

SIBILÂNCIA EM CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS DE IDADE: uma pesquisa bibliográfica

Tamires Patricia SOUZA¹

Camila AMTHAUE²

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). tamires_psouza@yahoo.com

² Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). camila.amthauer@hotmail.com

Recebido em: 25/05/2014 - Aprovado em: 19/09/2014 - Disponibilizado em: 15/12/2014

RESUMO: As doenças respiratórias crônicas (DRC's) representam um dos maiores agravos à saúde, afetando principalmente os idosos e as crianças. Um dos principais sintomas das DRC's é a sibilância, que ocorre geralmente nos primeiros anos de vida. O objetivo do estudo é analisar na literatura científica o que se tem publicado sobre a sibilância em crianças menores de três anos. A pesquisa se baseou em um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, PubMed e LILACS. Utilizaram-se como critérios de seleção: que fossem artigos científicos, que estivessem nos idiomas português, inglês e espanhol, com ano de publicação entre 1990 e 2013. Foram excluídos trabalhos sem resumo e que não estivessem disponíveis na íntegra. Da pesquisa sistematizada, encontraram-se 113 publicações. Foram selecionadas 38 que passaram por leitura flutuante. Destas, foram selecionados aqueles com relevância do tema, consistência do estudo e contribuição para o tema abordado. Caracterizar a sibilância nessa faixa etária requer atenção pela sua heterogeneidade e pode depender da frequência dos episódios, da gravidade, da idade de início e dos fatores associados, como infecções virais. A identificação dos agentes virais causadores das crises de sibilância no primeiro ano de vida é fundamental para a definição de medidas terapêuticas que considerem os diferentes agentes etiológicos nos casos de bronquiolite e sibilância recorrente. É importante ter o conhecimento necessário para diferenciar a sibilância nas crianças não asmáticas quando esses pacientes chegam à emergência, sendo necessário treinamento da equipe e conhecimento da história pregressa dos pacientes.

Palavras-chave: Doenças Respiratórias. Saúde da Criança. Asma. Pediatria. Tratamento de Emergência.

WHEEZING IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE: a literature

ABSTRACT: Chronic respiratory disease (CRD's) represent one of the biggest health problems, affecting mainly the elderly and children. One of the main symptoms of the CRD's is wheezing, which usually occurs early in life. The objective of the study is to analyze the scientific literature that has been published about wheezing in children under three years. The research was based on a literature survey based on SciELO, PubMed and LILACS. Were used as selection criteria: were scientific articles, which were in Portuguese, English and Spanish, with year of publication between 1990 and 2013 papers without abstracts were excluded and were not available in full. Of systematic research, we found 113 publications. We selected 38 who have undergone initial reading. Of these, we selected those with topic relevance, consistency of study and contribution to the subject discussed. Characterize wheezing in this age group requires attention to their heterogeneity and may depend on the frequency of episodes, severity, age of onset and associated factors such as viral infections. The identification of the causative agents of viral wheezing in the first year of life is critical to the definition of therapeutic measures that consider the different etiologic agents in cases of bronchiolitis and recurrent wheezing. It is important to have the knowledge to differentiate wheezing in asthmatic children not when these patients come to the emergency, necessary staff training and knowledge of the past history of the patient being aware.

Keywords: Respiratory Tract Diseases. Child Health. Asthma. Pediatrics. Emergency Treatment.

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas (DRC's) representam um importante agravo à saúde, podendo acometer pessoas de todas as faixas etárias, principalmente crianças e idosos, decorrente da maior fragilidade apresentada por estes grupos populacionais. Dentre as DRC's, as mais comuns são a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (BRASIL, 2010).

Seus sintomas podem variar. Para os adultos, a definição clássica de sintomático respiratório é o indivíduo que apresenta tosse, associada ou não a outra alteração respiratória, por algumas semanas. Nestes casos, recomenda-se a realização de baciloscopia direta do escarro para confirmar ou excluir tuberculose pulmonar nas pessoas com tosse por mais de três semanas, que não apresentem justificativa clara para o sintoma (BRASIL, 2010).

Nas crianças, para as quais não há consenso sobre a definição de sintomático respiratório, a presença de tosse por três meses, sibilância em pelo menos uma semana no mês ou uma radiografia de tórax com alteração persistente é sugestiva de DRC (BRASIL, 2010). Caracterizar a sibilância nessa faixa etária requer atenção pela sua heterogeneidade, podendo depender da frequência dos episódios, da gravidade, da

idade de início e dos fatores associados, como infecções virais e presença de atopia. Como um dos critérios de avaliação, considera-se que após três ou mais episódios de sibilância na infância, é possível afirmar que se trata de sibilância recorrente, ou a chamada síndrome do lactente sibilante (JENNINGS et al., 2004).

A sibilância representa um achado clínico de alta incidência (CHONG NETO, 2007). Muito frequente na infância, a sibilância de repetição tem seus primeiros episódios no primeiro ano de vida (LUSTOSA et al., 2013), sendo responsável por grande porcentagem das internações e da procura por atendimento aos lactentes nos serviços de saúde. Pode ser caracterizada como a manifestação da doença obstrutiva do trato respiratório inferior nas crianças (KLINNERT et al., 2003). Independentemente da causa, a sibilância é motivo de procura por atendimento médico em serviços de urgência, sobretudo se há recorrência dos episódios.

Desta maneira, verifica-se a necessidade de agregar maior conhecimento sobre as DRC's e, principalmente, como deve se dar a relação entre os profissionais de saúde e os lactentes e familiares, a fim de que seja possível a adaptação aos tratamentos e melhora da saúde das crianças acometidas. Acredita-se que esta revisão da literatura

possa trazer esclarecimentos aos profissionais da saúde contribuindo no atendimento aos lactentes que apresentam sibilância, e também a seus familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho apresentado para a disciplina de Pneumologia Pediátrica, do curso de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, PubMed e LILACS, compreendendo trabalhos científicos. As palavras-chave utilizadas para a busca foram: sibilância em lactentes, doenças respiratórias infantis, tosse em crianças, atendimento à criança, sibilância em pré-escolares e asma. Utilizaram-se como critérios de seleção: que fossem artigos científicos, que estivessem nos idiomas português, inglês e espanhol, com ano de publicação entre 1990 e 2013. Foram excluídos trabalhos sem resumo e que não estivessem disponíveis na íntegra.

Da pesquisa sistematizada nas bases de dados, foram encontrados 113 publicações. Foram selecionadas 38 que passaram por leitura flutuante. Destes, foram selecionados aqueles com relevância do tema, consistência do estudo e contribuição para o tema

abordado. Após a seleção da bibliografia, foram realizadas leituras exploratória e analítica, com o objetivo de descrever as formas nas quais a sibilância se apresenta em crianças menores de três anos de idade, a etiologia e possíveis tratamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os fatores que podem desencadear a sibilância, existem os genéticos, os ambientais e aqueles do próprio desenvolvimento pulmonar (RICHARD et al., 2008). Encontrar qual fator em potencial pode estar ligado aos sintomas é fundamental para o estabelecimento de critérios que permitam prever e/ou prevenir os episódios de sibilância e a perda funcional respiratória que possa estar associada.

Além destas características inerentes dos lactentes, existem doenças comuns nessa faixa etária que apresentam-se clinicamente a sibilância, dentre elas estão a asma e as infecções respiratórias virais (D'ELIA et al., 2005; FONTES et al., 2005). Ainda, outras causas de sibilância devem ser consideradas, como o refluxo gastroesofágico, a alergia ao leite de vaca, a aspiração de corpo estranho e a bronquiolite obliterante pós-infecciosa (CARVALHO JUNIOR, 2001; FONTES et al., 2005; RIBEIRO, 2006; LOBO et al., 2007; MARTINS; ANDRADE, 2008).

Estudo realizado com o objetivo de identificar os fatores de risco para esta condição, 1060 responsáveis responderam um questionário de sibilância em lactentes, validado no Brasil. Os resultados encontrados foram: história de asma na família [mãe (OR = 1,62; IC95 % = 1,07-2,43); pai (OR = 1,98, IC 95% = 1,22-3,23); irmãos (OR = 2,13, IC 95% = 1,18-3,87)]; história de pneumonia anterior (OR = 10,80, IC 95% = 4,52-25,77); ter tido mais de seis infecções do trato respiratório superior (OR = 2,95, 95% CI = 2,11-4,14); ter tido infecções do trato respiratório superior antes do terceiro mês de vida (OR = 1,50, IC 95% = 1,04-2,17); viver em área de poluição (OR = 1,59, IC 95% = 1,08-2,33), uso de paracetamol para infecção de vias aéreas superiores (OR = 2,13, IC 95 % = 1,54-2,95) e uso de antibióticos para infecção de pele (OR = 2,29, 95 % CI = 1,18-4,46) (MORAES et al., 2013).

Outro estudo publicado indica os fatores relacionados à sibilância em crianças menores de cinco anos de idade em uma determinada cidade brasileira. Como fatores associados foram encontrados: a não amamentação ao seio por seis meses ou mais (OR ajustada = 1,91; IC95%: 1,18-3,06), diagnóstico de asma familiar (OR ajustada = 2,02; IC95%: 1,06-3,87), doença prévia (OR ajustada = 1,81; IC95%: 1,05-3,14) e sexo masculino (OR

ajustada = 1,50; IC95%:1,07-2,11) (ROSA et al., 2013).

No estudo de Lustosa et al. realizado por meio de um questionário com 40 mães cadastradas em duas unidades de Saúde da Família foram encontrados como fatores de risco o tabagismo durante a gestação, histórico familiar de asma, rinite e dermatite alérgica, presença de pelo menos um animal doméstico em domicílio na época do nascimento e idade do primeiro resfriado menor ou igual a três meses de vida (LUSTOSA et al., 2013).

Entre as principais infecções virais que causam a sibilância, encontra-se a bronquiolite viral aguda (BVA), uma importante causa de internação hospitalar, podendo ser tratada como o primeiro episódio de sibilância nessa faixa etária (PENG et al., 2009). A mortalidade é considerada elevada no caso de infecção por vírus respiratórios, especialmente em crianças portadoras de doenças crônicas (EVERARD; MILNES, 1992). Embora a asma seja uma das causas mais comuns da sibilância, esta deve ser considerada como diagnóstico de exclusão em crianças menores de três anos.

A BVA apresenta distribuição sazonal com um pico de incidência nos meses de inverno, e os agentes etiológicos mais frequentes são o vírus sincicial respiratório (VSR), adenovírus, parainfluenza e influenza

(EVERARD; MILNES, 1992; JARTTI et al., 2009). Outros vírus podem estar associados, como rinovírus (RV), metapneumovírus e coronavírus, metapneumovírus, bocavírus e, ultimamente, o influenza H1N1, parece ter relevância em determinados períodos epidêmicos (PEARCE; DOUWES; BEASLEY, 1999; JARTTI et al., 2009; SBPT, 2012). A identificação dos agentes virais causadores das crises de sibilância no primeiro ano de vida é fundamental para a definição de medidas terapêuticas que considerem os diferentes agentes etiológicos nos casos de BVA e sibilância recorrente.

Das crianças infectadas pelo VSR, cerca de 50% das crianças menores de três anos irão apresentar episódios de sibilância recorrente durante esta fase da vida. Muitas vezes, os sintomas estão associados a uma função pulmonar anormal, incluindo medidas indiretas do calibre da via aérea e hiperresponsividade brônquica (CHONG NETO et al., 2007; DELA BIANCA et al., 2010). Além da função pulmonar anormal, pode-se destacar outros fatores de risco relevantes para hospitalização e sibilância recorrente, como doença cardiopulmonar, história de prematuridade e imunodeficiência, estabelecendo-se principalmente na primeira infância, o que indica que as exposições iniciais de vida são fundamentais na determinação no início e na história natural

das doenças obstrutivas (MORAES et al., 2013).

Embora tais fatores sejam responsáveis por estabelecer a recorrência de sibilância para maior parte dos pacientes, o acompanhamento de saúde desde o início demonstra melhora da função pulmonar e, conseqüentemente, melhora da sibilância na idade escolar. Contudo, com a função pulmonar diminuída desde os primeiros meses de vida, o risco dessas crianças desenvolverem uma obstrução das vias aéreas está presente até a adolescência e/ou idade adulta (McCORMICK et al., 2000).

CONCLUSÃO

Os fatores de risco para sibilância recorrente são diversos, indicando diferentes etiologias. O aprofundamento de pesquisas epidemiológicas que identifiquem os determinantes desta síndrome clínica pode facilitar a implantação de medidas preventivas e terapêuticas mais adequadas, já que o tratamento aplicado em cada paciente varia conforme a idade, estado físico e a decisão do profissional da saúde em adotar uma ou outra forma de tratamento.

O conhecimento sobre o tema é necessário para diferenciar a sibilância nas crianças não asmáticas quando esses pacientes chegam à emergência, além de saber

identificar quando se trata de infecção respiratória aguda e não asma. Para tanto, é preciso que haja treinamento da equipe e conhecimento da história pregressa dos pacientes que recorrem à emergência com tais características.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.
- CARVALHO JUNIOR, F. F. Apresentação clínica da alergia ao leite de vaca com sintomatologia respiratória. **J Pneumol.**: v. 27, n. 1, pp. 17-24, 2001.
- CHONG NETO, H. J. et al. Prevalência de sibilância recorrente em lactentes. **J Pediatr.**: v. 83, n. 4, pp. 357-362, 2007.
- DELA BIANCA, A. C. C. et al. Prevalência e gravidade da sibilância no primeiro ano de vida. **J Bras Pneumol.**: v. 36, n. 4, pp. 402-409, 2010.
- D'ELIA, C. et al. Infecções do trato respiratório inferior pelo vírus sincicial respiratório em crianças hospitalizadas menores de um ano de idade. **Rev Soc Bras Med Trop.**: v. 38, n. 1, pp. 7-10, 2005.
- EVERARD, M. L.; MILNES, A. D. The respiratory syncytial virus and role in acute bronchiolitis. **Eur J Pediatr.**: 151, pp. 638-651, 1992.
- FONTES, M. J. F. et al. Asma em menores de cinco anos: dificuldades no diagnóstico e na prescrição da corticoterapia. **J Bras Pneumol.**: v. 31, n. 3, pp. 244-253, 2005.
- JARTTI, T. et al. Bronchiolitis: age and previous wheezing episodes are linked to viral etiology and atopic characteristics. **Pediatr Infect Dis J.**: v. 28, n. 4, pp. 311-317, 2009.
- JENNINGS, L. C. et al. Viral etiology of acute respiratory tract infections in children presenting to hospital: role of polymerase chain reaction and demonstration of multiple infections. **Pediatr Infect Dis J.**: v. 23, n. 11, pp. 1003-1007, 2004.
- KLINNERT, M. D. et al. Morbidity patterns among low-income wheezing infants. **Pediatrics**: v. 112, n. 1, pp. 49-57, 2003.
- LOBO, A. L. et al. Bronquiolite obliterante pós-infecciosa na criança. **Rev Port Pneumol.**: v. 13, n. 4, pp. 495-509, 2007.
- LUSTOSA, W. A. et al. Risk factors for recurrent wheezing in infants. **Journal of Human Growth and Development**: v. 23, n. 2, pp. 203-208, 2013.
- MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Cad Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, pp. 1983-1990, 2008.
- McCORMICK, M. C. et al. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States - 1999. **Pediatrics**: v. 105, 1 Pt 3, pp. 219-230, 2000.
- MORAES, L. S. L. et al. Risk factors associated with wheezing in infants. **J Pediatr.**: Rio de Janeiro: v. 89, n. 6, pp. 559-566, 2013.
- PEARCE, N.; DOUWES, J.; BEASLEY, R. How much asthma is really attributable to atopy? **Thorax**: v. 54, pp. 268-272, 1999.

PENG, D. et al. Multipathogen infections in hospitalized children with acute respiratory infections. **Virol J.**: v. 6, pp. 155, 2009.

RIBEIRO, J. D. Refluxo gastroesofágico, doença por refluxo gastroesofágico e doenças do trato respiratório: fato, ficção ou falta de conhecimento baseado em evidências?

Pediatria: São Paulo, v. 28, n. 1, pp. 9-12, 2006.

RICHARD, N. et al. The impact of dual viral infection in infants admitted to a pediatric intensive care unit associated with severe bronchiolitis. **Pediatr Infect Dis J.**: v. 27, n. 3, pp. 213-217, 2008.

ROSA, A. M. et al. Sibilância e fatores associados em crianças. **Cad Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, pp. 1816-1828, 2013.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma. **J Bras Pneumol.**: v. 38, Suppl. 1, S1-46, 2012.