Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

Data de Submissão: 31/05/2020
Data de Aprovação: 01/07/2020

ARTIGO ORIGINAL

Síndrome da morte súbita do lactente no Distrito Federal, Brasil: existe evidência?

Sudden infant death syndrome in the Federal District, Brazil: is there evidence?

José Alfredo Lacerda de Jesus[1], Adriana Abreu Resende[1], João da Costa Pimentel-Filho[1], Dioclécio Campos Júnior[1], Rosana Maria Tristão[1]

Palavras-chave: morte súbita, autópsia, lactente.

Resumo

Objetivos: A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) acomete crianças entre um mês e um ano de idade. Apesar de ser há muito tempo relatada, ainda não existe uma causa conhecida. Mesmo em países em desenvolvimento acelerado, como o Brasil, a síndrome não é bem documentada. O presente trabalho tem como objetivo levantar a prevalência o e perfil da SMSL no Distrito Federal, Brasil. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo dos dados existentes no Instituto Médico Legal do Distrito Federal relativos aos óbitos, autópsias e informações demográficas de crianças de 28 dias a um ano de idade, entre 2003 e 2009. **Resultados:** Durante o período estudado foram registradas 431 mortes de crianças com idade entre 28 dias e um ano. Desse total, sete (1,62%) morreram durante o sono e quatro atenderam aos critérios conceituais de SMSL. A idade média foi 102,28 (±11,28) dias. Nenhuma morte foi diagnosticada como SMSL e suas causas prováveis foram analisadas. **Conclusão:** Não houve relato oficial de SMSL no Distrito Federal entre 2003 e 2009, ao contrário do que ocorreu nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, que mostravam uma incidência variando entre 0,13 e 1/1.000 nascidos vivos. Este achado sugere subdiagnóstico e indica a falta de protocolo específico para identificação post-mortem por SMSL. O estudo mostra a necessidade da implantação de um protocolo investigativo para SMSL, do seu conhecimento e divulgação entre profissionais de saúde e comunidade do Distrito Federal, bem como mostra a importância de campanhas de sensibilização e prevenção desse fenômeno.

[1] Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Medicina da Criança e do Adolescente - Brasília - Distrito Federal - Brasil.

Endereço para correspondência:
José Alfredo Lacerda de Jesus.
Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, UNB Área 1 - Asa Norte, Brasília - DF, 70910-900. E-mail: jalfredo.jesus@gmail.com

Residência Pediátrica; 2022: Ahead of Print. DOI: 10.25060/residpediatr-2022.v12n2-321

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Keywords:
death,
sudden,
autopsy,
infant.

Abstract

Objectives: The syndrome of sudden infant death (SIDS) affects children aged between one month and one year of age. Although it has long been reported, there is still no known cause. Although it has long been reported, there is still no known cause. The present work aims to raise the profile and prevalence of SIDS in the Federal District, Brazil. **Methods:** Descriptive, transversal and retrospective study relating to deaths, beyond autopsies and the demographics of children between 28 days and one year of age was performed at the Institute of Forensic Medicine of the Federal District between 2003 and 2009. **Results:** The number of infant deaths registered during the study period was 431. Of these, seven (1.62% of total) died while sleeping and four met the conceptual criteria. The mean age was 102.28 (±11.28) days. However, none was diagnosed as SIDS and theirs causes were analyzed. **Conclusion:** There was no report of SIDS in the Federal District between 2003-2009, contrary it was reported in South/South-Eastern of Brazil whose incidence varied between 0.13 and 1/1,000 live births. This finding suggests underdiagnosis and indicates the lack of a SIDS specific protocol for post-mortem identification. This study shows the need to implement an investigative protocol for SIDS, knowledge, and dissemination of the syndrome among health professionals and the community and shows the importance of awareness campaigns and prevention of this phenomenon.

INTRODUÇÃO

Desde 1969, temos usado três definições internacionalmente aceitas de síndrome da morte súbita do lactente (SMSL).[1-3] A mais recente definição de SMSL decidida em San Diego, Califórnia, por um grupo de trabalho em 2004 estabelece ser "uma súbita e inesperada morte de um lactente com menos de um ano de idade, com início do episódio letal aparentemente ocorrendo durante o sono que permanece inexplicável após uma investigação completa, incluindo a realização de uma autópsia completa e revisão das circunstâncias da morte e da história clínica".[3] Além disso, sua subclassificação divide essa situação em categorias I e II, de acordo com a presença de características clássicas da SMSL e documentação completa do caso. Há outra condição estabelecida como "categoria de morte súbita infantil não classificada (MSINC)" que inclui óbitos que não atendem aos critérios das categorias I e II para SMSL, mas para os quais diagnósticos alternativos de condições naturais ou não naturais são equívocos, incluindo casos em que autópsias não foram realizados.[3]

A SMSL acomete crianças menores de um ano e 90% dos casos ocorrem até os seis meses de vida. A maior frequência de mortalidade ocorre entre o segundo e o quarto mês de vida, sendo mais frequente no sexo masculino (1,4:1) e ocorrendo predominantemente no inverno.[4,5] Essa incidência varia significativamente entre os países, de acordo com a metodologia utilizada para seu diagnóstico. O uso de diferentes definições de SMSL dificulta a comparação de estudos sobre o assunto.[6] Na Irlanda, que possui um registro organizado contendo todos os casos de óbitos inexplicáveis, a incidência de SMSL no período 2006-2008 foi de 0,34/1.000 nascidos vivos.[7] Infelizmente, em muitos países menos desenvolvidos, a incidência ainda não é conhecida. Enquanto a Região Metropolitana de Buenos Aires na Argentina apresentou taxa de mortalidade por SMSI em 1995 de 1,4/1.000 nascidos vivos[8], no Brasil a incidência não é clara porque não há estatísticas oficiais, e os poucos estudos sobre o tema são restritos a pequenas regiões e os protocolos de diagnóstico de SMSL nem sempre são seguidos ou cumpridos.[9,10] Estudo envolvendo 72 casos de SMSL baseado em informações de pais e prontuários encontrou incidência de 1/1.000 nascidos vivos, enquanto nenhum caso foi diagnosticado como SMSL nas declarações de óbito.[5] Outro estudo baseado em autópsias de bebês menores de um ano em Ribeirão Preto, Sudeste do Brasil, relatou uma incidência de 0,13/1.000 nascidos vivos.[10] Um estudo caso-controle com a população de Porto Alegre, no Sul do Brasil, encontrou uma incidência de 0,55/1.000 nascidos vivos.[11]

Ressalta-se que os relatos brasileiros mostram uma discrepância com a incidência mundial de SMSL. As possíveis explicações para o subdiagnóstico são que na autópsia o médico legista geralmente não tem informações em mãos sobre a associação de fatores de risco para SMSL, tais como: óbito em lactentes previamente saudáveis, autópsia que não justificou a causa da morte e análise da cena da morte. A revisão do local do óbito também raramente é realizada, tornando o diagnóstico final pouco claro. Além disso, muitas vezes o patologista não é especialista em patologia infantil ou conhece pesquisas sobre SMSL.[9] Dois estudos não mostraram nenhum caso de SMSL no registro oficial de mortalidade no sul do Brasil até 2000, e apenas 2 casos entre 2001 e 2003, indicando que provavelmente os casos de SMSL foram diagnosticados erroneamente.[11,12] Nesses casos, os laudos de autópsia não justificam a causa imediata da morte e geralmente indicam infecções ou bronco-aspiração, embora não sejam suficientes para explicar a morte, especialmente porque a aspiração poder ter ocorrido logo após a morte.[9,10]

No Distrito Federal, Brasil, todas as mortes súbitas inesperadas e inexplicadas de crianças são avaliadas pelo Instituto de Medicina Legal, e esses relatórios não são compartilhados com um sistema oficial de notificação para SMSL. Assim, não existem estatísticas oficiais sobre a incidência de SMSL nesta área do país. Os objetivos deste estudo foram verificar se alguma definição de SMSL foi usada por médicos legistas em seus laudos de autópsia, a incidência e prevalência

de SMSL entre crianças que morreram durante o sono e se há evidências de SMSL como causa de morte entre elas.

MÉTODOS

Este estudo descritivo, transversal e retrospectivo foi baseado no sistema de registro do banco de dados oficial do Instituto de Medicina Legal do Distrito Federal, Brasil. A pesquisa utilizou a definição de SMSL de San Diego em suas categorias IA, IB, II e MSINC.[3] Analisamos os laudos de autópsia de todas as crianças menores de um ano que morreram durante o sono no período entre janeiro de 2003 e agosto 2009. Nenhum dos pais ou cuidadores foi entrevistado, nem a história clínica da criança revisada. Foram recuperadas variáveis sociodemográficas, abrangendo sexo, idade em dias, origem étnica, estação do ano, se a criança dormia na cama dos pais, posição na cama, laudos de necropsia e conteúdo das declarações de óbito. No caso de diagnóstico errôneo, bronco-aspiração, petéquias na superfície pulmonar e edema cerebral foram considerados como possibilidades de casos suspeitos de diagnóstico de SMSL.[10] Os critérios de exclusão foram malformações congênitas, doenças infecciosas e causas externas.

Amostra

A partir da primeira análise desses seis anos e meio de boletins de óbito, foram registrados 431 óbitos para idades de zero a 365 dias; e destes, sete (1,62%) morreram durante o sono (quatro homens e três mulheres). As características dessas sete mortes foram analisadas e os resultados estão descritos a seguir. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasil ID-017/2010.

RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada considerando a investigação de sete casos suspeitos de SMSL com incidência encontrada de 0,027/1.000 nascidos vivos e prevalência de 1,62%. A amostra final é composta por quatro homens (57%) e três mulheres (43%), todos previamente saudáveis; seis deles eram de pele branca. A média de idade foi de 102,28 (±11,28) dias. Quanto à estação do ano, dois morreram no inverno, três no verão e dois no outono. “Dormindo juntos” aconteceu em dois casos e um era desconhecido. Apenas um bebê dormia em decúbito ventral. Os demais casos também eram desconhecidos. A descrição dos achados da autópsia e dos atestados de óbito mostrou que nenhum caso de SMSL foi notificado pelos médicos legistas no período estudado (Tabela 1). Após a análise dos dados, todos os óbitos foram considerados na categoria MSINC da definição de SMSL de San Diego.

DISCUSSÃO

Este estudo descreve a incidência, prevalência, aspectos epidemiológicos e achados de necropsia de sete lactentes encontrados mortos no leito durante o período de sono. A prevalência de SMSL foi de 1,62% e a incidência foi de 0,027/1000 nascidos vivos considerando todos os óbitos em menores de um ano examinados no Instituto Médico Legal do Distrito Federal, Brasil. Essas taxas são menores do que em países desenvolvidos e algumas áreas em desenvolvimento do Brasil, provavelmente devido à falta de protocolos e a equívocos sobre SMSL por parte de pediatras, patologistas e médicos legistas.[5,7,11] A idade média de 102±11,3 dias dos lactentes acometidos foi semelhante ao encontrado em outros estudos sobre SMSL, que ocorre principalmente entre o segundo e o quarto mês.[7,12]

Em relação ao gênero mais acometido, os dados estão de acordo com os relatórios internacionais, pois apontam maior frequência do sexo masculino (quatro casos, 57%) em relação ao feminino (três casos, 43%) na proporção de 1,32 óbitos masculinos para um feminino, também semelhante ao encontrado na cidade de Porto Alegre, Brasil.[11,12] A predominância do sexo masculino foi encontrada na maioria dos trabalhos publicados, levando alguns autores a sugerir uma hipótese genética ligada ao sexo como etiologia da SMSL.[6,9,13]

Este estudo indicou uma predominância de indivíduos brancos (75%) em relação aos pardos (25%). No entanto, essa análise é geograficamente peculiar, devido à grande mistura de origens e raças entre os brasileiros, tornando a análise acurada das distinções raciais sujeitas à influência dos critérios subjetivos do avaliador. Dados de sazonalidade indicam que houve dois casos no verão (40%), um no outono (25%) e um no inverno (25%). Na primavera nenhum foi encontrado. Esses valores concordam com alguns estudos da literatura brasileira e divergem bastante do estudo realizado em Pelotas, Sul do Brasil e da literatura internacional referente a países desenvolvidos, pois ambos apresentam maior incidência no inverno.[4, 5,10,11] A maior prevalência de SMSL no verão em alguns estudos brasileiros pode ser decorrente do aumento da temperatura corporal, que leva a maior perda de água, alterando a concentração de eletrólitos e reduzindo a secreção de muco no trato respiratório.[4,11] A maior probabilidade de exposição a doenças virais e outras doenças infecciosas em países em desenvolvimento também deve ser levada em consideração.[11] O fato de os dados de Pelotas, Sul do Brasil serem consistentes com a literatura de países desenvolvidos, pode estar relacionado ao clima temperado, mais próximo ao de muitas regiões desenvolvidas. Essas características climáticas e econômicas citadas anteriormente não ocorreram em nosso estudo, cuja prevalência de SMSL foi de 1,6%, inferior àquela encontrada em Pelotas, de 4%, mas superiores às encontradas no Japão e Holanda, que são, respectivamente, 0,9%, e 1%.[12]

Tabela 1. Casos suspeitos de SMSL e informações relevantes sobre autópsia e demografia.

Paciente	Sexo	Idade em dias	Cor da pele	Estação	Dormindo na cama dos pais (Sim?)	Posição na cama	Atestado de óbito	Laudo da Necrópsia
1	Feminino	25	Branca	Verão	Não	Desconhecido	Asfixia por aspiração de conteúdo gástrico	· Presença de secreção láctea nas narinas, brônquios e pulmão, sem presença na traqueia. · Outros órgãos e estruturas com aparência normal.
2	Feminino	36	Branca	Outono	Sim	Desconhecido	Asfixia por aspiração de conteúdo gástrico	· Presença de material pastoso e amarelado no trato respiratório inferior e no estômago. · Manchas de Tardieu na superfície pulmonar. · Outros órgãos e estruturas com aparência normal.
3	Feminino	235	Parda	Verão	Não	Desconhecido	Insuficiência respiratória aguda	· Traqueia e brônquios sem conteúdo aspirativo. Pulmões com áreas esbranquiçadas localizadas nos lobos superiores associados a difusas Manchas de Tardieu. Outros órgãos e estruturas com aparência normal.
4	Masculino	48	Branca	Outono	Não	Desconhecido	Insuficiência respiratória secundária à aspiração de conteúdo gástrico	· Presença de secreção láctea no interior da traqueia e estômago · Pulmões super-insuflados com Manchas de Tardieu na superfície pulmonar · Outros órgãos e estruturas de aparência normal.
5	Masculino	68	Branca	Inverno	Sim	Predisposto	Insuficiência respiratória secundária à aspiração de conteúdo gástrico	· Presença de rinorreia espessa; · Secreção espumosa na traqueia sem componentes do trato gastrointestinal; · Pulmões com áreas esbranquiçadas e petéquias sub-pleurais;
6	Masculino	93	branca	Verão	Não	Desconhecido	Insuficiência respiratória secundária à aspiração de conteúdo gástrico	· Presença de secreção láctea no interior da traqueia e estômago. · Pulmões distendidos com Manchas de Tardieu em sua superfície. · Outros órgãos e estruturas de aparência normal.
7	Masculino	211	White	Inverno	Desconhecido	Desconhecido	Óbito inexplicado	· Escoriações na porção lateral do braço direito e na região do masseter esquerdo na face.; · Escoriações no lado esquerdo da face; · Pulmões, fígado e baço com petéquias difusas; · Extenso hematoma subgaleal biparietal e fratura occipital na superfície interna da região occipital do crânio. · Separação da sutura lambdoide. · Hemorragia subdural na região occipital e cerebelo. · Traqueia e brônquios normais; · Ossos longos intactos. · Outros órgãos e estruturas de aparência normal.

Os atestados de óbito relatados pelos médicos legistas e investigados neste estudo basearam-se principalmente em descrições de insuficiência respiratória (25%) e aspiração acidental de conteúdo gástrico (75%). A identificação de insuficiência respiratória secundária à aspiração acidental de conteúdo gástrico, como causa de óbito em três dos sete casos com forte suspeita de SMSL, mostra desconhecimento dos médicos legistas na realização da autópsia, pois essa aspiração pode ter ocorrido após a morte e não necessariamente representa a causa da morte.[6] Essa aspiração pode ser definida como um evento post-mortem devido ao relaxamento muscular generalizado, que permitiria a passagem de líquido para as vias aéreas superiores e, portanto, a secreção é vista apenas no lúmen da traqueia e brônquios principais. Por outro lado, quando a causa da morte é a própria aspiração, a secreção é encontrada nas vias aéreas inferiores, como bronquíolos e alvéolos.[6]

Esses resultados evidenciam a falta de protocolo de pesquisa para casos post-mortem de suspeita de SMSL. Os achados de necropsia, como pulmões com petéquias nas áreas subpleurais, parênquima branco não friável e coração com petéquias, foram de natureza inespecífica e compatível com SMSL. Essas características são discutidas pela literatura e muitas vezes estão ligadas à asfixia[14], embora hoje haja amplo consenso de que o que hoje são chamadas de "manchas de Tardieu" é resultado de intensa lividez, levando à ruptura post mortem de vasos sanguíneos ingurgitados de forma dependente, totalmente sem relação com asfixia ou qualquer outro mecanismo de morte. A referência ocasional ainda feita a eles na literatura como petéquias antemortem ou "sinais de asfixia" revela um equívoco de seu significado atual.[15]

MSINC, uma categoria não classificada de SMSL, inclui mortes que não atendem aos critérios para categoria I ou II de SMSL, mas para os quais diagnósticos alternativos de condições naturais ou não naturais são equívocos, incluindo casos para os quais autópsias não foram realizadas.[3] Dada a análise de autópsias, chega-se à conclusão de que a metodologia utilizada pelos legistas difere dos protocolos adotados em países desenvolvidos, pois não foram realizadas análises biológica, virológica, bioquímica, citogenética e radiológica. Em nenhum momento foi relatada a análise do tronco cerebral, hipocampo e cerebelo, estruturas intimamente relacionadas à SMSL. Assim, preferimos manter a hipótese de que os sete casos em análise neste estudo possam ser melhor classificados como MSINC do que como SMSL, reconhecendo as muitas variáveis não controladas nos dados.

CONCLUSÃO

Este estudo poderia, portanto, apenas discutir os dados em termos de MSINC, pois as notificações de óbito estudadas não seguiram adequadamente o protocolo de SMSL. O primeiro passo na prevenção da SMSL e MSINC é diagnosticar os casos existentes para entender o contexto de sua ocorrência e conscientizar a classe profissional sobre sua verdadeira incidência e diagnóstico clínico, que parece ser subestimado no Distrito Federal do Brasil. Os dados encontrados no estudo corroboram aqueles encontrados em outras regiões brasileiras e países em desenvolvimento. O perfil da SMSL observado em vários estudos sugere que em nível nacional faltam políticas claras para preparar pediatras e médicos legistas para a importância da doença e, então, desenvolver campanhas de prevenção e conscientização em relação à SMSL. Pior do que sentir a sombra da morte no início da vida é saber que, apesar de anos de pesquisas nacionais e internacionais, o país ainda hesita em instalar um protocolo adequado para investigação e prevenção da SMSL. De fato, pouco é feito para combater a tendência de atribuir falsas causas a essas mortes precoces, por exemplo, acusações de infanticídio. Este estudo também nos leva a incentivar pesquisas sobre causas e estratégias de prevenção em diferentes estados brasileiros, pois cada um pode ter seus próprios fatores de risco regionais.

REFERÊNCIAS

1. Beckwith JB. Defining the Sudden Infant Death Syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157:286-90.
2. Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the national institute of child health and human development. Pediatr Pathol. 1991; 11:677-84.
3. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics. 2004; 114:234-48.
4. Findeisen M, Vennemann M, Brinkmann B, Ortman C, Röse I, Köpcke W, et al. German study on sudden infant death (GESID): desingepidemiological and pathological profile. Int J Legal Med. 2004; 118:163-9.
5. Victora GC, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB. Epidemiology of sudden infant deaths in cities of Rio Grande do Sul, Brazil. Rev Saúde Públ. 1987;21(6):490-6.
6. Byard RW, Lee V. A re-audit of the use of definitions of sudden infant death syndrome (SIDS) in peer-reviewed literature. J Forensic Leg Med. 2012;19:455-6.
7. McGarvey CM, O'Regan M, Cryan J, Treacy A, Hamilton K, Devaney D, et al. Sudden unexplained death in childhood (1-4 years) in Ireland: an epidemiological profile and comparison with SIDS. Arch Dis Child. 2012;97:692-7.
8. Nelson EAS, Taylor BJ. International Child Care Practices Study: infant sleep position and parental smoking. Early Hum Devel. 2001;64:7-20.
9. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Sudden infant death syndrome: clinical aspects an underdiagnosed disease. J Pediatr (R Jan). 2001;77(1):29-34.
10. Woida FM, Saggioro FP, Ferro MAR, Peres LC. Sudden infant death syndrome in Brazil: fact or fancy. Sao Paulo Med J. 2008;126(1):48-51.
11. Pinho APS, Nunes ML. Epidemiological profile and strategies for diagnosing SIDS in a developing country. J Pediatr (R Jan). 2011;87(2):115-22.
12. Pinho APS, Aerts D, Nunes ML. Risk factors for sudden infant death syndrome in a developing country. Rev Saúde Pública. 2008;42:396-401.
13. Moon YR, Horne CSR, Hauck RF. Sudden infant death syndrome. Lancet. 2007; 370(9598):1578-87.
14. Weber MA, Risdon RA, Ashworth MT, Malone M, Sebire NJ. Autopsy findings of co-sleeping-associated sudden unexpected deaths in infancy: Relationship between pathological features and asphyxial mode of death. J Paediatr Child Health. 2012;48: 335-41.
15. Ely SF, Hirsch CS. Asphyxial deaths and petechiae: a review. J Forensic Sci. 2000; 45(6):1274-7.