COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS DOS PAIS RELACIONADOS COM O SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Paula Cristina Almeida Remoaldo[1]

RESUMO

O presente artigo complementa vários estudos divulgados na revista "Saúde Infantil" ao longo dos três últimos anos relacionados com a Tese de Doutoramento defendida em 1999 e intitulada: *A Morbilidade e a Mortalidade Infantil em territórios amostra do distrito de Braga - desigualdades territoriais e sociais*. Os objectivos principais que nortearam esta pesquisa foram a aquilatação dos comportamentos e atitudes de risco dos pais e em especial da mãe, em relação à morbilidade e à mortalidade infantil e a sua análise segundo as dicotomias territoriais e sociais existentes nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto.

No presente artigo analisámos uma das afecções da primeira infância, *i.e.*, o síndrome da morte súbita do lactente, cujos factores de risco ainda não estão totalmente esclarecidos, tendo optado por avaliar os factores que lhe estavam mais correntemente associados quando a pesquisa foi realizada (1995-1996), como sejam, a posição que a criança adopta ao dormir, a utilização de uma almofada e o consumo de tabaco, por parte dos pais ou de outros familiares junto da criança.

Diagnosticámos uma fraca adesão por parte dos pais inquiridos a algumas normas divulgadas em 1995 e 1996 pela Direcção-Geral da Saúde, através do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, especialmente no que respeita à posição de dormir da criança.

Palavras-chave: morte súbita do lactente, saúde infantil, educação para a saúde.

SUMMARY

The present paper completes some studies published in the "Saúde Infantil" magazine for the last three years that are related to the dissertation: *A Morbilidade e a Mortalidade Infantil em Territórios Amostra do Distrito de Braga - Desigualdades Territoriais e Sociais.*

1 Professora Auxiliar na Secção de Geografia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

The investigation analyzes the territorial and social contrasts of infant morbidity and infant mortality in four "concelhos" of the Braga district — Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto and Celorico de Basto, focusing on the preventive behaviours of the parents.

The present paper analyzes some risks of sudden death in infants, *e.g.*, sleep position, the use of a pillow and the consumption of tobacco near the infant by the parents or other relatives.

The investigation shows that there are much to do in health education, with special attention to the role of the professionals who work in primary care, because the majority of the parents don't follow the rules divulged by the General-Direction of Health.

Keywords: sudden deaths in infants, infant health, health education.

Introdução

Nos últimos anos tem-se discutido muito, à escala internacional, sobre o síndrome de morte súbita do lactente, mas os factores de risco ainda não estão totalmente esclarecidos. À data de realização da pesquisa de que agora apresentamos os resultados (1995-1996), um dos factores mais vezes relacionado, prendia-se com a posição que a criança adoptava ao dormir, concretamente, a posição de decúbito ventral. De finais de 1993 e até à data de realização da presente pesquisa, a Direcção-Geral da Saúde, na sequência da recomendação de Abril de 1992 da *American Academy of Pedriatrics,* aconselhava os pais a deitar os filhos, de preferência, de lado ou de decúbito dorsal.

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

A posição de decúbito ventral tem sido a mais utilizada nas últimas décadas no nosso país, devido a várias razões, de que se destacam, uma melhoria da função pulmonar e da oxigenação e uma menor modelagem da cabeça (1).

Outros comportamentos supostamente relacionados com um aumento de risco de síndrome de morte súbita, eram a utilização ou não de uma almofada, o consumo de tabaco na presença da criança e o aquecimento excessivo do quarto da criança.

Na investigação que encetámos, beneficiámos do facto de podermos avaliar se as medidas de prevenção da morte súbita do lactente veiculadas pela Direcção-Geral da Saúde foram seguidas na prática pelos pais. Optámos por avaliar as mais correntemente associadas com a morte súbita do lactente, como sejam, a posição que a criança adoptou ao dormir, a utilização de uma almofada e o consumo de tabaco, por parte dos pais ou de outros familiares junto da criança.

Material e métodos

Os resultados que apresentamos no presente artigo resultam de um inquérito realizado entre finais de 1995 e meados de 1996, por via postal, auto-administrado e direccionado

para 1398 mães residentes nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto (Noroeste Português). Este surgiu na sequência de um primeiro inquérito por entrevista, realizado um ano antes, no momento de nascimento da criança, que nos possibilitou um conhecimento significativo do ambiente socio-cultural desta e que nos permitiu optar no segundo momento de inquirição pela via postal.

A principal desvantagem dos inquéritos por via postal é a sua baixa taxa de respostas, não sendo de esperar uma taxa superior a 20%, especialmente, quando é enviada uma única carta que não incorpora incentivos. Normalmente, a taxa de respostas é inferior à da realização do inquérito por telefone ou na presença do inquiridor (2).

A taxa de respostas conseguida com o segundo inquérito foi elevada, tendo-se cifrado nos 91,1%, por tratar-se de um segundo inquérito que pressupôs um conhecimento prévio do elemento inquiridor e devido à elevada motivação das mães para responder.

Das cerca de 31 questões contempladas, cinco foram direccionadas para atitudes de risco relacionadas com o síndrome da morte súbita do lactente.

Resultados

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

Contrariamente ao que seria de prever, emergiu uma elevada representatividade da posição de decúbito ventral, quer isoladamente (19,7% - n=253) ou em associação com a posição de lado (23,9% - n=307), apesar de se tratar de uma posição de risco (Quadro 1).

Elemento que Aconselhou a Posição	De decúbito ventral		De decúbito dorsal		De lado		De decúbito e de lado		Outra situação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O médico assistente	182	71,9	7	20,6	353	63,3	222	72,3	76	58,0	840	65,5
A mãe da criança	21	8,3	8	23,5	64	11,5	31	10,1	13	9,9	137	10,7
A posição foi escolhida pela criança	37	14,6	18	52,9	108	19,3	43	14,0	39	29,8	245	19,1
Os familiares	13	5,1	1	2,9	24	4,3	9	2,9	3	2,3	50	3,9
Informações recolhidas nos *mass media*	-	-	-	-	9	1,6	2	0,7	-	-	11	0,8
Total	253	99,9	34	99,9	558	100,0	307	100,0	131	100,0	1283	100,0

Nota: Chama-se a atenção do leitor para o facto de nos Quadros 1 e 3, os totais dos valores percentuais evidenciarem um arredondamento por excesso ou por defeito. **Fonte:** Inquérito por nós realizado entre 1995 e 1996.

Quadro 1 — Posição em que foi deitada a criança durante o seu primeiro ano de vida segundo o elemento que aconselhou, 1995-96.

Curiosamente, a opção por esta posição resultou maioritariamente do aconselhamento dado pelo médico assistente da criança, deixando transparecer que, até finais de 1996, havia um elevado quantitativo de médicos que não havia aderido às medidas veiculadas à escala internacional, provavelmente, por falta de informação ou por não acreditarem nos estudos realizados e nas suas conclusões.

Estes resultados coincidiam com o panorama existente noutros países da Europa e dos E.U.A., pois apesar da recomendação oficial continuava a existir uma considerável relutância entre os pediatras para mudar o conselho que davam aos pais. Todavia, por exemplo, na comunidade francesa da Bélgica, entre meados de 1995 e finais de 1996/princípios de 1997, operou-se uma significativa alteração do comportamento dos pais na posição de deitar da criança, tendo diminuído substancialmente a posição em decúbito ventral, passando de 25% para 11,2%, sendo essencialmente substituída pela posição em decúbito dorsal. Estes resultados foram conhecidos a partir de dois inquéritos realizados com um espaçamento de dezoito meses, relacionando-se com amostras de 400 mulheres (o de 1995) e de 740 mulheres (o de 1996/97) da comunidade francesa da Bélgica (3). As mutações de comportamentos foram mais relevantes do que as encontradas no território que analisámos em Portugal, provavelmente, devido à importante campanha nacional de prevenção realizada nos anos de 1995 e 1996 na Bélgica.

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

Interessante de ser notada no nosso estudo foi a importância dos familiares na adopção da posição de decúbito ventral (5,1%), que deixou transparecer a persistência de fortes laços familiares no território objecto de análise, com particular realce para a influência da mãe da inquirida. Foi frequente a inquirida seguir os conselhos da sua própria mãe, que *até criou sete ou oito filhos, deitando-os de barriga para baixo e que até nunca lhes aconteceu nada!...*

Não sabemos até que ponto esta mesma influência por parte dos familiares era mais alargada e estava camuflada em parte das respostas em que a inquirida referiu que tinha sido ela própria a escolher a posição de deitar a criança!...

Não encontrámos uma relação entre a posição ao deitar e a terminologia urbano/transição/rural (Qui-quadrado=21,5 para 14 gl; $p>0,05$) ou com variáveis sócio-económicas, devido, provavelmente, à elevada influência do médico assistente na posição adoptada.

Outro factor de risco de morte súbita do lactente avançado foi a utilização de uma almofada enquanto a criança dormia. Também neste domínio encontrámos uma razoável adopção do comportamento de risco, tendo 21,2% (n=272) das crianças utilizado uma almofada para dormir. Constituiu uma percentagem mais elevada do que a encontrada nos dois estudos realizados junto da comunidade francesa da Bélgica. Em meados de 1995 (primeiro inquérito realizado) apenas 14% dos pais usava uma almofada *versus* 10,2% entre finais de 1996/princípios de 1997 (segundo inquérito realizado).

Torna-se premente aferir no presente estudo se os pais que optaram por uma posição de dormir com potenciais efeitos deletérios para a criança também empreenderam outros

comportamentos de risco, tal como a utilização de uma almofada para dormir. De facto, não foi estatisticamente significativa a relação entre as duas variáveis (Qui-quadrado=8,5 para 4 gl; $p>0,05$). Todavia, parece clara a menor utilização de uma almofada quando a criança foi deitada em decúbito ventral, *id est,* precisamente na posição que em 1996 se pensava encerrar mais potenciais efeitos deletérios (Quadro 2).

Utilização de Almofada	De decúbito ventral		De decúbito dorsal		De lado		De decúbito e de lado		Outra situação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	38	15,0	10	29,4	129	23,1	67	21,8	28	21,4	272	21,2
NÃO	215	85,0	24	70,6	429	76,9	240	78,2	103	78,6	1011	78,8
TOTAL	**253**	**100,0**	**34**	**100,0**	**558**	**100,0**	**307**	**100,0**	**131**	**100,0**	**1283**	**100,0**

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1995 e 1996.

Quadro 2 — Posição em que a mãe deitou a criança durante o primeiro ano de vida segundo a utilização de almofada, 1995-96.

Outro factor considerado foi o consumo de tabaco junto da criança. Na nossa amostra, 8,7% (n=111) das mulheres que responderam ao segundo inquérito reiniciaram o consumo de tabaco logo após o nascimento da criança, enquanto 4,8% (n=62) o fez somente quando deixou de amamentar e 1,9% (n=25) cessou de fumar depois do nascimento da criança.

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

É neste domínio que os resultados do nosso estudo foram mais satisfatórios comparativamente com os dois estudos realizados na comunidade francesa da Bélgica, pois 24% das mulheres recomeçou a fumar depois do parto em 1995 contra 26,1% em 1996/97. Apesar de todas as recomendações feitas pelos profissionais de saúde e também pelas campanhas mediáticas, as mulheres não modificaram o seu comportamento, sendo um dos mais difíceis de ser alterado.

No nosso estudo, denotou-se um certo cuidado no não fumar junto da criança, tendo 59,8% das inquiridas afirmado que elas próprias, o marido/companheiro ou outro familiar nunca fumaram junto da criança no decurso do seu primeiro ano de vida.

Não diagnosticámos relações com significado estatístico entre o consumo de tabaco junto da criança e as variáveis territoriais e socio-culturais, pois os Qui-quadrados calculados revelaram-se sempre pouco significativos ($p>0,05$). O sexo da criança não constituiu um factor importante no consumo de tabaco junto da criança (Qui-quadrado=2,7 para 2 gl; $p>0,05$), o mesmo se passando quando utilizámos a terminologia urbano/transição/rural (Qui-quadrado=4,6 para 4 gl; $p>0,05$)

A variável idade da mãe (Quadro 3) foi a que revelou maior significado estatístico (Qui-quadrado=16,4 para 6 gl; $p<0,05$), tendo sido as mães mais jovens que mais denunciaram ter sido frequente alguém ter fumado junto da criança.

Idade da Mãe	Frequentemente		Raramente		Nunca		Total	
da Criança	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 20 anos	9	10,7	38	45,2	37	44,1	84	100,0
20-29 anos	59	7,2	275	33,4	490	59,5	824	100,1
30-39 anos	32	9,2	96	27,7	219	63,1	347	100,0
40 e mais anos	1	3,9	5	19,2	20	76,9	26	100,0
TOTAL	101	7,9	414	32,3	766	59,8	1281	100,0

Nota: Em dois casos ignorámos qual o tipo de consumo de tabaco junto da criança. **Fonte:** Inquérito por nós realizado entre 1995 e 1996.

Quadro 3 — Consumo de tabaco junto da criança, 1995-96.

Discussão e conclusões

O síndrome da morte súbita do lactente tornou-se o principal obstáculo ao continuar da descida da mortalidade pós-neonatal. No seio da União Europeia e em 1990, simplesmente a Finlândia e o Luxemburgo (com zero ocorrências), evidenciavam uma nula ocorrência do *síndrome da morte súbita do lactente* no seio da mortalidade geral.

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

Em cerca de metade dos países da actual União Europeia (Europa dos quinze) o contributo era superior a 17%, atingindo os 24,4% na França. Também no seio do agrupamento 16 *(Sintomas, sinais e afecções mal definidas)* da Classificação Internacional de Doenças, no qual está inserido, era elevado o seu peso, variando entre 50,7% em Itália e 100% na Irlanda e aproximadamente metade dos países registava mais de 70% de contributo, quando Portugal se ficava pelos 8,1% (4).

Para Portugal só dispomos de dados sobre o *síndrome de morte súbita do lactente* (rubrica 466 da Classificação Internacional de Doenças) desde 1980, data a partir da qual o nosso país aderiu à 9ª Revisão daquela Classificação (Decreto-Lei nº 513-C1/79, de 27 de Dezembro). Apesar de se afigurar como baixo o contributo daquele síndrome no âmbito da mortalidade geral, apresentou um crescendo entre 1980 e 1994. Enquanto no quinquénio 1980-1984 contribuía apenas com 0,3% do total da mortalidade, no seguinte elevou-se a 0,5% e no de 1990-1994 alcançou 0,9% (5).

Também no âmbito do agrupamento 16 *(Sintomas, sinais e afecções mal definidas)* se evidenciou uma subida da rubrica 466 (5,0% no primeiro quinquénio, 9,0% no segundo e 10,2% no último). Ainda que simplesmente desde finais de 1993 a Direcção-Geral da Saúde passou a recomendar ao pessoal clínico o deitar da criança em decúbito dorsal ou de lado e introduziu no novo *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil* conselhos aos pais, denotou-se uma ligeira descida dos *scores* em 1995, comparativamente com o quinquénio 1990-1994.

Suspeitamos que haja um subregisto deste síndrome, que poderá resultar de um sobreregisto em certas rubricas das mortes acidentais, nomeadamente, no subgrupo E52 *(Outros acidentes, incluindo os efeitos tardios)* e mais especificamente na rubrica residual Resto 52

(Outros acidentes devidos a subversão, sufocação, corpos estranhos, e efeitos tardios de lesões acidentais) do agrupamento das *Lesões traumáticas e envenenamentos.*

Efectivamente, entre 1988 e 1995, em seis dos anos, a rubrica Resto 52 correspondeu à totalidade dos casos do subgrupo E52, facto bastante surpreendente, pois as restantes rubricas que o constituem são bastante explícitas (*e.g.,* afogamento e submersão acidentais, acidentes acusados por arma de fogo). Esta ocorrência leva-nos a pensar num baixo conhecimento das características do síndrome por parte do pessoal clínico, que só a partir de finais de 1993, com a introdução de medidas efectivas na sua prevenção, passou a ser mais divulgado e conhecido.

Além da provável deficiente notificação dos casos de morte súbita, o menor peso daquela causa de morte deve resultar de um menor consumo de tabaco da grávida portuguesa e durante o primeiro ano de vida da criança. Por último, e ainda em termos de factores de risco, podemos salientar um baixo consumo de drogas durante o período gestacional que ainda persiste no nosso país.

Na investigação que encetámos, diagnosticámos uma fraca adesão por parte dos pais inquiridos a algumas normas divulgadas pela Direcção-Geral da Saúde, através do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, especialmente no que respeita à posição de dormir da criança. Este facto resultou, provavelmente, de os pais acreditarem mais na opinião do médico assistente da criança e/ou dos familiares. Parte do corpo médico provavelmente não acreditava na relação da posição de dormir em decúbito ventral com o síndrome da morte súbita do lactente e para as mulheres que sobretudo se deparavam pela primeira vez com o exercício da maternidade, afigurava-se-lhes como mais relevante a experiência das suas próprias mães ou sogras.

saúde infantil
2000; 22/3:25-31

BIBLIOGRAFIA

1. Guimarães H, Dehan M. Sleep positions and risks of sudden deaths in infants. Arquivos de Medicina 1994; 8: 309-310.
2. Bourque LB, Fielder EP. How to conduct self-administered and mail surveys. The Survey Kit. Vol. 3. California: Sage Publications, 1995.
3. Dubru JM, Ravet F. Comportements parentaux et sommeil du nourrisson. Génération ONE - Le Journal des professionnels de la petite enfance 1998; 1: 15-20.
4. World Health Organization. World Health Statistics Annual: Genève, 1996.
5. I.N.E..Estatísticas da Saúde: Lisboa, 1980 a 1995.

Correspondência: Paula Cristina Almeida Remoaldo
Universidade do Minho
Geografia e Planeamento
Campus de Azurém
4810 Guimarães
E-mail: p.remoaldo@eng.uminho.pt