

## **SÍNDROME DA MORTE SÚBITA INFANTIL EM PELOTAS DE 2005 A 2011: UM ESTUDO DE ANÁLISE DE PREVALÊNCIA**

**MAURÍCIO CASTRO PILGER<sup>1</sup>; THIAGO FILOMENA LOMBARD<sup>1</sup>; VERA LÚCIA SCHMIDT<sup>2</sup>; MILTON LUIZ CEIA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – mauriciopilger@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de Pelotas

<sup>3</sup> Médico, Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de Pelotas – mlceia@yahoo.com.br

### **1. Introdução**

A Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI) ocupa a oitava posição entre as causas de anos potenciais de vida perdidos e as primeiras posições como causa de mortalidade infantil pós-neonatal em países desenvolvidos<sup>1</sup>. A SMSI é responsável, por exemplo, por metade das mortes infantis pós-neonatais no Reino Unido<sup>2</sup>. No Brasil, há escassez de dados que nos permitam avaliar a influência de fatores socioculturais, geográficos na incidência dessa doença em diferentes regiões, pois os poucos estudos se concentram em estados do sul e sudeste<sup>3</sup>.

A SMSI foi definida por Beckwith<sup>4</sup> como “a morte súbita inesperada de uma criança, na qual uma necropsia detalhada não consegue identificar uma causa adequada para o óbito”. Esse evento passou a assumir papel relevante nos últimos anos a partir da queda dos índices de mortalidade infantil, devido a melhorias socioeconômicas, ambientais e na assistência médica, e à descoberta de que lactentes abaixo de 6 meses que dormem em posição de pronação possuem chance de 3 a 9 vezes maior de sofrerem SMSI do que os que dormem em posição supina.

### **2. Metodologia**

Estudou-se todos os casos de SMSI do ano de 2005 até o ano de 2011 no município de Pelotas. Os dados foram coletados através da Secretaria Municipal de Saúde, que tem cobertura de 100% dos casos de óbito infantil através do Comitê de Investigação de Óbito Infantil, Fetal e Morte Materna (COMAI) desde 2003, o que confere confiabilidade na amostra. O COMAI investiga os óbitos infantis através da aplicação das Fichas de Investigação de Óbitos (ficha de entrevista domiciliar, ficha de investigação hospitalar, ficha de investigação ambulatorial) padronizadas pelo Ministério da Saúde e colhendo informações da Declaração de Nascido Vivo, da Declaração de Óbito.

Foram excluídas do estudo crianças que não se enquadravam na definição clínica de SMSI. Ou seja, que apresentavam sintomas plausíveis de risco de vida por qualquer outra patologia. A partir da descoberta e da aplicação de nova política, implementada a partir do ano de 2006, considerou-se extremamente relevante a posição em decúbito da lactente ao dormir, dado por vezes ignorado em anos anteriores na cidade de Pelotas, razão pela qual essa informação não foi registrada no ano de 2005.

A definição de Beckwith<sup>4</sup> torna praticamente impossível a realização de pesquisas epidemiológicas em nosso meio, haja vista a não realização de

necropsias em crianças falecidas subitamente. Sendo assim, estudos brasileiros nessa área costumam adotar critério clínico para a classificação de SMSI<sup>3</sup>, como “morte inesperada em criança assintomática ou com sintomas mínimos com menos de 24 horas de duração”, o qual também foi usado para determinarmos a amostra nesse estudo.

Foram coletados dados referentes a ano do óbito, idade materna, raça, sexo, tabagismo materno, aleitamento materno exclusivo, posição em decúbito, idade da criança, peso ao nascimento, estação do ano em que ocorreu o óbito, idade gestacional e ocorrência de co-leito. A informação sobre peso ao nascer foi obtida através dos pais, dado obtido de maneira segura, conforme resultado de estudos prévios<sup>5</sup> e confirmado pela Declaração de Nascido Vivo.

Após a coleta de dados, foi feita análise descritiva sobre a prevalência de SMSI no município de Pelotas.

### **3. Resultados e discussão**

Os 40 óbitos registrados ocorreram numa população estimada de 25704 nascidos vivos, considerando média de 4284 nascimentos por ano em famílias residentes em Pelotas, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o que representa um coeficiente de mortalidade por SMSI de 1,6 por mil.

29 (72,5%) mães cujos filhos faleceram por SMSI tinham menos de 24 anos de idade, 27 (67,5%) eram mães de 2 ou 3 filhos, 25 (78%) eram fumantes e 21 (55%) concederam aleitamento materno exclusivo até a data do óbito. 20 (50%) mães eram da raça branca e 32 (80%) tiveram seus bebês entre 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semana gestacional. 22 (55%) crianças eram do sexo feminino, 20 (50%) nascidos pesavam mais que 3000g, 16 (40%) vieram a falecer com menos de 1 mês de vida, 25 (80%) dormiam junto aos pais e 20 (71%) em decúbito lateral, enquanto que apenas 2 (7%) em decúbito ventral. 17 (42,5%) dos casos de SMSI ocorreram durante o inverno.

**Tabela 1.** Descrição das variáveis estudadas.

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>	<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade materna</b>			<b>Sexo</b>		
16-19 <sup>a</sup>	13	32,5	Masculino	18	45
20-23 <sup>a</sup>	16	40	Feminino	22	55
24-27 <sup>a</sup>	8	20	<b>Idade da criança</b>		
>27 <sup>a</sup>	3	7,5	≤1 m	16	40
<b>Número de filhos</b>			>1m e ≤2m	13	32,5
1	7	17,5	>2m e ≤3m	6	15
2	14	35	>3m e ≤4m	2	5
3	13	32,5	>4m	3	7,5
4	2	5	<b>Peso ao nascimento</b>		
≥5	3	7,5	<2000g	4	10
Ignorado	1	2,5	≥2000g	6	15
<b>Mão fumante</b>			<2500g	6	15
Sim	25	62,5	≥2500g	10	25
Não	7	17,5	<3000g	10	25
Ignorado	8	20	≥3000g	20	50
<b>Raça</b>			<b>Estação do ano</b>		
Branca	20	50	Outono	12	30
Negra	11	27,5	Inverno	17	42,5
Parda	9	22,5	Primavera	8	20
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>			Verão	3	7,5
Sim	21	52,5	<b>Período do óbito</b>		
Não	17	42,5	Neonatal	10	15
Ignorado	2	5	Pós-neonatal	30	75
<b>Posição em decúbito</b>			<b>Idade gestacional</b>		
Lateral	20	50	<32 <sup>a</sup>	2	5
Dorsal	6	15	>32 <sup>a</sup> e ≤36 <sup>a</sup>	6	15
Ventral	2	5	>36 <sup>a</sup> e ≤41 <sup>a</sup>	32	80
			<b>Co Leito</b>		
			Sim	25	62,5
			Não	6	15
			Ignorado	9	22,5

O presente estudo descritivo teve como objetivo principal conhecer características sócio-epidemiológicas, comportamentais e ambientais dos lactentes que foram a óbito por SMSI na cidade de Pelotas.

Deve-se levar em conta que alguns aspectos da metodologia utilizada podem subestimar ou superestimar o coeficiente de mortalidade, como a utilização de um critério clínico para definição de SMSI, haja vista que necropsias não foram utilizadas e nenhum exame microscópico foi realizado, pois, no Brasil, isto não consta como conduta obrigatória. Assim, o critério que classifica a causa como SMSI está à mercê dos médicos que acompanharam a criança e das informações obtidas

através dos pais responsáveis. Apesar disso, o coeficiente de SMSI de 1,6 por mil parece estar de acordo com estudo longitudinal de 1982 realizado em Pelotas<sup>6</sup>, que encontrou coeficiente de 1,5 por mil e em demais estudos<sup>7</sup>. Por fim, para termos maior confiabilidade em dados de serviços estatísticos vitais, a melhoria na qualidade do preenchimento das fichas de óbito deve ser uma prioridade.

#### 4. Conclusão

O presente estudo é o único que abrange tamanha amostra (40 casos) de SMSI na cidade de Pelotas. Campanhas como o “Back to sleep”, que teve origem na Inglaterra e enfatizava a importância da posição supina dos recém-nascidos ao dormir, devem ser enfatizadas na cidade de Pelotas, pois a maioria das mães não tem conhecimento da importância da posição em decúbito da criança como medida de prevenção. A falta de estudos como este em demais cidades do Rio Grande do Sul limita análises comparativas e o estabelecimento de políticas de prevenção específicas para cada região, considerando suas características socioculturais, socioeconômicas e geográficas. Isso faz com que políticas intervencionistas a curto prazo sejam voltadas à orientação da posição em decúbito, do co-leito, do aleitamento materno exclusivo e da cessação do tabagismo, enquanto que políticas de longo prazo visem à melhora das condições socioeconômicas da região.

#### 5. Referências bibliográficas

##### Artigos

1. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact.* 2000;16:13-20.
2. Golding, J; Limerick, S. Sudden infant death: patterns, puzzles and problems. SheptonMalet, Open Books, 1985.
3. Victora, C. G. et al. Quadro epidemiológico das mortes súbitas na infância em cidades gaúchas (Brasil). *Rev. Saúde Públ., São Paulo*, 21:490-6, 1987.
4. Beckwith, JB. Observations on the pathological anatomy of the sudden infant death syndrome. Seattle, University of Washington Press, 1970. p. 83.
5. Victora CG, Barros FC. As mães lembram o peso ao nascer de seus filhos? *Ver. Saúde Pública, S. Paulo*, 19:195:200, 1985.
6. Victora, CG; Barros, FC; Martines JC. Estudo longitudinal das crianças nascidas em 1982 em Pelotas, RS, Brasil: metodologia e resultados preliminares. *Ver. Saúde Pública., S. Paulo*, 19:58-68, 1985.
7. GEIB, Lorena T. C. and NUNES, Magda L.. Incidência da síndrome da morte súbita em coorte de lactentes. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2006, vol.82, n.1 [cited 2013-09-02], pp. 21-26