

Efeitos do Alcoolismo em Filhos de Mães Alcoólicas

Janete Simiema*

A associação entre abuso alcoólico durante a gravidez e desenvolvimento fetal remonta à mitologia grega e romana. Em Cartago, o casal nupcial era proibido de beber vinho na noite do casamento, afim de que não fossem concebidos filhos defeituosos. (JONES and SMITH, 1973).

Esta associação tem sido assunto na literatura médica há mais de 250 anos, mas um padrão específico de atraso do desenvolvimento e malformações em recém-nascidos de mães com consumo pesado de álcool durante a gravidez foi descrito e denominado Síndrome Alcoólica Fetal, em 1973, por JONES e SMITH, em associação com ULLELAND (1972). (JONES et al., 1973).

As anormalidades tipicamente associadas e descritas, pela primeira vez, na Síndrome Alcoólica Fetal, incluem:

- ✓ Deficiência no crescimento pré e pós-natal. Atraso no desenvolvimento.

Anormalidades crânio-faciais: microcefalia, microcefalia com pequena fissura palpebral, epicanto, hipoplasia de maxilar, fenda palatina, micrognatia.

Outros achados adicionais: hirsutismo, anormalidades cardíacas (defeitos do septo ventricular), anomalias articulares (luxação congênita do quadril, limitação dos movimentos do cotovelo), alteração da prega palmar, anomalias de genitália externa (vagina biseptada, hipoplasia de grandes lábios), hemangioma capilar, disfunção respiratória, disfunção metabólica (hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia), disfunção motora fina (tremores, sucção fraca). JONES and SMITH, 1973).

Uma posterior revisão dos sinais, em 245 casos em todo o mundo, serviu de base para estabelecer critérios mínimos para o diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal, recomendado pelo Grupo de Estudo Alcoólico Fetal da Sociedade de Pesquisa em Alcoolismo (ROSETT, 1980). Esse estudo conclui que o diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal somente pode ser feito quando o paciente apresentar sinais em cada uma destas 3 categorias:

- ✓ Retardo do crescimento pré e pós-natal: peso, tamanho, perímetro cefálico.
- ✓ Disfunção do Sistema Nervoso Central: deficiência mental, sinais de anormalidade neurológica.
- ✓ Característica dismorfologia facial (com pelo menos 2 destes 3 sinais: microcefalia

RESUMO

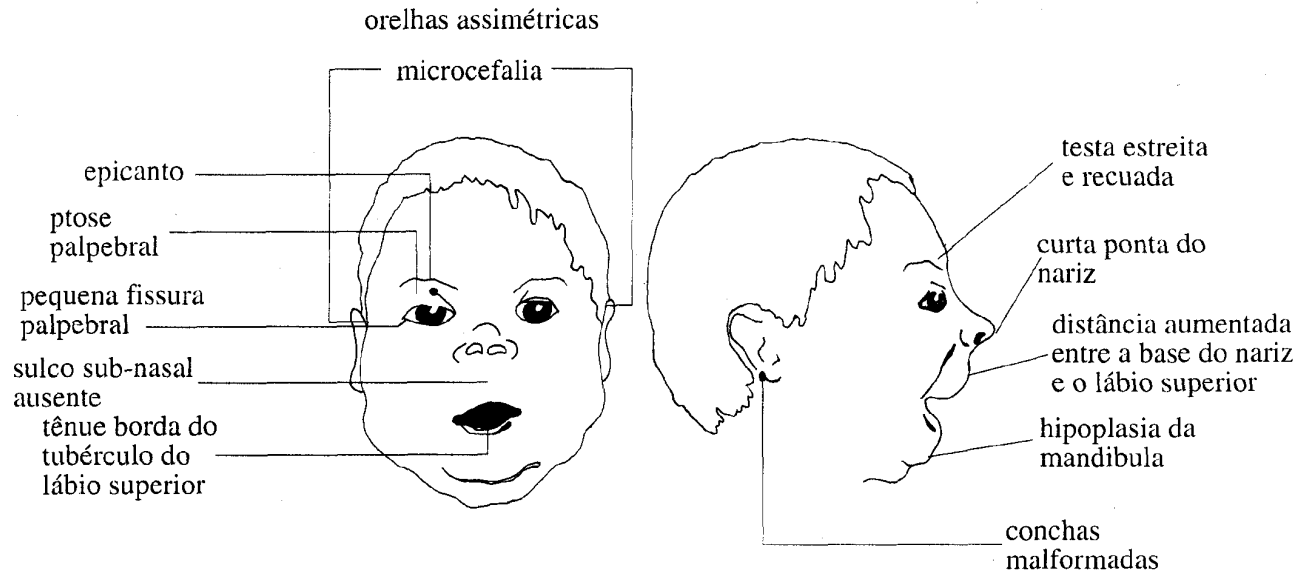
Neste trabalho de revisão da literatura médica são apresentados os sinais característicos para o diagnóstico da Síndrome Alcoólica Fetal, bem como os efeitos prejudiciais do uso abusivo do álcool por mulheres durante a gravidez, como a mais frequente causa teratogênica de deficiência mental.

UNITERMOS

Síndrome Alcoólica Fetal, Alcoolismo Materno

* Pós-graduanda em Psiquiatria Infantil do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.
Médica psiquiatra infantil do HSPE-SP.

Características craniofaciais da Síndrome Alcoólica Fetal



Fonte do desenho: PLANT, M. - Alcohol, drugs, tobacco and pregnancy.
In: PLANT, M.; RITSON, B.; & ROBERTSON, R. - Alcohol and drugs. The Scottish experience. Edinburgh University Press, 1992.

- ✓ microftalmia com pequena fenda palpebral
- ✓ hipoplasia do maxilar, sulco sub-nasal plantificado ou ausente, tênue borda do tubérculo do lábio superior.

Na ausência dos sinais nas 3 categorias necessárias para o diagnóstico da Síndrome, deve-se usar o termo *Efeito Alcoólico Fetal* para os vários achados patológicos não específicos, como: hirsutismo, tremores, sucção fraca, anormalidades cardíacas, fenda palatina, epicanto, ptose palpebral, pequena curvatura da ponta do nariz, distância aumentada entre a base do nariz e o lábio superior, micrognatia, malimplantação e oclusão dentária, assimetria das orelhas com conchas pouco desenvolvidas. (ROSETT et al., 1981).

A variabilidade do fenotipo resulta da dose de exposição ao etanol, da idade gestacional, e do componente genético do feto, sendo a Síndrome Alcoólica Fetal o extremo de uma gama de alterações. Muitas vezes a Síndrome pode não ser reconhecida até que o retardo de crescimento e do desenvolvimento tornem-se evidentes, com 1 ou 2 anos. A Síndrome Alcoólica Fetal tem sido identificada em crianças de todo grupo racial e em vários países. A incidência é de 1 a 2 nascimentos em 1.000, e não tem sido documentada em populações desnutridas, onde não haja abuso alcoólico (CLARREN and SMITH, 1978).

A primeira descrição da Síndrome foi baseada em 11 casos examinados, em Seattle (USA), cujas mães eram alcoólicas crônicas e beberam pesado durante toda a gravidez. Estas 11 crianças foram acompanhadas, 10 anos após, em outro estudo que demonstrou que 2 morreram, 1 não foi localizado, e os 8 restantes tiveram persistência do atraso do crescimento e das dismorfias. Quatro dos 8 são deficientes mentais leves e necessitam aprendizado especializado, e os outros 4 são deficientes mentais severos e necessitam de cuidados completos. (STREISSGUTH et al., 1985).

A Síndrome Alcoólica Fetal foi inicialmente relatada somente para mulheres com consumo pesado e dependentes do álcool, apesar disto, alerta sobre os efeitos adversos do consumo alcoólico durante a gravidez espalhou-se, subseqüentemente, para incluir consumidoras raras e moderadas; o que estimulou um considerável número de pesquisas sobre alcoolismo, tabagismo, e uso de drogas ilícitas, por mulheres grávidas. (ROSSET, 1984; PLANT, 1992).

O padrão de consumo alcoólico pesado foi definido de 5 a 6 drinks, em algumas ocasiões, e pelo menos 45 drinks por mês, o equivalente a 1 ou 2 drinks por dia. Consumo raro ou abstinência foi definido como menos de 1 drink por mês, e nunca 5 drinks em alguma ocasião. Consumo moderado foi definido como sendo de mais de 1 drink por mês, porém, sem caracterizar consumo pesado. 1 drink

foi definido como o volume de bebida contendo contudo 15 ml de álcool absoluto, o equivalente a 360 ml de cerveja, a 120 ml de vinho, ou a 36 ml de licor. (ROSETT, 1981, 1983).

As pesquisas entre abuso de álcool por mulheres grávidas e retardo de crescimento e anomalias congênitas foram independentes de outros fatores de risco, tais como: nível sócio-econômico, idade, história obstétrica prévia, dieta, tabagismo, uso de maconha e de outras drogas proibidas. (ROSETT, 1983; PLANT, 1992).

Os efeitos do álcool nos estágios inicial e final da gestação foram avaliados pela análise do resultado entre recém-nascidos de mulheres que reduziram ou pararam o consumo alcoólico pesado, antes do 3º trimestre da gravidez, e nenhuma diferença encontrada em relação aos filhos de mulheres com o consumo raro e moderado, que não apresentaram atraso no crescimento; mas apresentaram uma frequência maior de anormalidades congênitas e de distúrbios funcionais, que não são completamente reversíveis ou compensados pela parada do consumo alcoólico após o 1º trimestre. Isto sugere que consumo pesado no início da gravidez é decisivo para o aparecimento de malformações congênitas, e por outro lado, que consumo raro e moderado não parecem causar dano fetal. (ROSETT, 1983; LARSSON et al., 1985).

O álcool consumido pela mãe durante a gravidez atravessa a placenta e os níveis no feto são semelhantes aos do sangue materno, sendo o mais sério efeito disto a disfunção do sistema nervoso central com retardo do desenvolvimento mental e psicomotor, após o período pós-natal. (LITTLE et al., 1989).

STREISSGUTH et al., (1980), em Seattle, avaliaram o desenvolvimento mental e motor em cerca de 500 crianças, aos 8 meses de idade, nascidas de mulheres que haviam feito uso abusivo de álcool durante a gravidez, e relataram atraso no desenvolvimento psicomotor com consumo de 300 a 400 gr. de álcool absoluto por semana, cerca de 4 drinks dia. Estes autores advertiram que o nível crítico de consumo alcoólico, para os efeitos teratogênicos com atraso no desenvolvimento mental e físico, está entre 2 a 4 drinks por dia, em média, no início da gravidez.

FORREST et al., (1991) estudando a relação entre mães que beberam antes, durante, e após a gravidez e o desenvolvimento mental e motor dos filhos, aos 18 meses de idade, não encontraram correlação quando o consumo alcoólico não excedeu 120 g. de álcool absoluto por semana; e sugerem, como margem de segurança, quando a abstinência não for possível, o consumo de apenas 1 drink por dia.

É convencional advertir mulheres grávidas a não fumar, não beber, e a não ingerir remédios, a menos que seja absolutamente necessário. Embora a advertência contra fumar seja consistente e persuasiva, a advertência contra o beber social, não o é.

Existem relativamente poucas formas de deficiência mental que podem ser diagnosticadas antes do nasci-

mento. No mundo ocidental, o abuso alcoólico durante a gravidez é a mais frequente causa teratogênica conhecida de deficiência mental e de dismorfologias em recém-nascidos.

Através dos conhecimentos dos efeitos intra-uterinos do álcool, e através de ampla conscientização pública, esta importante causa de deficiência mental pode ser amplamente reduzida, e idealmente, eliminada (CLARREN and SMITH, 1978), visto que os graus de deficiência mental e do atraso do crescimento estão diretamente relacionadas com as anormalidades crânio-faciais e com a severidade do alcoolismo materno. (STREISSGUTH, 1978, 1985).

Em relação aos efeitos do alcoolismo materno durante a amamentação deve-se considerar que o álcool é um composto não-polar facilmente solúvel em água, e passa rapidamente através das membranas distribuindo-se pelos compartimentos aquosos do corpo. Como a média de água no leite da mama é de 87,5%, comparada com a do sangue que é de 85%, a concentração de álcool no leite e no sangue mantém-se em equilíbrio, demonstrando que o álcool não é armazenado no leite materno. (LAWTON, 1985).

KESANIEMI (1974) relata que grande quantidade de álcool (de 150 a 300 mg/100 ml), no sangue periférico, tem efeito inibidor sobre o reflexo da ejeção do leite mamário, por outro lado, a exposição contínua do lactente ao etanol do leite materno pode ser prejudicial, não sendo recomendado a ingestão diária de álcool.

LITTLE et al. (1989) estudaram 400 crianças, com 1 ano de idade, filhos de mães que fizeram uso abusivo de álcool, pelo menos 1 drink por dia durante a lactação, e concluíram que o álcool ingerido através do leite materno teve um discreto, mas significativo, efeito prejudicial sobre o desenvolvimento motor e nenhum efeito prejudicial sobre o desenvolvimento mental. A quantidade de álcool no leite materno, após 4 drinks, foi considerada insignificante para afetar o desenvolvimento neuroanatômico pós-natal do sistema nervoso central, sugerindo que o desempenho motor levemente prejudicado tenha sido devido à sedação crônica pelo etanol.

SUMMARY

This paper shows a medical literature review of the features for the Fetal Alcohol Syndrome diagnosis, and presents the detrimental effects of maternal alcoholic abuse during pregnancy on fetal health, as the main known teratogenic cause of mental deficiency.

KEY WORDS

Fetal Alcohol Syndrome, Maternal Alcoholism.

Bibliografias

1. CLARREN, S.K. & SMITH, D.W. - The fetal alcohol syndrome. **N. Engl. J. Med.**, 298:1063, 1978.
2. FORREST, F.; FLOREY, C. du V.; TAYLOR, D.; McPHERSON, F. & YOUNG, J.A. - Reported social alcohol consumption during pregnancy and infant's development at 18 months. **British Medical Journal**, 303, 22-26, 1991.
3. JONES, K.L.; SMITH, D.W.; ULLELAND, C.N. & STREISSGUTH, A.P. - Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. **Lancet**, 1:1267-71, 1973.
4. JONES, K.L. & SMITH, D.W. - Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet**, 2:99, 1973.
5. KESANIEMI, Y.A. - Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration. **J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.**, 81:84-6, 1974.
6. LARSSON, G.; BOHLIN, A.B. & TUNELL, R. - Prospective study of children exposed to variable amounts of alcohol in utero. **A. Dis. in Child**, 60:316-321, 1985.
7. LAWTON, M.E. - Alcohol in breast milk. **Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol.**, 25:71-3, 1985.
8. LITTLE, R.E.; ANDERSON, K.W.; ERVIN, C.H.; WORTHINGTON-ROBETS, B. & CLARREN, S.K. - Maternal alcohol use during breastfeeding and infant mental and motor development at one year. **N. Engl. J. Med.**, 321:425-30, 1989.
9. PLANT, M. - Alcohol, drugs, tobacco and pregnancy. In: PLANT, M.; RITSON, B. & ROBERTSON, R. - **Alcohol and drugs. The Scottish experience**. Edinburgh University Press, 1992. p. 27-33.
10. ROSETT, H.L. - A clinical perspective on the fetal alcohol syndrome. **Alcoholism: Clin. Exp. Res.** 4:119, 1980.
11. ROSETT, H.L.; WEINER, L. & EDELIN, K.C. Strategies for prevention of fetal alcohol effects. **Obstet. Gynecol.**, 57:1, 1981.
12. ROSETT, H.L.; WEINER, L.; ZUCKERMAN, B.; DOOLING, E. & OPPENHEIMER, E. - Patterns of alcohol consumption and fetal development. **Obstetrics and Gynecology**, 61, 539-46, 1983.
13. STREISSGUTH, A.P.; HERMAN, C.S. & SMITH, D.W. - Intelligence, behavior, and dysmorphogenesis in the fetal alcohol syndrome: A report on 20 patients. **J. Pediatrics**, 92:363-367, 1978.
14. STREISSGUTH, A.P.; BARR, H.M.; MARTIN, D.C. & HERMAN, C.S. - Effects of maternal alcohol, nicotine and caffeine use during pregnancy on infant mental and motor development at 8 months. **Alcohol: Clin. Exp. Res.** 4:152-64, 1980.
15. STREISSGUTH, A.P.; CLARREN, S.K. & JONES, K.L. - Natural history of the fetal alcohol syndrome: a 10-year follow-up of eleven patients. **Lancet**, 13:85-91, 1985.
16. ULLULAND, C.N. - The offspring of the alcoholic mothers. **Annals of the New York Academy of Science**, 197, 167-9, 1972.