

MISTÉRIO A SER DESVENDADO: SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE (SMSL)

A MYSTERY TO BE UNRAVELLED: THE SUCKLING CHILD SUDDEN DEATH SYNDROME

Izilda das Eiras Tâmega*

A morte súbita e inesperada durante o sono em lactentes menores de um ano aparentemente saudáveis e sem diagnóstico definitivo da *causa mortis*, tem sido considerada ainda uma das mais misteriosas patologias da Medicina.

Sua real incidência pode ser mascarada por outros diagnósticos anotados no atestado de óbito, como: sufocação acidental, aspiração, reações vacinais ou até causas indeterminadas.

A SMSL é responsável por 80% das causas de morte nesses lactentes, sendo os restantes 20% devido a cardiopatias congênitas e doenças genéticas.

Entre os países industrializados, o Japão tem a menor taxa registrada: 0,09 casos/1.000 nascidos vivos; Nova Zelândia a maior taxa: 0,80/1.000; e os EUA com taxa intermediária de 0,57/1.000, porém estas taxas eram maiores antes das campanhas

de esclarecimento às populações quanto aos fatores de risco.

No Brasil há somente três trabalhos sobre a prevalência da SMSL, realizados no Sul, nos mostram resultados de 0,45 - 1,75/1.000; ressaltando-se que nesses estudos os casos eram notificados com outros diagnósticos como causa de óbito, não confirmados através de necrópsias.

Apesar de não ser patologia nova, sua causa ainda é desconhecida, entretanto, vários mecanismos fisiopatológicos têm sido sugeridos como resultado de pesquisas, sendo que atualmente a hipótese mais aceita é o modelo do triplo risco proposto por Filiano e Kinney, em 1994, onde há a superposição de fatores de risco agrupados em três categorias: idade crítica, mecanismos exógenos e vulnerabilidade do controle cardiorespiratório, resultando em alteração do mecanismo de despertar.

Tabela. Fatores de risco associados à SMSL

Maternos e Pré-natais	Riscos do Lactente
Tabagismo	Idade 2 – 4 meses
Alcoolismo	Sexo masculino
Dependência de drogas (opíáceo)	Etnia (> negros e populações nativas - EUA)
Cuidado pré-natal inadequado	Compartilhar o leito
Baixo nível socioeconômico	Prematuridade
Baixa idade materna	Posição prona e decúbito lateral
Baixa escolaridade	Doença febril recente
Mãe solteira	Exposição a fumaça de cigarro
Multiparidade	Colchão macio
Menor intervalo entre gestações	Hipertermia
Hipóxia uterina	Face coberta (por fralda, lençol)
Restrição ao crescimento fetal	

Fonte: Dwyer T, Ponsoby AL. 1996.

Em relação aos fatores sócio-demográficos há um risco aumentado de SMSL nas camadas mais socialmente desfavorecidas (em mães jovens, com baixo nível educacional e solteiras). Parece que a pobreza e outras condições ambientais desfavoráveis encontradas são fatores que devem ser levados em consideração.

A faixa etária de maior risco para a ocorrência de SMSL se situa entre os dois e quatro meses de idade, e em vários estudos observou-se um predomínio de 30% a 50% maior da ocorrência em meninos.

A maior incidência nos meses de inverno tem diminuído em alguns países, provavelmente devido à orientação de evitar a posição prona do lactente ao dormir e também pela redução de fatores associados ao frio, como aquecer em demasia o bebê, e melhor controle das infecções respiratórias; quanto aos fatores relacionados à gestação e ao consumo de substâncias pela mãe, o acompanhamento pré-natal deficiente ou ausente, baixo peso ao nascer, restrição ao crescimento fetal, prematuridade e multiparidade com menor intervalo entre as gestações são fatores relevantes neste período. Em relação ao hábito de fumar, o risco para SMSL antes das campanhas preventivas era três vezes maior para os bebês de mães que fumaram na gravidez; o uso de opióides no pré-natal aumenta o risco para SMSL em 2

a 15 vezes e o consumo excessivo de álcool no primeiro trimestre da gestação aumento o risco de SMSL em até 8 vezes.

Em relação aos fatores associados ao ambiente sabe-se que o uso de colchão macio, cobertas muito espessas e fofas, cobertores com pelo de animais podem aumentar em duas a três vezes o risco de SMSL. A combinação da posição prona com um colchão macio aumenta em até 20 vezes o risco para SMSL. Em relação à amamentação, os estudos não são conclusivos quanto à possível proteção ou redução de risco para SMSL; as infecções respiratórias não são fator de risco independente para a SMSL e também não foi observada uma relação temporal entre a ocorrência de SMSL com as vacinações.

Quanto aos fatores de risco genéticos recentes estudos mostram que vários mecanismos favorecem a ocorrência de SMSL e tomam os bebês mais ou menos suscetíveis a este risco; como presença de polimorfismos no gene transportador da serotonina em bebês que sofreram SMSL, sendo este neurotransmissor muito importante para a regulação de várias funções autonômicas como a respiração e o controle cardiovascular.

Outros achados foram mutações associadas ao desenvolvimento embriológico do sistema nervoso autônomo, no gene C4 e no gene associado com a produção de interleucina-10.

Outros fatores de risco: lactentes que sofreram um apnéia de longa duração, cianose ou palidez associada à hipotonia, parada cardiorrespiratória necessitando reanimação parecem ter maior risco de SMSL, assim como irmãos de lactentes que sofreram SMSL e prematuros.

Após avaliações clínicas e estudos avaliando fatores de risco para SMSL, a posição prona, idade e tabagismo materno salientam-se independente de questões culturais ou socioeconômicas. Na atualidade, o risco de SMSL para um lactente é determinado pela interação complexa entre os fatores de risco genéticos e ambientais, tendo sido orientados através de fortes campanhas de prevenção.

Quanto à discussão sobre o fator de risco posição de dormir, a conduta atual de orientar a posição supina (decúbito dorsal) para dormir nunca foi medida padronizada no nosso meio; estudos avaliando hábitos de sono de lactentes no Brasil relatam que a rotina de recomendação sobre posição de dormir nesta faixa etária é o decúbito lateral direito ou esquerdo e que a incidência de uso de posição prona (decúbito ventral), considerada

de maior risco, é mínima. Porém, há fortes evidências na literatura que comprovam a associação entre SMSL e posição prona e, após o início das campanhas para se evitar a posição prona, observou-se uma redução importante da ocorrência da SMSL nos países onde tais campanhas foram realizadas.

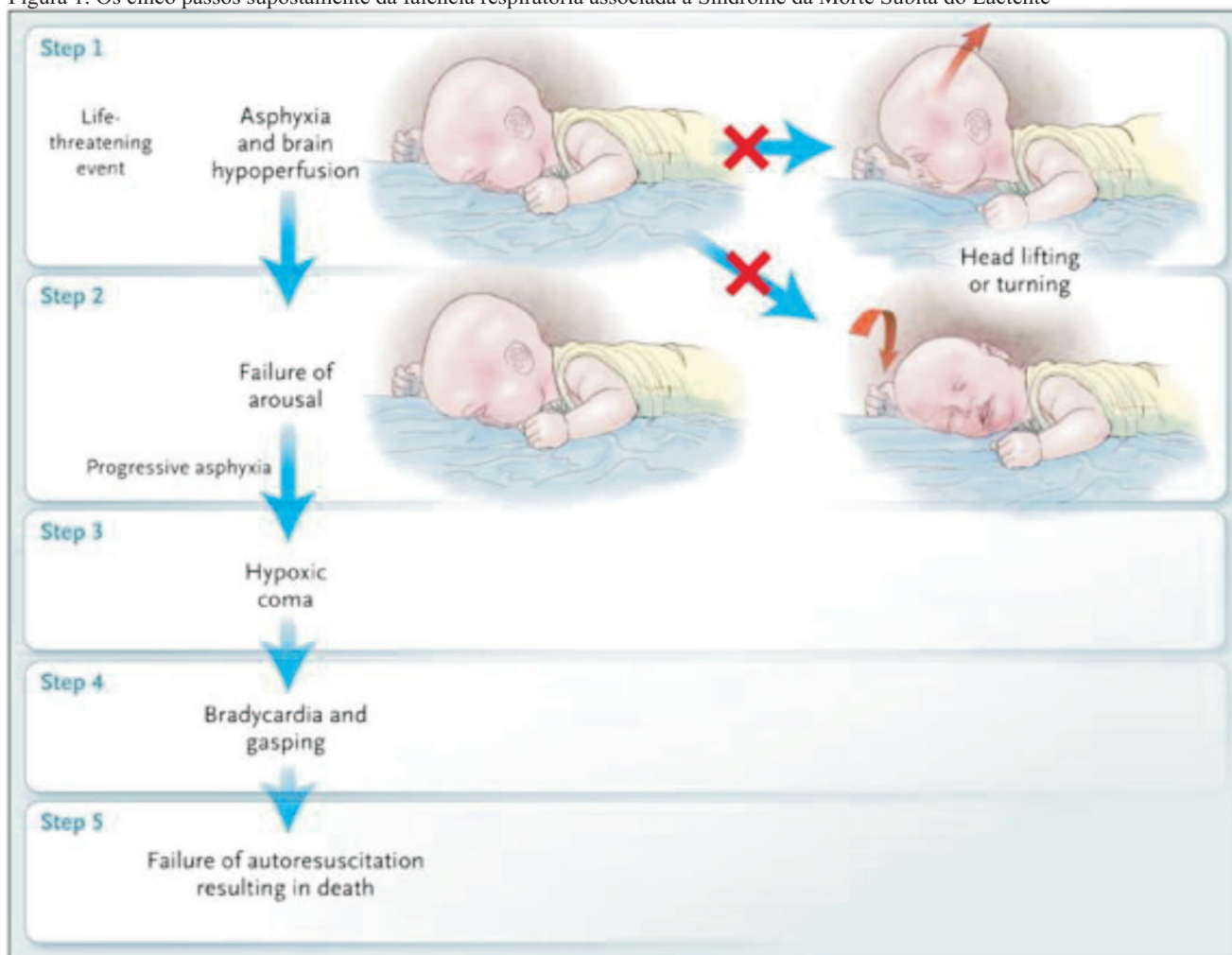
Em alguns países, como na Noruega, observou-se um aumento da incidência de SMSL naqueles bebês para os quais não foi adotado o decúbito supino.

Dados atuais mostram que o risco de SMSL em posição lateral é duas vezes maior que em posição supina. Estudos populacionais após campanhas para modificação do hábito de dormir, recomendando posição supina e ambiente de sono seguro, revelam redução em mais de 50% na taxa de SMSL. Hipóteses para explicar o maior risco de morte em posição prona sugerem reinalação de gás carbônico, obstrução de vias aéreas superiores e menor capacidade de despertar em resposta a eventos nocivos, como hipóxia e hiperapnéia (Figura 1).

A morte resulta de uma ou mais falências dos mecanismos de proteção, levando a um risco de vida durante o sono em crianças vulneráveis em um período crítico.

Provavelmente, interações entre fatores genéticos e ambientais estão envolvidas.

Figura 1. Os cinco passos supostamente da falência respiratória associada à Síndrome da Morte Súbita do Lactente



Fonte: Kinney, Bradley. N Engl J Med.

O maior temor é que o uso indiscriminado da posição supina poderia causar maior risco de aspiração, porém em estudos de literatura feitos por Lahorgue *et al* (2009), este fato não ocorre, pois houve redução da mortalidade infantil após adoção desta posição. O decúbito lateral, apesar de apresentar menor risco que a posição prona, também não pode ser considerado seguro, já que existe uma grande possibilidade de durante a noite, ao se movimentar, o lactente virar para a posição prona.

Outro fator é o “co-leito”, definido como “o compartilhamento habitual da cama com outra pessoa (adulto ou criança), em parte ou durante toda a noite”. Há variabilidade na prevalência deste fator: estudo realizado em 21 centros de 17 países das Américas, Europa, Ásia e Oceania encontrou prevalência de co-leito em 2% a 88%.

No Japão é comum as famílias compartilharem a mesma superfície para dormir; nos EUA a prevalência de crianças que compartilham a cama dos pais à noite aumentou de 5,5% para 12,8% de 1993 a 2000. No Brasil, estudo no RS encontrou, ao final do primeiro ano de vida, 45,8% das crianças dormindo com os pais na mesma cama. Em Porto Alegre foi observada prevalência de co-leito aos três e seis meses de vida, respectivamente, 31% e 30%. Dois outros estudos brasileiros, ambos realizados na cidade de Pelotas (RS), mostraram uma prevalência de co-leito de 44% aos três meses e de 46,4% e 43,7%, respectivamente, aos três e doze meses.

A prática do co-leito como fator de risco para a SMSL ainda é controversa. Um estudo experimental com registro poligráfico simultâneo de mães e crianças mostrou que o co-leito promovia um despertar mais frequente das crianças, sendo essa situação considerada um fator de proteção para SMSL; outro estudo com observação e filmagem de famílias dormindo juntas em sua própria casa mostrou que o compartilhamento da cama pela mãe e a criança facilitaria o aleitamento materno, fazendo com que a mãe despertasse e observasse a criança mais seguidamente.

O fato de o co-leito favorecer o aleitamento materno pode ser considerado um fator de proteção para a SMSL; por outro lado, alguns estudos associaram a prática do co-leito com um risco aumentado para SMSL especialmente em crianças abaixo de três meses. O risco é maior quando o co-leito é praticado num sofá, se a mãe é fumante ou consumiu bebida alcoólica.

Dormir no quarto dos pais, em um berço separado, especialmente nos primeiros seis meses de vida, foi

considerado um fator de proteção para a SMSL, que é recomendação atual, assim os pais, ao dormirem próximos de seus filhos em um mesmo quarto, mas em leitos separados, teriam um sono mais leve e estariam mais preocupados em atender prontamente seus filhos a qualquer som ou movimento observado. Se por um lado existe a recomendação de evitar o co-leito em qualquer idade, outros autores sugerem que não seria o co-leito sozinho, mas sim outras situações ambientais associadas que causariam um risco maior para a SMSL.

A recomendação da Academia Americana de Pediatria desde 2005 é que a criança não deve dormir na cama com os pais; deve dormir em um berço próximo, promovendo um “ambiente de sono seguro” colocando a criança para dormir em posição supina, com roupa de dormir adequada, num local da cama sem risco de queda e que especialmente a mãe não utilize álcool ou drogas que dificultem os cuidados e atenção à criança.

Estudo populacional de Willinger *et al* em 2006, evidenciaram que o uso de chupeta seria um fator protetor para a SMSL; porém relata-se a interferência do uso de chupeta na manutenção da amamentação (fator de incentivo à saúde de fundamental importância, principalmente nos países em desenvolvimento), gerando uma grande polêmica. Possíveis explicações seriam a maior facilidade do bebê para apresentar pequenos despertares (mecanismo protetor) e talvez um favorecimento na regulação do controle autônomo observado durante a sucção, como o aumento da amplitude dos movimentos respiratórios e da frequência cardíaca entre outros. Corroborando esta hipótese Watanabe *et al* e Nunes *et al* demonstraram que os movimentos de sucção durante o sono REM foram um mecanismo protetor de apnéias.

Com os resultados dos estudos é sugerido que não se deveria desencorajar sistematicamente o uso de chupeta em lactentes; porém estes mesmos autores consideram que passar a recomendar este artifício unicamente como fator de proteção para SMSL seria uma questão aberta a debate. Outro fator de proteção evidenciado para a SMSL foi o uso de ventiladores no quarto, pois mantêm a temperatura estável e arejam o ambiente.

Fica evidente que a partir de estudos e evidências científicas, apesar de ainda ser a SMSL um enigma a ser decifrado, há seguramente fatores de risco comprovados e torna-se urgente uma postura pediátrica no sentido de orientar os pais e cuidadores; apesar da controvérsia do decúbito supino ou lateral ainda ser uma discussão entre os pediatras, uma coisa certa que recomendamos nos cuidados das nossas crianças é: “vigiar sempre, cuidar muito e amar eternamente”.

