

Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional

Sleeping habits related to sudden infant death syndrome: a population-based study

Lorena Teresinha Consalter Geib¹
Magda Lahorgue Nunes²

Abstract

This cross-sectional study on sleeping habits with potential risk for sudden infant death syndrome included all live births in Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brazil, in 2003 with data collection from Certificates of Live Birth and interviews, analyzed with descriptive statistics and the qui-squared test. From the 2,634 live births, 2,285 children were selected (86.75%), with 8.4% exclusion and 5.2% losses. Protective habits included 77% of infants with appropriate clothing, 90% loosely wrapped, 69% with thin blankets, 98% sleeping in the parents' bedroom, and 56% in the crib. Potentially risky habits included lateral decubitus (92%), use of a pillow (88%), and feet far from the lower edge of the crib (96%). Among low-income families, bed-sharing with other children was significant ($p = 0.00$). Thus, in a county with a low prevalence of sudden infant death syndrome, infants are exposed to both protective and risk factors, suggesting that in underprivileged populations in developing countries, other risk factors for this syndrome should be considered.

Infant; Sleep; Sudden Infant Death

Introdução

Os hábitos de sono constituem os comportamentos culturalmente aprendidos e sistematicamente adotados pelo indivíduo ou seu cuidador com o propósito de favorecer o início ou a manutenção do sono em associação ou não com o atendimento de outras necessidades humanas básicas, tais como alimentação, hidratação, conforto, segurança, vínculo. A importância desses hábitos para a preservação da saúde infantil emerge com os estudos sobre a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), intensificados a partir da metade do século XX¹ pelo impacto dessa patologia nos indicadores de mortalidade infantil, especialmente em países desenvolvidos. Nesses países, o reconhecimento da posição prona de dormir e do superaquecimento do ambiente de sono como importantes fatores de risco, independentes da SMSL², desencadeou campanhas preventivas preconizando a adoção da posição supina para o sono dos lactentes.

Dentre os hábitos de sono, a posição ventral é considerada o principal fator de risco para a SMSL^{2,3}. A avaliação da influência da posição de dormir sobre o mecanismo do despertar tem evidenciado que a posição prona diminui o despertar de lactentes saudáveis nascidos a termo, tanto do sono quieto quanto ativo, com maior impacto entre os dois e três meses de idade – fase de maior risco para a SMSL.

¹ Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Brasil.
² Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência

L. T. C. Geib
Universidade de Passo Fundo, Rua Tiradentes 400, apto. 601, Passo Fundo, RS 99010-260, Brasil.
lorena@upf.br

O co-leito, definido como o hábito da criança de dormir na cama com um cuidador principal, geralmente a mãe⁴, constitui outro fator de risco para a SMSL quando associado ao hábito tabágico dos pais ou ao uso de drogas^{5,6}, à prática materna de cobrir a cabeça da criança durante o sono e, eventualmente, à posição prona ou a superfícies macias⁵. A cama compartilhada agrava o risco de superaquecimento da criança devido ao calor proveniente do corpo dos pais sob as cobertas, podendo também favorecer a ocorrência de asfixia⁶. De outro lado, o hábito de compartilhar o quarto dos pais tem se mostrado protetor⁷.

À temperatura corporal atribui-se um papel-chave no mecanismo da SMSL, em virtude de sua interação com os mecanismos do sono, do controle respiratório e do despertar, dada a incapacidade do lactente para acordar em resposta a uma temperatura ambiental acima de 28°C⁸. Observou-se também que os pré-termos apresentam apnéias mais freqüentes nessas temperaturas mais altas⁹. Em vista disso, a utilização de duas ou mais camadas de roupas sobre o tórax e o uso de cobertas que propiciem superaquecimento constituem potenciais fatores de risco para a SMSL, da mesma forma que o uso de colchões e travesseiros macios ou cobertores e edredons sob a criança.

Vários estudos demonstraram que a cabeça coberta constitui um fator de risco para a SMSL em razão do estresse térmico ou da sufocação por inalação de gases expirados (*rebreathing suffocation*)¹⁰, por essa razão, a American Academy of Pediatrics (AAP) recomenda prender os lençóis e cobertores sob os colchões até a altura do tórax, impedindo que envolvam a face da criança³. Outra medida protetora é posicionar a criança com os pés encostados na borda inferior do berço, de forma a dificultar seu deslizamento sob as cobertas.

O aleitamento materno e o uso de chupetas têm sido encontrados como fatores de proteção contra a SMSL em modelos de análise univariada. Entretanto, em modelo multivariado, esse efeito se torna pouco significativo para o aleitamento materno, mas não para o uso de chupetas, que, aumentando o tônus parassimpático, diminui o risco da doença¹¹.

Apesar de a SMSL ser mais comum em grupos sócio-econômicos desfavoráveis e em certos grupos raciais², é pouco estudada em países em desenvolvimento e em regiões de grande miscigenação racial. Conseqüentemente, a avaliação dos hábitos de sono também é limitada. No Brasil, os estudos encontrados na literatura foram realizados apenas com grupos étnicos: três com crianças indígenas¹² e

um com crianças de uma comunidade negra isolada¹³.

No Rio Grande do Sul, caracterizado por grande miscigenação racial e cultural, resultante da imigração européia em finais do século XIX e da vinda de asiáticos no século XX, também não foi encontrado estudo similar. Em vista disso, objetivou-se descrever os hábitos de sono de lactentes de um município do interior do estado com baixa prevalência de SMSL.

Pacientes e métodos

Trata-se de um estudo transversal, aninhado em coorte prospectiva de 2.285 nascidos vivos, desenvolvido em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, com uma população total de 168.458 habitantes, sendo 97,2% na zona urbana e 2,8% na zona rural. A população é formada por 89% de brancos, sem predominância étnica entre italianos, alemães, portugueses, indígenas, caboclos e outras. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* corresponde a R\$ 7.080,00, e a renda *per capita* mensal (IDH-R) é de R\$ 405,64¹⁴. Apresenta clima temperado com característica subtropical úmido e temperatura média anual de 17,5°C. A prestação de serviços de saúde pública ocorre em 37 Unidades de Atendimento Básico, cinco Unidades de Atendimento Especializado, cinco prontos-socorros, cinco hospitais (dois com atendimento de urgência e emergência) e oito Equipes de Saúde da Família. O atendimento pediátrico da rede municipal é realizado em 24 Unidades de Atendimento Básico e em todas as Unidades de Atendimento Especializado¹⁵. A média de nascidos vivos no período de 1996 a 2000 foi de 3.372, com um coeficiente de mortalidade infantil de 18,73 óbitos em cada mil nascidos vivos em 2002 e 21,69 em 2003^{16,17}.

Foram selecionadas para o estudo todas as crianças nascidas vivas no período de fevereiro de 2003 a janeiro de 2004, residentes e domiciliadas na zona urbana. Excluíram-se as crianças nascidas em Passo Fundo, mas domiciliadas em outros municípios (3%); residentes na zona rural (3%), lactentes hospitalizados desde o nascimento (0,26%), as crianças adotadas ou em processo de adoção (0,57%) e os óbitos ocorridos antes da coleta de dados (1,6%). Assim, dos 2.634 nascidos vivos, foram selecionadas, para fazer parte do estudo, 2.411 crianças. Dessas, em 117 casos (4,8%), não foi possível localizar os responsáveis após três tentativas no endereço constante na Declaração de Nascido Vivo (DN) do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), nos registros hos-

pitalares e ambulatoriais, ou em outra fonte disponível na comunidade; e nove famílias (0,3%) se recusaram a participar do estudo. Ao final, foram incluídos 2.285 nascidos vivos (86,75%), com uma perda de 5,2%, que não provocou vies de seleção.

Coletaram-se os dados por meio de um formulário adaptado do instrumento elaborado por Pinho¹⁸ para identificar os fatores de risco da SMSL em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e do formulário do *Maternity Advice Survey*, utilizado para um estudo multicêntrico internacional (*OMS/SIDS Global Strategy Force*), com a coordenação, no Brasil, da Dra. Magda Lahorgue Nunes¹⁹.

Parte dos dados foi obtida nas DN. Para a complementação ou conferência das informações, especialmente aquelas relativas ao endereço, foram consultados os dados informatizados disponíveis nos Serviços de Admissão ou Serviços de Arquivo Médico e Estatística dos hospitais e os cadastros de controle da realização do Teste do Pezinho do posto de saúde responsável pelo controle e busca de faltosos. Outras fontes utilizadas foram os registros existentes nos ambulatórios da rede pública municipal, a lista telefônica e informações obtidas junto aos agentes comunitários de saúde e equipes que atuam no Programa Saúde da Família (PSF), atendentes de creches, estabelecimentos comerciais e moradores mais antigos do bairro ou vila.

Os dados não constantes nas DN e os relacionados à história pregressa da criança e às variáveis do estudo foram obtidos, para todas as crianças, nas entrevistas domiciliares realizadas pela pesquisadora e por estagiários previamente treinados para a coleta dos dados, a qual foi precedida de estudo piloto para verificar o grau de capacitação dos entrevistadores e supervisor de campo, testar a logística do trabalho e a metodologia empregada e verificar a necessidade de ajustes finais para o início do trabalho efetivo. Fez-se a identificação dos hábitos de sono por meio do padrão de sono recordativo da mãe no período de dois meses e meio. A classe econômica foi avaliada pelo *Critério de Classificação Econômica Brasil*²⁰, que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, dividindo-as nas seguintes classes econômicas, com respectivas rendas médias familiares: A1 (R\$ 7.793,00), A2 (R\$ 4.648,00), B1 (R\$ 2.804,00), B2 (R\$ 1.669,00), C (R\$ 927,00), D (R\$ 424,00) e E (R\$ 207,00).

Após a codificação, os dados foram digitados por dois digitadores independentes em banco de dados do programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp., Estados Unidos). Mensalmen-

te, a pesquisadora conferia as bases de dados entre si e com os formulários, identificando os erros de amplitude e consistência, efetuando as correções necessárias. O supervisor de equipe repetiu 7,5% das entrevistas para controle de qualidade, com concordância interobservadores muito boa ($kappa = 0,86$; IC95%: 0,78-0,94).

Importaram-se os dados para o pacote estatístico SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), analisando-os com medidas descritivas. As variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado, com nível de significância de 0,05.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e concordância formal do Secretário Municipal da Saúde e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, obtendo aprovação. Cada participante ou responsável legal pelo lactente recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido, assinando-o caso concordasse em participar da pesquisa.

Resultados

Das 2.634 crianças nascidas no período do estudo, 223 (8,4%) não preencheram os critérios de inclusão. Houve perda de 4,85% e 0,3% de recusa. Participaram 2.285 lactentes, 86% situados entre as classes econômicas C, D e E, com média de idade de $78,7 \pm 18,5$ dias, 51% do sexo feminino, 92% nascidos a termo, peso ao nascer de 3.090 ± 488 g. No quinto minuto de vida, 98% receberam Apgar ≥ 8 . O aleitamento materno foi iniciado em 97% dos casos e mantido exclusivo por 49% dos lactentes até o momento da coleta de dados. A maior proporção de crianças (68%) havia realizado de uma a três consultas de puericultura; 6,5% não haviam consultado. As intercorrências de saúde atingiram 43% das crianças, sendo mais frequentes resfriados, pneumonia e cólicas abdominais. Das 2.285 crianças, 58% possuíam irmãos, e dessas, 14 (0,6%) haviam tido irmão com morte súbita, segundo relato materno.

Em relação às características maternas, verificou-se que 63% não exerciam ocupação fora do lar, e 53% realizaram o número mínimo de seis consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde. A idade média por ocasião do parto foi de 25,75 anos, variando de 13 a 49 anos. O parto foi vaginal para 54%; 48% tiveram seus filhos em idades entre 21 e 35 anos, 26% com mais de 35 anos e 26% com menos de 20. O intervalo interpartal foi inferior a dois anos em 12% dos casos. O hábito tabágico no pré-natal foi admitido por 20%. As intercorrên-

cias na gestação foram relatadas por 66%, sendo mais frequentes anemia, náuseas, vômitos e infecção urinária.

Em relação aos hábitos de sono, a posição preferencial para dormir foi o decúbito lateral (78%). Os decúbitos ventral e dorsal são evitados pela maior parte das mães e utilizados apenas ocasionalmente por algumas. Nos casos de alternância de decúbito, a posição lateral é utilizada quase sempre, e a dorsal e ventral, com menor frequência. A posição ventral – de maior risco – é a menos utilizada nessa população. A maioria das mães (88,5%) declarou nunca colocar a criança nessa posição durante o sono.

A recomendação sobre a posição de dormir foi feita pelo pediatra a 48,5% das mães dos lactentes que realizaram consultas de puericultura. A posição mais recomendada foi o decúbito lateral, seja como única posição (46,5%), seja alternada com o decúbito ventral (0,7%) ou dorsal (0,5%). Das 13 mães que receberam orientação para colocar o lactente para dormir em decúbito dorsal, apenas 1 (7,7%) seguiu a recomendação. Das 1.071 mães que relataram não terem recebido nenhuma recomendação acerca da posição para o sono da criança, 5,6% optaram pelo decúbito dorsal. Independentemente de ter ou não recebido orientação sobre essa questão, a maior parte das mães evitou o decúbito dorsal como posição preferencial para o sono da criança. No entanto, das 34 mães que receberam recomendações para utilizar o decúbito ventral, 21% delas seguiram as recomendações. Entre as mulheres que receberam orientações para utilizar outras posições, somente 1,5% adotaram o decúbito ventral para o sono do lactente. Na ausência de qualquer recomendação, apenas 2,8% das mães optaram pelo decúbito ventral.

Nos primeiros três meses de vida, o quarto dos pais é o ambiente utilizado para o sono de 97% dos lactentes estudados. O co-leito ocorre em 44%; os outros 56% utilizam berço próprio. Esse hábito de dormir distribui-se de forma desigual entre as classes econômicas, com ocorrência significativamente maior nos estratos mais pobres (Tabela 1).

A maior parte dos lactentes (77%) dorme com duas ou menos peças de roupa sobre o tórax e utiliza cobertas em espessura e quantidade que não favorecem o superaquecimento, especialmente do pólo cefálico, uma vez que são cobertos apenas por baixo dos braços (40%) (Tabela 2).

A forma de envolvimento da criança pelas cobertas permite a livre movimentação dos braços em 90% dos casos. Apenas 2,8% das mães costumam colocar a criança em saco de dor-

mir. Dois terços da população declara utilizar apenas o lençol para revestir o colchão em que a criança dorme, sendo esse de densidade firme (46%) ou intermediária (31%). As demais habitualmente utilizam os seguintes itens sob o lençol: cobertor de lã ou edredom (11%), capa de colchão de lã (10%) ou capa de colchão de plástico (8%). O travesseiro é sempre utilizado por 88% das crianças (Tabela 2).

Dos 1.280 lactentes que dormem em berços próprios, 96% são posicionados com os pés distantes da borda inferior do berço, em vez de ter os pés encostados na borda inferior do berço, conforme é recomendado para evitar o deslocamento sob as cobertas e a suscetibilidade à inalação de gases expirados, ou à exposição ao superaquecimento ou a acidentes.

O uso de bicos e chupetas é habitual para 19% dos lactentes; 37% nunca os utilizam; e os demais o fazem esporadicamente.

Em relação ao uso de brinquedos na cama, constatou-se que 76% nunca os adotam, e 16% o fazem rotineiramente. Cabe salientar que, nessa variável, foram considerados todos os objetos transicionais, como ursos de pelúcia, fraldas, bonecas, entre outros, utilizados para induzir o sono e que permanecem na cama durante o período de sono do lactente.

Discussão

Em Passo Fundo, a posição ventral, considerada de maior risco para a SMSL, é evitada por 88,5% das mães, o que pode explicar, em parte, a baixa prevalência da doença, como acontece nas culturas em que essa posição é raramente utilizada^{21,22}. Por outro lado, a posição lateral mostrou ser a posição preferencial para o sono dos lactentes, com uma ocorrência de 78%, muito próxima à encontrada por Pinho^{18,19} em Porto Alegre, no grupo de casos de SMSL (67%) e controles (77%). Estudos observacionais têm evidenciado que o risco de SMSL é maior quando o lactente dorme na posição lateral do que na posição dorsal²³, em vista da maior probabilidade de rolar para a posição ventral do que para a posição dorsal²⁴. A *European Concerted Action on SIDS* (ECAS) investigou estudos de caso-controle em vinte regiões da Europa, utilizando mais de sessenta variáveis obtidas das histórias clínicas de 745 casos de SMSL e de 2.411 controles e constatou riscos altamente significativos associados com a posição de dormir. A posição lateral mostrou-se muito mais instável que a posição dorsal, e a *odds ratio* (OR) estimada para a troca da posição lateral para a ventral foi 45,4 (23,4-87,9) e quase o do-

bro quando seu uso não era habitual²⁵. Ainda que a escolha da posição de sono dos lactentes possa ser multifatorial, neste estudo, as recomendações fornecidas pelo pediatra parecem ter influenciado a decisão materna. Das mães orientadas (48,5%) por esse profissional, 96% declararam que o decúbito lateral foi recomendado como a melhor posição para o lactente dormir. Muitas delas referiram espontaneamente que a razão alegada para tal conduta era o risco de aspiração de conteúdo gástrico. Embora seja compreensível essa preocupação, os dados epidemiológicos de países onde as crianças tradicionalmente dormem em posição supina, como a Ásia, revelam que a aspiração não é problema^{26,27}. Na Austrália, em 196 casos de mortes infantis, não foi encontrado nenhum caso de aspiração entre crianças que dormiam em decúbito lateral ou dorsal, mas três casos quando em decúbito ventral²⁸. Nos Estados Unidos, as mortes pós-neonatais relacionadas com aspiração declinaram de 1,39 para 0,93 por 100 mil nascidos vivos entre 1991 e 1996 ($p = 0,01$), período em que a prevalência do decúbito dorsal aumentou naquele país²⁹. Estudos fisiológicos de refluxo espontâneo ou induzido sugerem que crianças saudáveis estão aptas a proteger suas vias aéreas quando colocadas em posição dorsal e, de fato, o fazem, não havendo aumento de risco de aspiração, uma vez que sua deglutição e despertar estão intactos^{30,31}.

Um resultado preocupante foi que os pediatras recomendaram seis vezes mais o decúbito ventral do que o dorsal. Este último, surpreendentemente, só foi recomendado a 0,1% das mães e teve a menor adesão, o que parece reforçar o medo de expor a criança aos riscos de possíveis aspirações de conteúdo gástrico. Esse medo parece ser determinante na adesão ao decúbito lateral, quer quando o pediatra recomenda essa posição (95%) ou outra (80%), quer, até mesmo, quando nenhuma recomendação é feita em relação à melhor posição para o sono do lactente (80%). No entanto, quando o pediatra recomenda o decúbito ventral, 20% das mães seguem a recomendação. Ainda que não seja um percentual muito expressivo, sinaliza a influência do profissional na formação dos hábitos de sono na infância e no seu enraizamento cultural. Em vista disso e considerando ter sido a posição lateral a mais recomendada em Passo Fundo, cabe lembrar que a AAP, ao modificar, em 1996, as recomendações sobre a posição de dormir com vistas à prevenção da SMSL, inicialmente feitas em 1992, estabeleceu que, se a posição lateral – de risco menor que a ventral e maior do que a dorsal – fosse utiliza-

Tabela 1

Distribuição do co-leito conforme a classe econômica.
Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004.

Classe econômica	Sim		Co-leito Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
A1	–	–	2	0,1	2	0,1
A2	2	0,1	26	1,1	28	1,2
B1	21	0,9	90	3,9	111	4,9
B2	36	1,6	131	6,1	175	7,7
C	228	10,0	490	21,4	718	31,4
D	512	22,4	436	19,1	948	41,5
E	214	9,4	84	3,8	298	13,2
Total	1.013	44,3	1.272	55,7	2.285	100,0

Qui-quadrado: $p = 0,000$.

da, os cuidadores deveriam ser aconselhados a colocar o braço da criança para frente para diminuir a probabilidade de ela rolar para a posição prona. De outro lado, a AAP esclarece que essa e outras recomendações são direcionadas somente às crianças saudáveis, devendo o pediatra considerar os riscos e benefícios para cada criança. Por fim, salienta tratar-se apenas de recomendações, que não devem ser tomadas como padrão de cuidados médicos, podendo ser adaptadas às circunstâncias individuais. O que deve prevalecer, portanto, são práticas seguras de cuidado infantil.

Um hábito de sono muito controverso é o co-leito, adotado por 44% da população estudada. Ainda que essa prática não seja legitimada pela equipe de saúde, como atestam as recomendações escritas fornecidas por uma das maternidades de Passo Fundo, é a única alternativa para grande parcela da população, que não dispõe de camas, berços ou espaço físico suficientes para acomodar cada um dos moradores. Isoladamente, o co-leito tem se revelado um fator de risco de pequena magnitude para a SMSL em metanálise de casos-controle ($RR = 1,42$; $IC95\%: 1,12-1,79$)³², mostrando-se, em alguns estudos, como fator de proteção a essa patologia^{33,34}. A AAP tende a considerá-lo como um fator de risco sinérgico ao uso de substâncias psicoativas, às superfícies macias de dormir e à inadequação dos padrões de segurança das camas projetadas para adultos, razão pela qual recomenda evitá-lo na presença desses outros fatores³⁵.

No Rio Grande do Sul, as variações climáticas podem requerer um número maior de peças de vestuário sobre o tórax do lactente para

Tabela 2

Distribuição dos hábitos de sono protetores e de risco para a síndrome da morte súbita. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004.

Hábitos de sono	n	%
Protetores		
Quarto dos pais	2.230	97,6
Cama dos pais	1.004	44,0
Sozinho no berço	1.280	56,0
Decúbito dorsal	98	4,3
Vestuário: duas ou menos peças sobre o tórax	1.756	76,8
Cobertas		
Alcance: apenas por baixo dos braços	909	39,8
Espessura: fina	1.585	69,4
Envolvimento: frouxo	2.065	90,4
Itens de cama sob o lactente: só o lençol	1.484	64,9
Densidade do colchão: firme	1.057	46,3
De risco		
Decúbito		
Ventral	58	2,5
Lateral	2.111	92,4
Vestuário: três ou mais peças sobre o tórax	529	23,1
Cobertas		
Alcance		
Cobrem completamente, incluindo a cabeça	161	7,0
Cobrem parcialmente a cabeça, incluindo a orelha	285	12,5
Apenas abaixo do pescoço	870	38,1
Espessura grossa	638	27,9
Envolvimento bem apertado	159	7,0
Itens de cama sob o lactente		
Cobertor de lã ou edredom	244	10,7
Capa de colchão de lã	230	10,1
Capa de colchão de plástico	193	8,4
Densidade do colchão		
Macio	503	22,0
Intermediário (deformação de ~ 5cm)	715	31,3
Posição do lactente no berço: pés distantes da borda inferior	1.231	96,1
Ausência de bicos/chupetas	1.649	72,4
Presença de brinquedos na cama	426	18,7

prevenir o aparecimento das doenças respiratórias, que parecem ser fator precipitante para a SMSL. Contudo, nesta investigação, o excesso de vestuário não foi expressivo (0,4%); o mesmo ocorreu com a espessura e a quantidade das cobertas de cama utilizadas sobre a criança, o que pode ser atribuído às temperaturas amenas ocorridas no período do estudo, com médias de 22,2°C no verão, 13,6°C no outono, 16,3°C no inverno e 20,8°C na primavera³⁶. Vêem-se, pois, poucas variações no ano de 2003 e o inverno com médias mais brandas do que o outono. O risco maior de cobrir completamen-

te a criança, envolvendo a cabeça, foi constatado em 7% da população, que, somado aos 12,5% que cobriam parcialmente a cabeça, mostra indícios de uma prática que deve ser revisada para propiciar a perda fisiológica de calor corporal, favorecida pelo decúbito dorsal e cabeça descoberta. No caso dessa parcela de lactentes de Passo Fundo nos quais predomina a posição lateral e a cabeça é parcial ou completamente coberta, o mecanismo de termorregulação pode ficar comprometido. Além das cobertas de cama, constatou-se o uso de fraldas (16%) utilizadas sempre sobre a face/cabeça da criança durante o sono. Um estudo conduzido de 1992 a 1994 pela Consumer Product Safety Commission (CPSC) em nove estados americanos constatou que 8% das vítimas da SMSL foram encontradas com as cabeças completa ou parcialmente cobertas e eram mais velhas (média de 5,1 meses) do que aquelas encontradas com as cabeças descobertas (média de 2,8 meses)³⁷.

A forma de envolvimento também é adequada em 90% dos lactentes por permitir a sua livre movimentação. Crianças que dormem em decúbito dorsal podem ter menos despertares durante o sono quieto do que quando enroladas com restrição dos movimentos dos quadris ou da parede torácica³⁸. Em Passo Fundo, esse é um hábito de sono em franca modificação, pois as gerações imediatamente anteriores costumavam envolver os neonatos e lactentes com restrição de movimentos de membros superiores e inferiores. A presença da avó no domicílio da criança não parece interferir nessa mudança. Acredita-se que a inovação no vestuário, com peças de roupas mais confortáveis e protetoras do que os antigos cueiros, seja um dos fatores contribuintes para a adequação dessa prática de cuidado infantil. Essa inovação, contudo, não se aplica ao saco de dormir, cuja aceitação é muitíssimo limitada como agasalho para o sono (2,8%).

Em relação aos itens de cama utilizados sob o lactente, evidenciou-se que os mesmos percentuais da população que mantêm vestuários e cobertas adequadas ao clima e colchões firmes ou intermediários utilizam sob o lactente apenas o lençol, evitando, assim, a possibilidade de superaquecimento ou de realinação de gases expirados, o que poderia ocorrer naquela parcela da população que utiliza rotineiramente itens macios, tais como cobertor de lã ou edredons (11%) e capa de colchão de lã (10%), ou mesmo colchões macios (22%).

Uma situação diferenciada ocorreu com o uso habitual de travesseiros (88%). Ainda que, em muitos casos, esses travesseiros tivessem uma espessura de aproximadamente 2cm e

perfurações com o mesmo diâmetro para “*não sufocar*” (sic), na observação direta do local de dormir, constatou-se uma ampla variação de padrões, incluindo o uso de travesseiros de adultos, macios, criando uma depressão circular em torno da cabeça do lactente, com interferência na perda de calor e na obstrução parcial das narinas. Foram relativamente comuns casos de lactentes dormindo em posição lateral, sem a projeção anterior do braço e com uma das narinas cobertas pelo travesseiro, independentemente de sua espessura. Nesses casos, um microambiente asfíxiante era criado pela reinalação do CO₂ expirado, o que, em crianças na janela de vulnerabilidade para a SMSL, poderia dificultar o despertar.

Outra prática de sono potencialmente danosa é a colocação do lactente com os pés distantes da borda inferior do berço, o que pode facilitar seu deslizamento sob as cobertas, acarretando as mesmas conseqüências apontadas anteriormente de reinalação e superaquecimento.

Uma prática segura de sono é a ausência de brinquedos na cama da criança, que, em Passo Fundo, é observada em 76% dos lactentes. Um estudo comparando duas culturas diferentes, americana e coreana, verificou que o uso de chupeta é mais comum entre os lactentes com menos de seis meses de idade, ao passo que objetos macios são usados com maior frequência por crianças mais velhas, independentemente da cultura de origem³⁹. No aspecto desenvolvimental, os objetos de transição adquirem maior importância aproximadamente dos nove meses aos três anos de idade, quando a criança desloca-se de forma gradual de uma situação de maior dependência para um novo estágio de autonomia física e psicológica. Nessa fase de transição, o objeto de apego assume a característica de substituto materno ou de representação psicológica da mãe e auxilia a criança a adormecer e a retomar o sono nos despertares, que normalmente ocorrem após à meia-noite⁴⁰. Considerando esses aspectos e o fato de os hábitos de sono terem sido avaliados aos dois meses e meio de vida do lactente, era esperada uma baixa ocorrência de brinquedos na cama. A pergunta foi inserida na entrevista para detectar o uso de qualquer objeto, incluindo peças de roupa (fraldas, “paninhos” etc.) utilizados próximos e, especialmente, sobre a face do lactente, o que poderia favorecer a reinalação de CO₂. Foram detectados 368 casos (16%) com esse hábito. Em crianças americanas abaixo de quatro anos, a prevalência de objetos transicionais foi maior naquelas que adormeciam sozinhas (57%) quando compara-

das com as que adormeciam na presença de um cuidador (30%)⁴¹. De um modo geral, nas culturas nas quais o co-leito é uma prática comum, o uso de objetos transicionais é raro, o que é explicado pelo maior contato físico entre mães e filhos durante o dia e à noite e pelo adormecer com o cuidador, prática que torna dispensável a representação materna⁴².

O uso de bicos/chupetas é apontado como fator de proteção à SMSL por contribuir com o aumento da atividade parassimpática durante o sono¹¹. O ECAS Study, após o ajuste de outros fatores, encontrou uma OR de 0,74 (0,58-0,95) quando a chupeta era sempre usada²⁷. Entretanto, seu uso é desaconselhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela AAP por interferir no aleitamento materno, como demonstram estudos epidemiológicos e etnográficos^{43,44}.

Conclusão

Numa população urbana com baixa prevalência de casos de SMSL e grande miscigenação racial, os hábitos de sono do lactente caracterizam-se pela adoção do decúbito lateral como posição preferencial de dormir, sendo também o mais recomendado pelos pediatras e aquele com maior escolha ou adesão das mães à recomendação pediátrica. Com hábitos de sono protetores, observou-se que os lactentes dormem habitualmente no quarto dos pais e no berço, utilizam vestuário e cobertas que evitam o superaquecimento e, nas classes econômicas mais pobres, adotam o co-leito. Por outro lado, algumas práticas domiciliares, no manejo do ambiente de sono infantil, constituem-se em potenciais fatores de risco para a SMSL, como a posição do lactente no berço e a exposição à reinalação de CO₂, tornando necessária a recomendação aos pais para a supressão de travesseiros, de fraldas sobre as narinas e a colocação do lactente com os pés encostados na borda inferior do berço. A constatação de que os lactentes são expostos tanto a hábitos de sono protetores como de risco sugere que, em populações desfavorecidas de países em desenvolvimento, outros fatores de risco para a SMSL devam ser considerados.

Resumo

O estudo transversal, que descreve os hábitos de sono com risco potencial para a síndrome da morte súbita do lactente, incluiu todas as crianças nascidas vivas em 2003, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, com coleta de dados nas Declarações de Nascidos Vivos e em entrevistas, analisados com estatística descritiva e teste de qui-quadrado. Dos 2.634 nascidos vivos, selecionaram-se 2.285 (86,75%), com exclusão de 8,4% e perda de 5,2%. Dentre os hábitos protetores, constatou-se, em 77% dos lactentes, uso de vestuário adequado, 90% envolvidos frouxamente, 69% com cobertas de espessura fina, 98% dormindo no quarto dos pais e 56%, no berço. Dos hábitos com potencial risco, observaram-se decúbito lateral (92%), uso de travesseiro (88%) e os pés distanciados da borda inferior do berço (96%). Nas classes econômicas pobres, o hábito da criança de compartilhar a cama foi significativo ($p = 0,00$). Assim, num município com baixa prevalência de síndrome da morte súbita, os lactentes são expostos tanto a hábitos de sono protetores como de risco, sugerindo que, em populações desfavorecidas de países em desenvolvimento, outros fatores de risco dessa síndrome devam ser considerados.

Lactente; Sono; Morte Infantil Súbita

Colaboradores

L. T. C. Geib contribuiu com o planejamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos resultados e redação do artigo. M. L. Nunes contribuiu com o planejamento, análise e interpretação dos dados e revisão da versão final.

Referências

1. Valdes-Dapena MA. Sudden and unexpected death in infancy: a review of the world literature. *Pediatrics* 1967; 39:123-38.
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. American Academy of Pediatrics. Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105:650-6.
4. McKenna J. Cultural influences on infant and childhood sleep biology and the science that studies it: toward a more inclusive paradigm. In: Loughlin GM, Carrol JL, Marcus CL, editors. *Sleep and breathing in children: a developmental approach*. New York: Marcel Dekker Inc.; 2000. p. 99-130.
5. Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KA. Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics* 2001; 108:923-7.
6. James C, Klenka H, Manning D. Sudden infant death syndrome: bed sharing with mothers who smoke. *Arch Dis Child* 2003; 88:112-3.
7. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nandin P, et al. Where should babies sleep, alone or with parents? In: *Proceedings of the 6th SIDS International Conference*. <http://www.sidsinternational.minerva.com.au> (acessado em 12/Mar/2004).
8. Franco P, Scaillet S, Valente F, Chabanski S, Groswasser J, Kahn A. Ambient temperature is associated with changes in infant's arousability from sleep. *Sleep* 2001; 24:325-9.
9. Perlstein P, Edwards NK, Sutherland JM. Apnea in premature infants and incubator-air-temperature changes. *N Engl J Med* 1970; 282:461-6.
10. Guntheroth WG, Spiers PS. Thermal stress in sudden infant death: is there an ambiguity with the rebreathing hypothesis? *Pediatrics* 2001; 107:693-8.
11. Franco P, Chabanski S, Scaillet S, Groswasser J, Kahn A. Pacifier use modifies infant's cardiac autonomic controls during sleep. *Early Hum Dev* 2004; 77:99-108.
12. Reimão R, Souza J, Almirão RI, Medeiros MM. Sleep characteristics in the first two years of life in native brazilian terena children. *Rev Bras Neurol* 1998; 34:159-62.
13. Reimão R, Souza J, Gaudioso CEV, Guerra HC, Alves AC, Oliveira JCF, et al. Sleep characteristics in children in the isolated rural African-Brazilian descendant community of Furnas do Dionísio, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57:556-60.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. <http://www.ibge.gov.br/> (acessado em 05/Abr/2004).
15. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Unidades de saúde. http://www.pmpf.rs.gov.br/capa.php?_cd_pagina=172 (acessado em 15/Jul/2004).

16. Ministério da Saúde. Caderno de informações de saúde. Estimativas de mortalidade infantil por microrregiões e municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Registros de mortalidade infantil 1998-2002. Passo Fundo: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
18. Pinho ASP. Fatores de risco da síndrome da morte súbita do lactente [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
19. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. *J Pediatr (Rio de J)* 2001; 77:29-34.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em 20/Mar/2001).
21. Lee NN, Chan YF, Davies DP, Lau E, Yip DC. Sudden Infant Death Syndrome in Hong Kong: confirmation of low incidence. *BMJ* 1989; 298:721.
22. Davies DP. Cot death in Hong Kong: a rare problem? *Lancet* 1981; 5:1346-8.
23. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Bensley D, Smith I, Taylor E, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. *BMJ* 1996; 313:191-5.
24. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT, Hou JR, Kessler RC, Ward SL, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States: the National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 1998; 280:329-35.
25. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming PJ, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004; 363:185-91.
26. Beal SM, Porter C. Sudden infant death syndrome related to climate. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80:278-87.
27. Fleming PJ. Understanding and preventing sudden infant death syndrome. *Curr Opin Pediatr* 1994; 6:158-62.
28. Byard RW, Beal SM. Gastric aspiration and sleeping position in infancy and early childhood. *J Paediatr Child Health* 2000; 36:403-5.
29. Malloy M. Trends in postneonatal aspiration deaths and reclassification of sudden infant death syndrome: impact of the "Back To Sleep" program. *Pediatrics* 2000; 109:661-5.
30. Jeffery HE, Ius D, Page M. The role of swallowing during active sleep in the clearance of reflux in term and preterm infants. *J Pediatr* 2000; 137:545-8.
31. Jeffery HE, Page M. Developmental maturation of gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Acta Paediatr* 1995; 84:245-50.
32. Scragg R. Bed-sharing, cot death and public health policy – the New Zealand experience. In: Proceedings of the 6th SIDS International Conference. <http://www.sidsinternational.minerva.com.au> (acessado em 12/Mar/2004).
33. Mosko S, Richard C, Mckenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997; 100:841-9.
34. Mckenna J. Childcare as an adaptive system and SIDS prevention: rearticulating the infant's disarticulated caregiving environment. In: Proceedings of the 6th SIDS International Conference. <http://www.sidsinternational.minerva.com.au> (acessado em 12/Mar/2004).
35. American Academy of Pediatrics. Does bed sharing affect risk of SIDS? *Pediatrics* 1997; 100:272.
36. Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. Dados climáticos da estação agrometeorológica de Passo Fundo. Embrapa Trigo; 2004. <http://www.cnpt.embrapa.br> (acessado em 10/Ago/2004).
37. Scheers J, Rutherford Jr. GW. Safe sleeping environments for infants: a CPSC perspective. In: Proceedings of the 6th SIDS International Conference. <http://www.sidsinternational.minerva.com.au> (acessado em 12/Mar/2004).
38. Gerard CM, Harris KA, Thach BT. Spontaneous arousals in supine infants while swaddled and unswaddled during rapid eye movement and quiet sleep. *Pediatrics* 2002; 110:E70.
39. Hong KM, Townes BD. Infants' attachment to inanimate objects. *J Am Acad Child Psychiatry* 1976; 15:49-61.
40. Anders T, Sadeh A, Appareddy V. Normal sleep in neonates and children. In: Ferber R, Kryger M, editors. Principles and practice of sleep medicine in the child. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1995. p. 7-18.
41. Wolf A, Lozoff B. Object attachment, thumb-sucking and the passage to sleep. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989; 28:287.
42. Weisbluth M. Colic. In: Ferber R, Kryger M, editors. Principles and practice of sleep medicine in the child. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1995. p. 75-8.
43. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999; 88:411-5.
44. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001; 37:58-63.

Recebido em 18/Nov/2004

Versão final reapresentada em 23/Mai/2005

Aprovado em 17/Ago/2005