

# SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE

**Felipe Jaeger de Belli**  
**Luíse Sgarabotto Pezzin**  
**Maria Helena Strzykalski**  
**João Carlos Batista Santana**

## UNITERMOS

MORTE SÚBITA DO LACTENTE/etiologia; MORTE SÚBITA DO LACTENTE/epidemiologia; MORTE SÚBITA DO LACTENTE/prevenção & controle; FATORES DE RISCO; DECÚBITO DORSAL.

## KEYWORDS

*SUDDEN INFANT DEATH/etiology; SUDDEN INFANT DEATH/epidemiology; SUDDEN INFANT DEATH/prevention & control; RISK FACTORS; SUPINE POSITION.*

## SUMÁRIO

Entre as diversas causas de morte na infância, a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) assume posição de destaque. Estudos conduzidos nas últimas décadas foram capazes de elucidar os principais fatores epidemiológicos envolvidos, permitindo uma abordagem eficaz para reduzir significativamente a mortalidade por esta condição.

## SUMMARY

*Among the many causes of death in childhood, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) assumes a prominent position. Researches conducted in recent decades were able to elucidate the main epidemiological factors involved, enabling effective approach to significantly reduce mortality from this condition.*

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida pela morte da criança com menos de 1 ano de idade, de maneira súbita, para a qual não se encontra uma explicação após investigação minuciosa do caso – incluindo a realização de uma autópsia completa, análise da cena da morte e revisão da história clínica.<sup>1</sup>

## HISTÓRIA DA SMSL

Pouco se sabia sobre a SMSL até meados da década de 80. No início dos anos 90, dados epidemiológicos da Europa e da Austrália relacionaram a SMSL à posição prona (decúbito ventral) durante o sono. Em resposta, a AAP (*American Academy of Pediatrics*) tomou medidas que visavam diminuir as taxas de incidência de SMSL (com a campanha “*Back to Sleep*”).

Em 1992, foi recomendado que os bebês dormissem em qualquer posição não-prona. Em 2000, com novas evidências, a recomendação passou a ser que as crianças dormissem exclusivamente em posição supina, pois o decúbito lateral é uma posição instável (o bebê pode rolar para a posição prona).<sup>2</sup>

Alguns estudos demonstravam, em 1992, que cerca de 70% das crianças dormiam em posição prona. Em 2002, essa posição era adotada somente por 11,3% das crianças. Nesse período, provavelmente devido a essa medida, houve significativa redução da incidência de SMSL.<sup>2</sup>

Em nosso meio, acredita-se que a SMSL seja subdiagnosticada, visto que, via de regra, os critérios diagnósticos estabelecidos nem sempre são abordados. Existem evidências, em estudos realizados no Rio Grande do Sul (em Pelotas e Porto Alegre), de que diversos casos de SMSL são negligenciados, não constando em estatísticas oficiais.<sup>3</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

Em 1992, a taxa de mortes por SMSL foi de 1,20/1000 nascidos vivos nos EUA. Em 2001, esta taxa caiu para 0,56/1000 nascidos vivos (diminuição de 53% em 9 anos), e desde então se encontra estável. É cerca de 2,5 vezes mais comum em negros (mas se acredita que essa disparidade seja pela diferença da adesão à campanha que viria a atenuar o quadro da SMSL no mundo). A mortalidade pós-neonatal caiu 27% (de 3,14 para 2,29/1000 nascidos vivos) neste mesmo período.<sup>2</sup>

SMSL é a principal causa de morte na infância após o período neonatal (nos EUA), mesmo após a redução significativa de sua incidência nas duas últimas décadas.<sup>4</sup>

Sua ocorrência é rara no primeiro mês de vida e tem o pico entre 2 e 3 meses de idade, quando começa a diminuir (Figura 1).

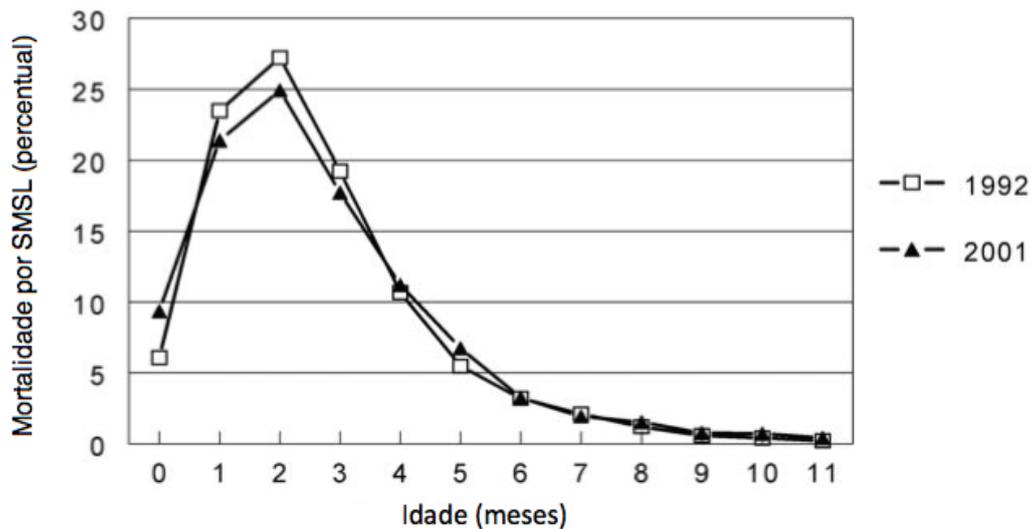


Figura 1 – Mortalidade por SMSL no primeiro ano de vida nos EUA.<sup>2</sup>

### FATORES DE RISCO

- Dormir em posição prona.
- Travesseiros, colchões ou cobertas muito macios.
- Dormir na mesma cama que os pais ou outras crianças.
- Tabagismo materno durante a gravidez (o risco é maior no período gestacional, mas a exposição da criança após o nascimento também é fator de risco independente).<sup>4</sup>
- Uso de álcool e drogas ilícitas durante a gravidez.
- Superaquecimento.
- Acompanhamento pré-natal tardio (ou não realizá-lo).
- Baixa idade materna.
- Prematuros e/ou PIGs.
- Sexo masculino.
- Bebês não acostumados a dormir em posição prona e que adotam esta posição apresentam um risco elevado.<sup>5,6</sup>

### RECOMENDAÇÕES

- Dormir no mesmo quarto que os pais – recomenda-se que a criança durma num berço, no quarto dos pais, durante os primeiros 6 meses de vida.
- Usar colchões e travesseiros firmes, mantendo objetos macios longe do ambiente de sono do bebê. Vale ressaltar que o cobertor deve estar preso às bordas do colchão, e não deve ultrapassar o peito do bebê quando este alcança os pés ao limite do berço (Figura 2).

- Não fumar durante a gravidez. Fumar após a gravidez confere risco adicional, além de estar associado a diversos outros problemas respiratórios para a criança.
- Evitar o superaquecimento – usar roupas leves e manter o quarto a uma temperatura amena.
- Orientar cuidadores (avós, babás, funcionários de creches e profissionais da área da saúde) sobre todas estas recomendações, principalmente a posição de dormir (particularmente para aqueles bebês que nunca dormem em posição prona, pois apresentam um risco aumentado se forem colocados para dormir desta maneira).



Figura 2 – Posição supina; cobertor preso às bordas, não ultrapassando o peito do bebê quando este alcança os pés ao limite do berço.<sup>4</sup>

## TÓPICOS CONTROVERSOS

- Acreditou-se que poderia existir uma associação entre a vacina contra difteria, tétano e coqueluche e a SMSL, mas estudos recentes mostraram que não.<sup>2</sup>
- Uso de chupetas na hora de dormir – mecanismo ainda não é claro, mas foi identificado como fator de proteção. Contudo, sua indicação é controversa, pois estudos mostraram que dificulta a amamentação, particularmente se introduzido na primeira semana de vida. Outros problemas identificados foram a maloclusão dentária – que geralmente desaparece após a cessação do uso da chupeta –, uma

maior ocorrência de otite média aguda, gastroenterite e candidíase oral. A AAP recomenda o uso de chupetas, desde que o aleitamento materno já esteja plenamente estabelecido.<sup>2</sup>

- O uso de monitores domiciliares de apneia não é recomendado como uma estratégia para diminuir a incidência de SMSL. São recomendados apenas em casos particulares, quando o bebê apresentou algum evento aparentemente ameaçador da vida (com alguma combinação de apneia central ou obstrutiva, coloração pálida ou cianótica, fraqueza, diminuição do tônus muscular e engasgos).
- Estudos da fisiologia do sono mostraram que o aleitamento materno está associado com um maior estímulo do SNC durante a apneia em comparação a bebês que não mamam ao seio. Contudo, o mesmo não vale para a SMSL. Embora estudos tenham demonstrado um efeito protetor do aleitamento materno para a SMSL, acredita-se que exista um viés de fatores associados ao aleitamento materno, como o não-tabagismo.<sup>2</sup>
- Plagiocefalia posicional – na última década, houve um aumento da incidência de plagiocefalia sem sinostose, provavelmente pela maior incidência de crianças que dormem em posição supina. Existem técnicas para evitar a plagiocefalia: evitar que a criança passe um tempo excessivo em “cadeirinhas” automotivas ou qualquer outra que cause pressão na região occipital, estimular a posição prona quando a criança está acordada (para melhorar, inclusive, o desenvolvimento motor), alternar a posição da cabeça da criança durante o sono periodicamente (uma semana para a esquerda, outra para a direita).
- No início da campanha “Back to Sleep”, em 1992, não se recomendava que prematuros com distúrbios respiratórios dormissem em posição supina. Hoje, sabe-se que bebês nascidos pré-termo tem um risco elevado de SMSL, por isso se recomenda que durmam, sim, em posição supina.

## **HIPÓTESE ETIOLÓGICA**

A principal hipótese é a de que certas crianças, por razões ainda não determinadas, apresentam um mau desenvolvimento ou atraso na maturação da rede neural do tronco cerebral, em uma área responsável pela excitabilidade e estímulo de resposta a eventos ameaçadores da vida durante o sono (como uma apneia transitória). Alguns autores pressupõem que o desenvolvimento fetal seja anormal em crianças vítimas de SMSL, determinando que tenham respostas inadequadas a condições estressoras e tendo a morte como desfecho clínico.<sup>5</sup> Estudos recentes em crianças que morreram de SMSL revelaram déficits

de receptores da serotonina em regiões da medula anterior envolvidas com a excitabilidade, quimiossensibilidade, respiração, termorregulação e variação da pressão sanguínea.

## REFERÊNCIAS

1. Corwin MJ, McClain M. Sudden unexpected infant death including SIDS: Initial management. [Database on internet]. 2014 Jul [updated 2014 Aug; cited 2014 Apr]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/sudden-unexpected-infant-death-including-sids-initial-management>. Topic 16845 Version 4.0.
2. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55.
3. Nunes ML. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos epidemiológicos, fisiopatologia e prevenção. *Rev Med PUCRS* 2000;10(3):232-6.
4. Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: risk factors and risk reduction strategies. [Database on internet]. 2014 Jul [updated 2014 Apr; cited 2014 Apr]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies>. Topic 6366 Version 30.0.
5. Paine SM, Jacques TS, Sebire NJ. Review: neuropathological features of unexplained sudden unexpected death in infancy: current evidence and controversies. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2014;40(4):364-84.
6. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, et al. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. *J Pediatr (Rio de J)*. 2001;77(1):29-34.