuficiente” ou “Mau”.

Da análise aos resultados obtidos na avaliação da percepção dos professores relativamente às estratégias educativas apontadas na literatura como sendo as mais adequadas no ensino de um estudante com SAF, de realçar que 25% da amostra considera não estar habilitada para “dar uma atenção diferenciada dentro da sala de aula” (17%), sente-se incapaz de “suprir os défices de aprendizagem destes alunos” (39%) e julga não conseguir “ajustar as suas práticas em contexto de sala de aula de forma a conseguir dar resposta às necessidades dos alunos com SAF” (17%). Estes dados reforçam a ideia já apresentada da necessidade de proporcionar na formação base destes docentes conhecimentos práticos que lhes permitam incluir com sucesso os alunos com SAF. Não obstante, o confronto prático e real com estes alunos cria necessidades e dúvidas quanto às modificações curriculares e estratégias que deverão ser adoptadas para cada aluno em particular, pelo que seria importante que os professores pudessem usufruir de um acompanhamento e de uma supervisão prática por parte de profissionais com experiência reconhecida nesta área de intervenção (Dybdahl&Ryan, 2010).

Para além destes resultados, constatámos, um número elevado de respondentes que prefere não tomar qualquer posição (43%).

Relativamente à forma como os professores respondentes se posicionam relativamente aos “benefícios decorrentes da inclusão dos alunos com SAF” 66% da amostra reconhece as vantagens da inclusão destes alunos nas turmas de ensino regular, vantagens apreendidas tanto para eles quanto para os seus pares, na construção de relações de colaboração, solidariedade e ajuda mútua entre os alunos. Os resultados conseguidos remetem-nos para a constatação que também os professores da amostra parecem tender a valorizar algumas das linhas orientadoras, que a investigação atualmente defende, nomeadamente a criação de uma relação dinâmica entre os vários contextos em que se insere o individuo com SAF”. Este tópico foi onde encontrámos uma maior taxa de

concordância relativamente às opiniões defendidas pela comunidade científica e que se poderão refletir no modo de agir dos professores da nossa amostra. Assim, a grande maioria dos professores inquiridos neste estudo parece reconhecer a importância de existir uma coerência entre as orientações dos professores e dos familiares, existir uma parceria entre o professor e os restantes profissionais das diversas valências e uma colaboração mais efetiva entre a escola e os serviços da comunidade tal como defendido na literatura por diversos autores, nomeadamente Dybdahl Y Ryan (2010); Streissguth et al. (1999).

De referir que a amostra deste estudo foi constituída apenas por professores do ensino regular, permitindo-nos analisar até que ponto o contexto ideal de inclusão para os indivíduos com SAF tinha conhecimentos para a vivência de uma experiência inclusiva de sucesso (Dybdahl Y Ryan, 2010; Ryan & Ferguson, 2006). De salientar ainda que, num próximo estudo, seria pertinente avaliar o conhecimento dos Educadores do Pré-Escolar, na medida em que são os primeiros profissionais de educação a contactarem com estas crianças e a poderem contribuir para um diagnóstico precoce, permitindo-lhes usufruir desde muito cedo do acompanhamento de várias valências médicas. Seria igualmente interessante, num próximo estudo, avaliar o conhecimento dos professores de educação especial, teoricamente com formação mais aprofundada nesta patologia, e analisar se as respostas obtidas, quer ao nível dos conhecimentos, quer ao nível das percepções são significativamente distintas.

Julgamos que o próximo passo poderá ser a realização de um estudo a nível nacional que nos permita caracterizar o conhecimento e a percepção generalizada de todos os docentes portugueses, que a qualquer momento podem ter na sua sala de aula alunos com esta problemática.

Será igualmente importante que os diversos organismos promotores da investigação possam apostar na realização de mais estudos com o objetivo de identificar práticas e estratégias que garantam uma inclusão de qualidade.

7. CONCLUSÕES

Na conclusão deste estudo cujo objetivo se destinava a analisar num conjunto de professores do ensino regular de um agrupamento de escolas do conselho da Trofa, o conhecimento a respeito da SAF e a percepção relativamente a distintos fatores que podem influenciar a experiência inclusiva dos alunos com esta Síndrome.

Para a realização deste estudo foi dado, de forma aleatória, um questionário a 84 professores cuja análise e resultados se encontram devidamente descritos nos pontos 5. “Apresentação e Análise dos Resultados”, página 46, e 6. “Discussão dos Resultados”, página 55, deste trabalho.

Importa, para além dos comentários que nos mereceram os resultados obtidos, recordar alguns aspetos mais significativos, que para concluir, passamos a destacar.

No trabalho empírico desenvolvido verificámos os benefícios decorrentes da inclusão de alunos com SAF são defendidos pela grande parte da nossa amostra.

“A Educação inclusiva visa proporcionar a igualdade de oportunidades e de participação no ensino e na aprendizagem de toda e qualquer pessoa independentemente das diferenças socio-individuais que as caracterizam. (...) as escolas regulares afirmam-se como sendo os meios mais eficazes no combate a atitudes discriminatórias, no desenvolvimento de sociedades mais abertas e solidárias e na promoção de uma educação mais eficaz para todas as crianças” (UNESCO, 1994).

A SAF é a causa principal da deficiência intelectual (Lima, 2008; Streissgott et al., 1999; Riley et al., 2016; Satpathy, 2016) e apesar de ser uma síndrome controlável, uma vez que a sua causa se deve exclusivamente à ingestão de álcool pela gestante, verificámos que a sua prevalência tem vindo a aumentar apesar das sucessivas advertências na literatura que sugerem a abstenção do álcool dadas as consequências nefastas que a sua ingestão tem para o feto (Mello et al., 2001; Lima, 2008; Streissgott et al., 1999; Riley et al., 2016; Satpathy, 2016)

Da análise aos resultados concluímos que 81% da nossa amostra referiu nunca ter trabalhado com crianças portadores com SAF. Dado o reduzido número de casos diagnosticados face a um universo de crianças que ainda não foram ou estão incorretamente referenciadas, os valores obtidos na análise de resultados, levam-nos a refletir sobre quantos serão aqueles que perante nós são considerados inadaptados, desestruturados, mal educados, preguiçosos, agressivos, enfim uma panóplia/miríade de “alcunhas” ou juízos de valor pré-concebidos, que de uma forma tão injusta lhes são atribuídos.

A realidade percecionada pelos professores relativamente ao seu próprio conhecimento sobre esta síndrome é insuficiente (57%) ou mesmo mau (23%).

Uma análise mais detalhada aos vários itens integrados nas dimensões estudadas, leva-nos constatar:

- i. O baixo nível de conhecimento da amostra perante as características das crianças portadoras com SAF;
- ii. A necessidade de uma maior oferta de formação sobre esta síndrome, para os professores, sobre a SAF;
- iii. Necessidade de um maior investimento para suprir a insuficiência de meios humanos para que possa realizar-se um diagnóstico precoce, até aos 6 anos e idade.

A realização deste trabalho permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos sobre a SAF. Dada a importância desta Síndrome e tendo em consideração as consequências nefastas que ela tem para o feto dever-se-ia investir numa prevenção e acompanhamento intensivo visando a superação das resistências ao abandono destes hábitos. É imperativo haver informação, integrada em programas educativos, nas escolas, hospitais, centros de saúde, comunicação social, pois só assim, com a responsabilização e comprometimento de todos, se consegue uma mudança de atitudes.

BIBLIOGRAFIA

Adès, J., lejoyeux, M.. (2004). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. (2^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2014). DSM-V:Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5^a edição. Porto Alegre:Artmed.

Cancino, F.; Zegarra, J..(2003). Síndrome Alcoólica Fetal. Revista de Neuro-Psiquiatria. 66: 302-312. Acedido a 30 abril de 2016 de 2016

Carrelo, M. M. D. . (2014). A inclusão do aluno com síndrome Alcoólica fetal. Da teoria à prática. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Braga: Portugal.

Carvalho, V.L.L.. (2013). O Role Playing Game Pedagógico e a Socialização de alunos cm Síndrome Alcoólica fetal: um estudo sobre a prática educacional. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa: Portugal.

Charness, M. E., Riley, E. P., & Sowell, E. R. (2016). Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe?. *Trends in cognitive sciences*, 20(2), 80-82.

Conselho Nacional de Educação. (2014). Políticas Públicas de Educação Especial.

Correia, L. M. (1997). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. Porto. Porto Editora.

Correia, L. M. (2001). Educação Inclusiva ou Educação Apropriada?. In Rodrigues (org.), educação e Diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva, (pp. 121-142). Porto. Porto Editora.

Costa, N. M. J.. (2012). Atitudes dos professores do ensino público face à Síndrome Alcoólica fetal, em função da idade e do tempo de serviço em educação especial. (tese de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa: Portugal.

Dybdahl, C. S., & Ryan, S. (2009). Inclusion for students with fetal alcohol syndrome: Classroom teachers talk about practice. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 53(3), 185-196.

Godino, A., Abate, P., Amigone, J. L., Vivas, L., & Molina, J. C. (2015). Prenatal binge-like alcohol exposure alters brain and systemic responses to reach sodium and water balance. *Neuroscience*, 311, 92-104

Guimarães, H., Teixeira, C., Santos, N.. (1996). Embriofetoparia alcoólica: uma experiência. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*. 3, nº 11.

Lima, J. M. B. (2008). Álcool e Gravidez – Síndrome Alcoólica Fetal – SAF: Tabaco e outras drogas. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.

Mazet, P.; Stoleru, S..(2003). Psicopatologia do lactente e da criança pequena. Lisboa: Climepsi Editores.

Moreira, R. A. (2012). Crise está a aumentar o consumo de álcool. *Saúde & Medicina* em <http://saude.sapo.pt/saude-medicina/artigos-gerais/crise-esta-a-aumentar-o-consumo-de-alcool.html>

Nielson, L. B.(1999). Necessidades educativas especiais na sala de aula. Porto: Porto Editora.

O'Connor, M.J. (2002). Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, em <http://www.findarticles.com>

Paasche, L.; Gorrill, L.; Storm, B..(2010). Crianças com Necessidades Especiais em Contextos de Educação de Infância. Portugal: Porto Editora.

Ponte, F; Ribeiro, L. & Araújo, B.. (2010). A síndrome alcoólica fetal em contexto escolar. I Seminário Internacional “Contributos da Psicologia em contextos Educativos”. Braga: Universidade do Minho. Pp. 238-251.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento de Acção na área das NEE. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.

Constituição da República Portuguesa (1976)

Decreto-Lei 319/91, de 23 de agosto

Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro

Lei de Bases do Sistema Educativo (1986). Portugal

APÊNDICE