

Parte III – Condições de Saúde e Afecções Específicas

19. Sibilância em Crianças Menores de Três Anos Atendidas em Hospital Secundário

Álvaro Jorge Madeiro Leite
João Joaquim Freitas do Amaral
Antonio José Ledo Alves da Cunha
Perpétua Maria Eduardo Bezerra de Castro
Juliana Barbosa Sobral
Guido Colares Neto

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LEITE, Á.J.M., *et al.* Sibilância em Crianças Menores de Três Anos Atendidas em Hospital Secundário. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 377-386. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0020](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0020). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SIBILÂNCIA EM CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS ATENDIDAS EM HOSPITAL SECUNDÁRIO

19

Álvaro Jorge Madeiro Leite

João Joaquim Freitas do Amaral

Antonio José Ledo Alves da Cunha

Perpétua Maria Eduardo Bezerra de Castro

Juliana Barbosa Sobral

Guido Colares Neto

INTRODUÇÃO

O atendimento a crianças com crises agudas de broncoespasmo (sibilância aguda) é cada vez mais freqüente na maioria das unidades de saúde de qualquer dos níveis de atenção (Zhang et al., 1999). Freqüentemente, essas crises acometem crianças de baixa idade e, na maioria das vezes, vêm associadas às infecções respiratórias agudas de origem viral (Isaac, 1998). O diagnóstico preciso das condições associadas a tais crises nem sempre é possível em unidades de saúde de atenção primária ou secundária; no entanto, vários estudos têm demonstrado o caráter precoce e passageiro da maioria desses casos (Martinez et al., 1995). Asma de apresentação precoce e sibilância associada às infecções virais das vias aéreas correspondem a mais de três quartos dos casos (Martinez et al., 1995).

Face à natureza complexa das características anatômicas, imunológicas e aquelas inerentes à fisiologia do aparelho respiratório, crianças pequenas apresentam predisposição aumentada para quadros de sibilância recorrente durante os primeiros anos de suas vidas independentemente da base de predisposição atópica ou asmática (Lemanske & Madison, 2004; Kurukulaaratchy et al., 2003).

A gravidade clínica associada com tais episódios de sibilância é muito ampla; de crises que se resolvem rapidamente após tratamento com drogas broncodilatadoras por via inalatória, com a criança sendo liberada para casa, até crises em que a internação se faz necessária para corrigir a broncoobstrução, a hipoxemia e a inflamação brônquica associada (Stein et al., 1999).

Nos últimos anos, vários estudos têm encontrado uma tendência crescente de quadros broncoobstrutivos na infância, em particular, aqueles relacionados à asma (Martinez et al., 1995). Muitos desses quadros necessitam ser atendidos em pronto-socorro ou em unidades de emergência, tendo alívio imediato dos sintomas agudos de broncoobstrução. No entanto, muitas dessas condições caracterizam-se pela recorrência dos quadros obstrutivos, necessitando de seguimento ambulatorial. Nos casos de asma, tal abordagem é fundamental face à sua natureza de doença crônica inflamatória. O caráter eventual, descontínuo e desprovido de medidas educativas da maioria das unidades de pronto-socorro torna esses atendimentos poucos eficazes no enfrentamento do problema. O atendimento realizado dessa maneira caracteriza um padrão de atenção esporádico e de baixa resolubilidade, acarretando problemas para as crianças e suas famílias, com alto custo social (Lemanske & Madison, 2004). As crianças mais vulneráveis, em particular, são as que poderiam se beneficiar de programas de acompanhamento em ambulatórios com estrutura assistencial adequada a tais problemas (Castro-Rodríguez et al., 2000).

Nos últimos anos, em Fortaleza, uma série de iniciativas vem sendo desenvolvidas com o objetivo de dotar a rede básica de saúde de condições adequadas para prestar assistência integral às crianças com crises recorrentes de sibilância. O Programa de Atenção à Criança com Asma (Proaica) vem sendo desenvolvido desde 1996, porém com irregularidades no suprimento de medicamentos e treinamento de pessoal.

Atualmente, ainda são insuficientes as informações acerca da magnitude do problema da sibilância em crianças de pouca idade e a forma como esse problema vem se apresentando nos serviços de saúde de atenção primária e nos hospitais de referência do município. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de sibilância recorrente e os

fatores de risco associados a esta condição em uma unidade hospitalar de referência secundária.

METODOLOGIA LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa se sucedeu no Centro de Atenção à Criança Dra. Lúcia de Fátima (hospital de nível secundário de atenção), pertencente à rede municipal de saúde do município de Fortaleza, Ceará. Este hospital atende, mensalmente, nos setores de ambulatório e pronto-socorro, cerca de seis mil crianças. O estudo foi realizado durante os meses de outubro de 2002 a fevereiro de 2003.

Tratou-se de um estudo transversal de base hospitalar envolvendo crianças de três a 36 meses de idade que não apresentavam quaisquer dos sinais gerais de perigo ou de gravidade clínica, segundo critérios definidos na estratégia da Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). As mães ou responsáveis foram entrevistados, após informarem o seu consentimento por meio de um questionário estruturado utilizando como base uma publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, 2001) e do The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (Isaac, 1998). As seguintes variáveis foram analisadas:

- variáveis biológicas (idade e sexo das crianças);
- variáveis demográficas (idade materna);
- dados sobre a doença (idade de início das crises de sibilância, ocorrência de sibilância por mês e nos últimos 12 meses, padrão das crises, utilização de medicamentos e número de hospitalizações prévias);
- dados sobre poluição intradomiciliar (hábito de fumar dos pais ou responsáveis).

O tamanho da amostra foi calculado pelo aplicativo Epi-Info 6.04 (população-base=6.000 crianças; frequência esperada de sibilância = 40%; erro por amostra =5%) encontrando-se um número de 347 crianças.

PRINCIPAIS MEDIDAS

As principais medidas foram a prevalência de sibilância e fatores de risco associados e a ocorrência de hospitalização prévia por sibilância.

RESULTADOS

Foram estudadas 400 crianças menores de três anos (média de idade de 15 meses e desvio-padrão de nove meses). Destas, 173 eram menores de 12 meses (43,3%) e 222 (55,6%), do sexo masculino.

PREVALÊNCIA DE SIBILÂNCIA

A prevalência de sibilância encontrada segundo a idade das crianças e os diversos critérios é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência de sibilância aguda segundo idade da criança e os diversos critérios utilizados. Hospital Secundário (Sistema Único de Saúde – Fortaleza, 2003)

VARIÁVEL	PREVALÊNCIA		
	Menor de 12 meses	12 meses ou mais	Total N (%)
Sibilantes (crianças com 1 ou mais episódio de sibilância)	93 (34,4)	177 (65,6)	270 (67,5)
Sibilantes Recorrentes (crianças com 3 ou mais episódios de sibilância)	24 (25,3)	71 (74,7)	95 (23,7)
Sibilantes com hospitalização prévia	33 (26,6)	91 (73,4)	124 (45,9)
Provável asma de apresentação precoce*	11 (20,0)	44 (80,0)	55 (13,7)
Total de crianças	173 (43,3)	222 (55,6)	400 (100)

*sibilantes recorrentes portadores de outras atopias ou com história familiar de asma, rinite ou eczema.

Observa-se que mais de dois terços das crianças (270 crianças) já haviam tido pelo menos um episódio de sibilância com atendimento médico (sibilantes). Dentre as 270 crianças com um ou mais episódios de sibilância (sibilantes), 95 (mais de um terço da amostra) haviam tido três ou mais episódios agudos (sibilantes recorrentes ou recidivantes) e 124 crianças (45,9%) já haviam sido hospitalizadas.

Asma de apresentação precoce (crianças com três ou mais episódios de sibilância, portadoras de outras atopias e com história familiar de asma, rinite ou eczema) foi identificada em 55 crianças (13,7% da amostra total); essa proporção aumenta para 20,4% em se considerando apenas os sibilantes (270), e para 58% entre os sibilantes recorrentes (95).

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SIBILÂNCIA

Os fatores de risco estudados em relação à sibilância estão apresentados na Tabela 2. Foram estatisticamente significantes: baixo peso ao nascer, baixa renda familiar, presença de fumante dentro da casa e criança com outras atopias concomitantes (rinite ou eczema).

Tabela 2 – Fatores de Risco Associados à Sibilância em Crianças Menores de Três Anos de Idade. Hospital Secundário (Sistema Único de Saúde – Fortaleza, 2003)

Variável	Sibilantes N = 270	Não Sibilantes N = 130	Razão de Prevalência (IC95%)
Sexo masculino	153 (56,7)	69 (53,3)	1,05 (0,91-1,20)
Baixo peso ao nascer	19 (7,0)	4 (3,1)	1,21 (1,02-1,52)*
Idade materna < 20 anos	65	335	1,11 (0,95-1,31)
Mãe não sabe ler ou escrever	56	214	105 (0,89-1,23)
Renda familiar (< 1 salário)	84 (31,1)	25 (19,2)	1,21 (1,05-1,38)*
Fumo dentro da casa	123 (46,7)	46 (35,4)	1,14 (1,00-1,31)*
Outras atopias (rinite, eczema)			
. Rinite	121 (44,8)	44 (33,8)	1,16 (1,01-1,32)*
. Eczema	28 (10,4)	7 (5,4)	1,49 (1,22-1,82)*
História familiar de atopia	172 (63,7)	90 (69,2)	0,92 (0,81-1,06)

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DAS CRISES

Para classificar a gravidade associada ao quadro de sibilância recorrente foram utilizados os seguintes critérios:

- crises que desencadearam hospitalizações;
- despertar noturno mais que três vezes na semana com crises de tosse ou sibilância.

Foram consideradas crises graves a presença de pelo menos um critério. Assim, das 270 crianças com sibilância, 40 (14,8%) foram classificadas como graves. Observa-se na Tabela 3 a alta proporção de crianças hospitalizadas e a completa ausência de seguimento ambulatorial; apenas uma criança utilizava, regularmente, corticóide inalatório. Face ao pequeno número de sibilantes classificados como em estado grave, nenhuma das características estudadas alcançou significância estatística.

Tabela 3 – Distribuição de crianças sibilantes recorrentes segundo o grau de gravidade e fatores de risco associados. Hospital Secundário (Sistema Único de Saúde – Fortaleza, 2003)

Característica clínica*	Grave N (%)	Não-grave N (%)
Variável		
Crianças com idade menor de 12 meses	15 (37,5)	80 (34,8)
Crianças com idade igual ou superior a 12 meses	25 (62,5)	154 (67,0)
Crianças hospitalizadas por sibilância	22 (55,0)	103 (44,8)
Eczema atópico	5 (12,5)	24 (4,8)
Atendida por Programa de Asma	5 (12,5)	11 (4,8)
Medicamentos de controle (corticóide inalatório)	-	1
Fumo dentro da casa	17 (42,5)	114 (49,5)
Renda familiar(< 1 salário)	17 (42,5)	90 (25,6)
Total de crianças	40 (14,8)	230 (85,2)

* Nenhuma variável estudada alcançou significância estatística, provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra.

DISCUSSÃO

A prevalência de crianças menores de três anos com sibilância (uma ou mais crises) foi extremamente alta (mais de dois terços das crianças estudadas), mesmo considerando o fato de o estudo ter sido realizado em uma unidade de saúde de referência secundária. Para esses hospitais, freqüentemente têm acesso crianças mais doentes. Tal aspecto pode explicar duas outras características encontradas: altas de hospitalização prévia por sibilância (45,9%) e cerca de 25% das crianças com sibilância recorrente (três ou mais crises). O hospital estudado atende crianças da faixa etária pediátrica com quaisquer problemas clínicos, não tendo perfil definido para a área das doenças respiratórias.

O elevado número de hospitalizações por sibilância, associado à reduzida proporção de crianças em acompanhamento ambulatorial regular, assinala para a natureza dos serviços de saúde a que as crianças estão tendo acesso: atendimento eventual, sintomático, para alívio das crises, realizado em âmbito hospitalar, sem atividades educacionais. Esse fato pode estar refletindo uma baixa captação de crianças pequenas que se apresentam com sibilância de repetição, ou mesmo, a inexistência de ambulatórios pediátricos no município para seguimento de crianças com tais problemas. Chama atenção o fato de cerca de 15% das crianças sibilantes apresentarem sintomas muito freqüentes, com perturbação do sono e com potencial para desorganizar o cotidiano das famílias (dados não apresentados). Apesar desse aspecto, praticamente nenhuma criança estava em acompanhamento regular para identificação das eventuais causas subjacentes à sibilância ou para tratamento de controle da asma de apresentação precoce. Esse aspecto tem sido relatado em vários estudos brasileiros (Kurukulaaratchy et al., 2003).

É preocupante a ausência de seguimento de crianças de baixa idade com crises recorrentes de sibilância (Duarte & Camargo, 1999). Apesar de a maioria apresentar condições clínicas de pouca gravidade (sibilância associada às infecções respiratórias agudas, sibilância transitória associada ao comprometimento da função pulmonar por eventos ocorridos na vida

intra-uterina), um pequeno número de casos pode apresentar condições clínicas com algum grau de gravidade, que exigiriam investigação diagnóstica mais acurada e decisões terapêuticas mais efetivas (Garcinuno et al., 2003).

Dos fatores de risco associados com as crises de sibilância, apenas um (presença de fumantes no domicílio) apresenta potencial de intervenção pelos serviços de saúde (Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002). A associação com baixa renda e baixa escolaridade materna está relacionada com as características da clientela da rede pública de saúde do município e escapam a intervenções objetivas do setor de saúde.

Um aspecto promissor diz respeito à possibilidade de se identificar precocemente no período pré-natal, durante o nascimento ou mesmo posteriormente em consultas ambulatoriais as crianças com potencial alérgico, e se recomendar algumas intervenções com potencial para reduzir a intensidade ou adiar o aparecimento de doenças atópicas. Tais crianças são aquelas filhas de pais atópicos ou com irmãos portadores de doenças alérgicas (Ataualpa, 2004). Intervenções tais como amamentação exclusiva por seis meses, evitar leite de vaca e derivados no primeiro ano de vida, medidas ambientais para controle de aeroalérgenos podem ser benéficas para impedir a denominada marcha atópica (Chatkin, 2004).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Estudos com base hospitalar tendem a identificar crianças com quadros de maior repercussão clínica. Tal aspecto mobiliza mais os pais para buscar atenção em saúde, inclusive vencendo barreiras relacionadas ao acesso. Assim, as altas proporções de crianças sibilantes encontradas neste estudo podem traduzir uma decisão familiar de buscar atenção ou a condição de gravidade identificada nos serviços de atenção primária, que, assim fazendo, procedem ao encaminhamento para o nível secundário de atenção.

CONCLUSÕES

É elevado o número de crianças de baixa idade com crises de sibilância, em particular aquelas com sibilância recorrente. As altas proporções de crianças previamente hospitalizadas por sibilância e a identificação de formas clínicas graves assinalam a necessidade de se redefinir a atenção oferecida para crianças com tais condições.

Dos fatores de risco associados com as crises de sibilância, apenas a presença de fumantes dentro do domicílio pode ser objeto de intervenção pelo setor de saúde.

A falta de seguimento ambulatorial das crianças com sibilância recorrente talvez revele a precariedade da política de atenção à saúde da criança com sibilância recorrente, uma vez que muitas dessas crianças podem apresentar condições clínicas subjacentes que necessitem de abordagem diagnóstica e terapêutica apropriadas. Antes, ao não identificar a criança de risco atópico, o setor de saúde perde a oportunidade de implantar medidas clínicas com potencial para reduzir a denominada 'marcha atópica'.

Novos estudos, com adequado poder estatístico, são necessários para identificar as condições de risco associadas com a gravidade das formas clínicas de sibilância recorrente e com o risco de hospitalização.

Urge, portanto, se redefinir o modo de funcionamento dos serviços de saúde no município em relação a esse problema que tem, segundo as investigações disponíveis no Brasil e em várias partes do mundo, se caracterizado como um dos mais importantes problemas de saúde pública relacionada com a saúde das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATAUALPA, P. A. intervenção precoce nas doenças alérgicas em pediatria: como e quando intervir. *Pediatria*, 26(3): 179-187, 2004.
- CASTRO-RODRÍGUEZ, J. A. et al. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162: 1403-1406, 2000.

- CHATKIN, J. M. Manejo racional da Asma em Saúde Pública. Curso PneumoAtual Asma em saúde pública –Aula 01, São Paulo, 2004.
- CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. 3,2002. *Jornal de Pneumologia*, 28 (supl. 1), 2002.
- DUARTE, M. C. & CAMARGO, P. A. M. Emprego de medicação profilática na asma persistente. *Jornal de Pediatria*, 75(6): 456-462, 1999.
- GARCINUNO, A. C. et al. Tabaco, lactancia y sibilantes en los primeros tres años. *Anales de Pediatria*, 59(6): 541-547, 2003.
- KURUKULAARATCHY, R. J. et al. Predicting persistent disease among children who wheeze during early life. *The European Respiratory Journal*, 22: 767-771, 2003.
- MARTINEZ, F. D. et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The New England Journal of Medicine*, 332: 133-138, 1995.
- ROBERT, F.; LEMANSKE, JR. & MADISON, M. D. Viral infections and asthma inception. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 114: 1023-1026, 2004.
- STEIN, R. T. et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years. *The Lancet*, 354: 541-545, 1999.
- THE INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD (ISAAC). Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: Isaac. *Lancet*, 351: 1225-1232, 1998.
- ZHANG, L. et al. A tendência das hospitalizações por crise de asma em crianças em um período de dezoito anos. *Jornal de Pediatria*, 75(4): 249-255, 1999.