UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

FELIPE VIEIRA SPALENZA

TANATOLOGIA: DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

CAPÍTULO 23: MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA

MACEIÓ

2022

FELIPE VIEIRA SPALENZA

TANATOLOGIA: DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

CAPÍTULO 23: MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ

2022

TANATOLOGIA

Desmistificando a Morte e o Morrer

Gerson Odilon Pereira

sarvier

TANATOLOGIA

DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

TANATOLOGIA
DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

GERSON ODILON PEREIRA

Capa
Ana Carolina Vidal Xavier

Foto capa
Death and the miser. Oil painting by Frans II van Francken

Fotolitos/Impressão/Acabamento
Editora e Gráfica Santuário Aparecida
Fone: (12) 3104-2000

Direitos Reservados
Nenhuma parte pode ser duplicada ou
reproduzida sem expressa autorização do Editor

sarvier

Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.
Rua dos Chanés 320 – Indianópolis
04087-031 – São Paulo – Brasil
Telefone (11) 5093-6966
sarvier@sarvier.com.br
www.sarvier.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon
Tanatologia : desmistificando a morte e o morrer / Gerson Odilon Pereira. -- São Paulo : SARVIER, 2020.

ISBN 978-85-7378-274-5

1. Cuidados paliativos 2. Doentes em fase terminal – Cuidados 3. Morte – Aspectos filosóficos 4. Morte – Aspectos morais e éticos 5. Morte – Aspectos psicológicos 6. Morte – Aspectos religiosos 7. Morte – Causas 8. Tanatologia I. Título.

CDD-155.937
19-30764 -612.67

Índices para catálogo sistemático:

1. Tanatologia : Morte : Aspectos psicológicos 155.937
2. Tanatologia : Morte : Ciências médicas 612.67

Cibele Maria Dias – Bibliotecária – CRB-8/9427

Sarvier, 1ª edição, 2020

capítulo 23

Morte Súbita na Infância

Felipe Vieira Spalenza
Natália Fernandes Mafassini
Wanderliza Laranjeira Coutinho

BREVE HISTÓRICO

A morte repentina na infância, apesar de parecer um tema novo, é abordada de forma sutil desde 500 a.C. No primeiro livro dos Reis, no Velho Testamento da Bíblia cristã é possível conferir relatos. Ainda como em muitos casos nos dias atuais, as explicações dadas para essas mortes eram interpretadas como consequência do rolamento de um adulto sobre a criança, sufocando-a. Dessa forma, geravam-se conflitos e uma dor emocional ainda mais devastadora, tendo em vista a responsabilização do(a) cuidador(a), geralmente o pai ou a mãe (NUNES, 2006).

No século XIX, um cirurgião da polícia escocesa ampliou a visão sobre esse assunto. Templeman, ao se interessar pelo estudo de tal fenômeno, documentou seu relato acerca de achados necroscópicos como petéquias na superfície dos órgãos torácicos, o que, por sua vez, indica asfixia. Outrossim, observou que a maioria das mortes ocorria no período do inverno. Além disso, chegou a associar o volume do timo e linfonodos à morte, ou seja, ao encontrar esses órgãos aumentados, gerou a hipótese de asfixia por compressão da traqueia (MOON, 2011).

Apesar da louvável busca por respostas, sabe-se hoje que nessa faixa etária, de fato, é normal a condição de aumento do tamanho do timo, que, ao decorrer dos anos, involui naturalmente mediante infecções e estresse. Por conseguinte, discussões foram fomentadas e estudiosos foram estimulados a estudar o assunto até que, então, em 1969, foi definido de maneira formal o termo "Síndrome da Morte Súbita" e, indubitavelmente, o interesse pelo tema intensificou-se (NUNES, 2001).

SÍNDROME DA MORTE SÚBITA

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida como a morte inesperada de crianças menores de um ano, previamente hígidas ou com sinais que não indicam probabilidade de falecimento e cujo estudo *post mortem* não explica adequadamente a causa (LOPES, 2001).

A morte súbita ocorre em todas as idades, tendo em vista apenas o tempo de evolução de um problema ao óbito. Todavia, nos menores de um ano, o estudo da morte súbita tem uma relevância especial, por razões epidemiológicas (que explicam boa parte da mortalidade infantil), clínico-patológicas e médico-legais. Ademais, a morte súbita de um lactente também gera

repercussões sociais e psicológicas muito significativas. Além de ocorrer de forma repentina, de modo brusco e intenso, é capaz de fragilizar vínculos familiares, semeando um luto de difícil resolução (BEZERRA, 2015).

Vale ressaltar que morte súbita na infância (MSI) é considerada a primeira causa de morte entre o 1º mês e o 1ª ano de vida nos países desenvolvidos, com uma incidência variando entre 1 e 4/1000 nascidos vivos. Nesses países também a faixa etária de maior risco se encontra entre 2 e 5 meses de vida; entretanto sua prevalência nos países em desenvolvimento é pouco conhecida (FERNANDES, 2012).

DIAGNÓSTICO E FATORES

O diagnóstico de SMSL é feito pela história clínica e por exclusão de outras prováveis causas através de cuidadoso exame pós-óbito. A necropsia deve ser realizada por patologista pediátrico e deve seguir o protocolo recomendado pela SIDS Internacional. O estudo epidemiológico colaborativo realizado nos Estados Unidos, nos anos 70, para determinação do perfil de risco para SMSL, evidenciou as seguintes situações de risco materno e perinatais: mãe jovem, multípara, intervalo curto entre as gestações, ausência de pré-natal, prematuridade, baixo peso de nascimento, irmão de SMSL, baixo nível socioeconômico, existindo predomínio no sexo masculino (60% dos casos) em determinadas etnias (populações indígenas e negros) e nos meses de inverno (CASTRO, 1998).

Mais recentemente foi demonstrado que o risco de SIDS é maior quando os lactentes dormem na posição prona (decúbito ventral). As hipóteses para o risco da posição prona são: asfixia, respiração de gases expirados, obstrução das vias aéreas e pressão sobre a mandíbula. A posição prona também é associada à diminuição do estado de alerta e ao aumento da duração do sono (MARTINS, 2018).

Sabe-se que a incidência de SMSL diminui significativamente nas regiões onde são realizadas campanhas de esclarecimento da população quanto aos fatores de risco. Baseada nos resultados de estudos controlados, foi iniciada em diversos países uma campanha para reduzir o risco de SMSL. Nessa campanha foi enfocada a mudança da posição de dormir de prona para supina e, imediatamente, foi observada uma redução da mortalidade pós-natal em até 50% nos países que adotaram a posição supina para dormir (FERNANDES, 2012).

Apesar de algumas crianças já nascerem com risco maior de SMSL (relacionados aos fatores epidemiológicos apresentados) e do mecanismo da morte ainda não ser totalmente conhecido, acredita-se que, ao ser fornecido um ambiente de sono mais propício, eliminam-se os fatores "gatilho" das crianças vulneráveis, reduzindo, assim, a mortalidade (IMLLR, 2014).

Apesar de enormes avanços na medicina nos últimos anos, não se sabe exatamente a causa da MSI. As evidências de necropsia mostram sinais indiretos de hipóxia ou asfixia antes da morte, sugerindo uma causa respiratória decorrente de uma falha no controle da respiração. A maioria dos estudos no passado tentava investigar anormalidades no controle da respiração em irmãos ou pais de lactentes falecidos com a MSI, explorando a sensibilidade ao CO2 ou hipóxia (MARTINS, 2018).

Em todos os casos de crianças aparentemente saudáveis que morrem de forma súbita e inexplicada, é obrigação de qualquer médico dar cumprimento ao estabelecido na lei e solicitar sempre a autópsia médico-legal, considerando sempre a hipótese de se poder tratar de uma morte violenta. Em alguns casos inicialmente considerados de MSI, depois de realizada autópsia médico-legal, provou-se que surgiram na sequência de maus tratos infantis (IMLLR, 2014).

Há, portanto, necessidade de se estabelecer um diagnóstico diferencial médico-legal. Alguns autores defendem que, em mais de um caso de morte súbita infantil numa mesma família, deveria haver obrigação de um inquérito rigoroso dessas mesmas mortes, visto que é um acontecimento raro, muitas vezes indicando uma morte violenta da criança (NUNES, 2001).

A autópsia médico-legal em casos de morte súbita infantil requer um inquérito detalhado aos pais e que a autópsia completa seja inconclusiva. Na história da morte súbita infantil, tipicamente eles são encontrados sem pulso e apneicos associados a um período de sono, com história de que eles foram alimentados e colocados para dormir. São nascidos a termo e sem história de complicações na gestação. Apenas 12-20% são prematuros (<37 semanas) ou têm baixo peso (<2500g). Alimentavam-se bem e estavam ganhando peso, sem nenhum outro sinal de alteração da saúde. 70% têm história de infecção viral do trato respiratório superior ou trato gastrointestinal uma semana antes, sem febre, com dificuldade respiratória ou desidratação (NUNES, 2006).

Na inspeção externa, frequentemente observa-se uma secreção serosanguinolenta no nariz ou na boca. Quando encontrado, livores ou rigidez estão geralmente presentes. Deve-se investigar no local da morte: possibilidade de obstrução das vias aéreas externas, posição da cabeça, fatores como temperatura do ambiente e fontes de monóxido de carbono, que podem contribuir para a morte (IMLLR, 2014).

À necropsia, geralmente, criança hidratada e bem nutrida, sem sinal de trauma, nenhum sinal de doença internamente. Petéquias intratorácicas geralmente estão presentes na superfície do timo, pleura e epicárdio. O exame microscópico pode revelar alterações inflamatórias mínimas dentro da árvore traqueobronquial. A investigação de uma morte súbita em crianças é um processo multidisciplinar que requer investigação da cena da morte, revisão detalhada da história clínica e dos achados necroscópicos (REIS, 2006).

No exame externo deve-se verificar peso, comprimento e circunferência occipitofrontal, para comparar com as medidas de nascimento, e comparar a curva de crescimento. Deve-se buscar a presença de características dismórficas que poderiam indicar anormalidades genéticas, além de sinais de intervenção médica, cicatrizes, orifícios naturais. No exame interno, o peso dos órgãos deveria ser detalhado e amostras enviadas para exame histopatológico. Casos resultantes de doenças metabólicas geralmente mostram aumento do fígado e coração, palidez do fígado e músculos e edema cerebral (IMLLR, 2014).

Deve-se realizar radiografia de todo o esqueleto em busca de sinais de fraturas recentes ou consolidações viciosas em casos de maus tratos. A medula espinhal deve ser examinada sempre que há suspeita de trauma e quando a história clínica sugere a possibilidade de doença neuromuscular. Patologia oftálmica é restrita a casos com diagnóstico ante mortem de hemorragia retiniana ou trauma craniano, tipicamente com hemorragia subdural (IMLLR, 2014).

Detalhada investigação bacteriológica e virológica é mandatória. O achado ocasional de um germe pode ser contaminação. Doenças Metabólicas representam 1% das causas de mortes não esperadas. Rastreamento de álcool e drogas deverá ser feito, nos casos sem causa identificável. Álcool é usado como calmante e pode causar hipoglicemia e depressão respiratória. Cabelo, conteúdo gástrico, fígado, sangue podem ser obtidos. Os riscos ambientais são: monóxido de carbono, dióxido de carbono, roupas de cama, compartilhamento de cama (asfixia, sufocação, rebreathing), hipotermia e hipertermia (REIS, 2006).

Estudos publicados consideram que em cerca de 15% das autópsias realizadas em casos em que inicialmente cogitou-se a hipótese de síndrome da morte súbita infantil, tiveram esta descartada, tendo em vista a viabilidade de chegar a um diagnóstico acerca da causa da morte (REIS, 2006).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se a demanda por ampliação de discussões que envolvam este tema, a fim de expor fatores de risco, explorar a capacidade de preencher as lacunas existentes sobre o assunto e tomar providências no sentido de prevenir a síndrome. Ademais, é indispensável manter ou buscar os padrões de assistência preconizados pelo Ministério da Saúde para que profissionais da área e população sejam beneficiados; e, para tal, um passo inicial deve ser dado: oferecer uma ferramenta de mudança simples e eficaz – a informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NUNES ML et al. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. Jornal de Pediatria – Vol. 77, Nº 1, 2001.
2. LOPES, JMA. Síndrome da morte súbita do lactente. Jornal de Pediatria – Vol. 77, Nº1, 2001.
3. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL LEONÍDIO RIBEIRO (IMLLR). Polícia Civil do Distrito Federal. Manual de Rotinas. 2014.
4. FERNANDES, A. et Al. Síndrome da morte súbita do lactante: o que sabem os pais? Acta Pediatr Port 2012; 43(2):59-62. Em: https://revistas.rcaap.pt/app/article/view/1102, acessado em: 13/01/2019.
5. NUNES, ML et. al. Hábitos do Sono Relacionados a Síndrome da Morte Súbita do Lactente: Um estudo populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):415-423, fev, 2006. Em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200019&script=sci_arttext&tlng=es. acessado em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200019&script=sci_arttext&tlng=es, em: 13/01/2019.
6. CASTRO, ECC; PERES, LC. Síndrome da morte súbita na infância. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 31, n. 4, p. 584-594, 1998.
7. MOON, RY. et al. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. **Pediatrics**, v. 128, n. 5, p. e1341-e1367, 2011.
8. REIS, LM dos; CORDEIRO, JA; CURY, PM. Sudden death prevalence analysis and associated risk factors: study with 2056 patients submitted to necropsy. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 4, p. 299-303, 2006.
9. MARTINS, MEP et al. Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI): aspectos acerca das principais causas e as formas de prevenção. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 41, p. 192-205, 2018.
10. BEZERRA, MAL et al. Fatores associados ao conhecimento das mães sobre a Síndrome da Morte Súbita do Lactente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 303-309, 2015.