



NOVAS RECOMENDAÇÕES NA PREVENÇÃO DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment
Pediatrics 2011 Nov; 128 (5): 1030-9.

Resumo

Em 1992 a Academia Americana de Pediatria (AAP) publicou a sua primeira recomendação sobre a síndrome da morte súbita no lactente (SMSL), na qual aconselha-

va a colocação dos lactentes em decúbito dorsal durante o sono. Apesar da queda na incidência desta síndrome, este declínio atingiu um patamar nos últimos anos.

Por outro lado, particularmente desde que a AAP



publicou a sua última recomendação em SMSL, em 2005, verificou-se um aumento na incidência de outras causas de morte súbita e inesperada associada ao sono, nomeadamente mortes atribuíveis à asfixia, ao estrangulamento e a causas mal definidas ou não especificadas de morte no primeiro ano de vida.

Recentemente, a AAP expandiu as suas recomendações e, em vez de se concentrar apenas na SMSL, foca-se num ambiente de sono seguro que pode reduzir no lactente o risco de morte por várias causas relacionadas com o sono, incluindo a SMSL.

A SMSL é a morte súbita e inexplicada de um lactente aparentemente saudável e em que uma autópsia falha na demonstração de uma causa adequada. A morte súbita infantil inesperada (SUID) é um termo usado para descrever qualquer morte súbita e inesperada, seja explicada ou não (incluindo SMSL), que ocorra durante o primeiro ano de vida. Após investigação dos casos, a SUID pode ser atribuída a asfixia, infecção, aprisionamento, ingestão de tóxicos, doenças metabólicas, arritmias ou trauma (acidental ou não acidental).

As mais recentes recomendações da AAP centram-se no conjunto de SUID que ocorrem durante o sono.

Recomendações

Os lactentes devem dormir em decúbito dorsal até ao ano de vida. Quando o lactente adquire a capacidade de se virar na cama, deve ser deixado na posição que adopta naturalmente. O decúbito lateral não é seguro nem recomendado. Não é recomendada a elevação da cabeceira da cama.

Deve ser usado um colchão firme e bem adaptado ao berço ou alfofa, coberto por um lençol ajustado.

O lactente deve dormir na mesma divisão dos pais, mas no seu próprio berço ou alfofa, sendo que só deve ser colocado na cama dos pais para a alimentação ou para conforto.

Não devem ser colocados objectos na cama do lactente nem devem ser usadas almofadas, fraldas, gorros, babetes, protectores de berço ou outras peças que lhe possam tapar a cabeça e causar estrangulamento ou asfixia.

As mulheres grávidas devem receber cuidados pré-natais regulares e devem evitar a exposição ao fumo do tabaco, ao álcool e às drogas ilícitas durante a gravidez e após o nascimento.

A amamentação está associada a um menor risco de SMSL. O efeito protector do leite materno aumenta se for em exclusividade. De qualquer forma, a amamentação materna, mesmo que associada ao leite adaptado, é por si só protectora.

A chupeta deve ser oferecida, pois reduz o risco do SMSL, apesar de o mecanismo ser desconhecido. Caso o lactente a rejeite não se deve forçar o seu uso. O efeito protector da chupeta persiste mesmo se esta cair da sua boca, não sendo necessário recolocá-la se ela cair durante o sono. Não deve ser dada a chupeta enquanto o recém-nascido ainda não estiver bem adaptado à mama da mãe. As chupetas não devem estar ligadas à roupa por fios ou bonecos passíveis de estrangulação ou asfixia.

Deve ser evitado o sobreaquecimento do quarto do lactente, apesar de não haver uma temperatura ideal definida. Os lactentes devem ter no máximo mais uma camada de roupa do que um adulto.

O plano nacional de vacinação e as consultas de saúde infantil devem ser cumpridos, sendo que as imunizações podem ter um efeito protector contra a SMSL.

Devem ser evitados dispositivos comerciais e monitores de vigilância dos sinais vitais para evitar o risco de SMSL.

Durante o dia e sob supervisão deve-se posicionar os lactentes em decúbito ventral de forma a evitar o aparecimento de plagiocefalia e facilitar o desenvolvimento muscular.

Comentário

Desde as primeiras recomendações (anos 90) de posicionamento dos lactentes em decúbito dorsal para dormir que a incidência de SMSL na Austrália, na América do Norte e na Europa diminuiu significativamente. Actualmente a incidência de SMSL é inferior a 1 por 1000, contrastando com a incidência

de até 3 por 1000 de há 30 anos atrás.^{1,2,3,4}

Contudo, à medida que a incidência de SMSL diminuiu, verificou-se um aumento na incidência (de 2,8 para 12,5 mortes por 100000 nados vivos) de mortes atribuíveis à asfixia e ao estrangulamento.⁵

Por outro lado, visto que os pais, por receio, evitavam colocar os lactentes em decúbito ventral quan-



do acordados, começaram a surgir outras complicações decorrentes destas recomendações, nomeadamente: atraso do desenvolvimento motor; aumento da incidência de plagiocefalia e braquicefalia; e tórcico congénito.^{6,7,8,9,10} O atraso de desenvolvimento motor seria mais aparente aos 2 e 3 meses de idade, altura em que o lactente seria ainda incapaz de segurar a cabeça estando em posição de pronação.⁹

Para além de realçar as alterações efectuadas nestas recomendações de 2011, parece importante também analisar a evolução das sucessivas recomendações da AAP ao longo dos anos.

Em 1992 surgiram as primeiras recomendações da AAP sobre o posicionamento dos lactentes saudáveis na posição de decúbito dorsal ou lateral para dormir. Esta medida inicial teve um grande impacto nas reduções da incidência da SMSL, cerca de 40%.

Em 2000, por a SMSL permanecer uma causa importante de morte infantil, a AAP alargou as recomendações iniciais focando-se também nas superfícies de sono, no sobreaquecimento, na partilha do mesmo quarto mas não da mesma cama e no tabagismo materno.

Em 2005, as recomendações da AAP puseram fim à indicação do decúbito lateral. Pelo contrário, indicavam que os lactentes deviam dormir apenas em decúbito dorsal e incluíram a ideia de que as chupetas poderiam reduzir o risco da SMSL. Mantinham a ideia que o lactente deveria partilhar a mesma divisão da mãe até aos 6 meses de idade, mas dormindo em camas separadas.

Em 2011 surge uma expansão das últimas recomendações que deixam de se focar apenas na SMSL, para falar em ambientes de sono seguro. Mantêm recomendações anteriores mas acrescentam que estas devem ser adoptadas em geral até aos 12 meses de idade, como por exemplo: colocar o bebé em decúbito dorsal, dormindo no mesmo quarto mas num berço apropriado, sem objectos soltos da cama e evitando o sobreaquecimento. Ao contrário das recomendações de 2005, nas quais se referia especificamente que os bebés deveriam partilhar o mesmo quarto dos pais até aos 6 meses de idade, nas recomendações de 2011 apenas é descrito no início do texto que todas as recomendações devem ser seguidas até ao ano de idade.

Outra novidade nestas recomendações é o papel

protector do aleitamento materno, que, apesar de ter sido mencionado desde 1992, aparece pela primeira vez como causa de redução do risco de SMSL.

A recomendação de que crianças sejam imunizadas e tenham as suas consultas de saúde infantil regulares é também um aspecto novo, apesar de já o terem mencionado anteriormente, faltavam ainda evidências que correlacionassem a SMSL e a vacinação.

Em conclusão, o foco na posição de deitar como prevenção da SMSL dando lugar à perspectiva de um sono seguro parece ser a grande mais-valia destas novas recomendações, que se espera travem o aumento de mortes por asfixia e estrangulamento, valores que quadruplicaram entre 1984 e 2004.⁵

Camila Mota Neves

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
UCSP Senhora da Hora, ULS Matosinhos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Factfile 2. Research background to the Reduce the Risk of Cot Death advice by the Foundation for the Study of Infant Death. Foundation for the Study of Infant Death. Disponível em: <http://fsid.org.uk/Document.Doc?id=42> [acedido em 25/11/2011].
2. American Academy of Pediatrics AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992 Jun; 89 (6 Pt 1): 1120-6.
3. Tudehope DI, Cleghorn G. Home monitoring for infants at risk of the sudden infant death syndrome. *Aust Paediatr J* 1984 May; 20 (2): 137-40.
4. Peterson DR. Epidemiology of the sudden infant death syndrome: problems, progress, prospects: a review. In: Tildon JT, Roeder LM, Steinschneider A, editors. *Sudden Infant Death Syndrome*. New York: Academic Press; 1983. p. 89-97.
5. Shapiro-Mendoza CK, Kimball M, Tomashek KM, Anderson RN, Blanding S. US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: are rates increasing? *Pediatrics* 2009 Feb; 123 (2): 533-9.
6. Jantz JW, Blosser CD, Fruechting LA. A motor milestone change noted with a change in sleep position. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 Jun; 151 (6): 565-8.
7. Dwyer T, Ponsonby AL. Sudden infant death syndrome and prone sleeping position. *Ann Epidemiol* 2009 Apr; 19 (4): 245-9.
8. Davis BE, Moon RY, Sachs HC, Ottolini MC. Effects of sleep position on infant motor development. *Pediatrics* 1998 Nov; 102 (5): 1135-40.
9. Perniciaro J. Development, behavior, and mental health. In: Tschudy MM, Arcara KM, eds. *The Harriet Lane Handbook*. 19th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2011. p. 228-9.
10. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J; American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological surgery. Prevention and management of positional skull deformities in infants. *Pediatrics* 2003 Jul; 112 (1 Pt 1): 199-202.