



Crescimento de recém-nascidos pré-termo

Growth of preterm newborn infants

Francisco E. Martinez*

Ao final do século XIX e início do século XX, Stephane Tarnier (1828-1897) e seu aluno Pierre Budin (1846-1907), ambos obstetras atuando no *L'Hôpital Maternité* de Paris, ocupavam-se da sistematização dos cuidados com os recém-nascidos pré-termo¹. Em suas lições, cuja leitura recomendo firmemente, mostravam preocupação com controle térmico, prevenção de infecções e nutrição. A adequação nutricional deveria ser verificada pelo ganho de peso das crianças¹. Budin considerava que essas crianças deveriam apresentar um ritmo de crescimento semelhante ao intra-uterino. Passados mais de um século, esses princípios continuam atuais.

Em meados do século XX, criaram-se curvas de crescimento intra-uterino, sendo clássicos os dados apresentados por Lubchenco et al., coletados entre 1948 e 1961². Com o tempo, muitas outras curvas de crescimento intra-uterino foram publicadas, e diversos aspectos passaram a ser ponderados. Frequentemente, considerou-se que as curvas eram oriundas de nascimentos e, por conseguinte, não deveriam ser legítimas representantes das crianças não-nascidas. Os dados eram transversais, coletados de diferentes fontes, com amostras de tamanho nem sempre adequado, com dificuldade de estabelecimento da idade gestacional correta, raças diferentes e mesmo ponderações sobre a influência da altitude do local onde os dados eram coletados³. A despeito de todas as críticas, essas curvas trouxeram muitas informações. Uma constatação importante foi a dificuldade de se conseguir o crescimento planejado para os pré-termos. Comparando-se o crescimento dos pré-termos com o do feto de referência intra-útero, verifica-se que a grande maioria dos pré-termos, mesmo nascendo com peso adequado para a idade gestacional, sofre um processo de perda de peso inicial que os leva abaixo do percentil 10,

caracterizando restrição nutricional⁴. Ainda hoje, continuamos a desnutrir nossos pré-termos no berçário, chegando a quase 90% por ocasião da alta hospitalar⁵.

Outra abordagem de avaliação do crescimento do pré-termo é o cotejamento com curvas de crescimento pós-natal, como a apresentada no estudo de Anchieta et al., publicado neste número⁶. Esse tipo de curva, baseada em crianças sobreviventes, traz a vantagem de ser proveniente de dados longitudinais e prever a perda de peso inicial. No

entanto, essa abordagem também não é isenta de críticas. Essas curvas, evidentemente, dependem das práticas de cuidados com os pré-termos, especialmente as nutricionais. Como as condutas felizmente evoluem, os resultados ficam obsoletos com o tempo. É importante que se atente para a época de coleta dos dados e as práticas então

vigentes. A restrição ao uso de diuréticos e corticosteróides pós-natais e as novas práticas nutricionais devem causar alterações significantes nas futuras curvas⁷.

Se, por um lado, a carência nutricional leva a consequências duradouras, por outro lado, a procura da manutenção de um ritmo de crescimento semelhante ao intra-útero, com excesso de oferta, também pode ter consequências. Tem-se sugerido que a aceleração do crescimento com a utilização de fórmulas enriquecidas, quando comparadas com o leite humano, poderia programar a síndrome metabólica com a conseqüente hipertensão, dislipidemia, obesidade e resistência à insulina, atuando como facilitador da emergência de doença cardiocirculatória⁸.

Assim, curvas de crescimento como a apresentada nesta edição são de grande importância. Colaboram para a melhor compreensão do crescimento pós-natal, podem servir para detectar crianças com problemas de crescimento e mesmo ajudar a desenhar futuros estudos de intervenção. No entanto, precisam ser constantemente redesenhadas, devido à mudança contínua dos cuidados neonatais. Registros multicêntricos sistematizados poderiam constituir uma base de dados contínua, visando à manutenção de curvas de crescimento pós-natais atualizadas para nosso país.

**Veja artigo relacionado
na página 267**

* Professor titular de Pediatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP.

Referências

1. Budin PC. Le nourrisson: alimentation et hygiene. Enfants debile et enfants nes a terme. Paris: Doin; 1900.(<http://www.neonatology.org/classics/default.html>)
2. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*. 1963;32:793-800.
3. Anderson DM. Nutritional assessment and therapeutic interventions for the preterm infant. *Clin Perinatol*. 2002;29:313-26.
4. Ehrenkranz RA, Younes N, Lemons JA, Fanaroff AA, Donovan EF, Wright LL, et al. Longitudinal growth of hospitalized very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1999;104:280-9.
5. Dusick AM, Poindexter BB, Ehrenkranz RA, Lemons JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? *Semin Perinatol*. 2003;27:302-10.
6. Anchieta LM, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termo nas primeiras doze semanas de vida. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:267-76.
7. Ziegler EE, Thureen PJ, Carlson SJ. Aggressive nutrition of the very low birthweight infant. *Clin Perinatol*. 2002;29:225-44.
8. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? *Lancet*. 2004;363:1642-5.

Redes multicêntricas e a qualidade da atenção neonatal

Multicentric networks and quality of neonatal attention

Fernando C. Barros¹, José Luis Diaz-Rossello²

Uma das preocupações da saúde pública atual é o aumento dos nascimentos pré-termo no mundo e sua crescente importância como causa de mortes infantis. Nos estudos que demonstram um incremento da prevalência nos Estados Unidos e Canadá^{1,2}, as causas mais invocadas para este fenômeno são o aumento de intervenções obstétricas, o aumento na frequência de nascimentos múltiplos e as melhorias na qualidade da observação sobre idade gestacional, devido à substituição de cálculos por data da última menstruação pela utilização crescente de estimativas por ultra-som realizado precocemente na gravidez.

No Brasil, também parece estar ocorrendo um aumento de nascimentos pré-termo, como demonstram vários estudos, entre eles os de Ribeirão Preto, SP, e Pelotas, RS. Em Ribeirão Preto³, houve um expressivo aumento na prevalência de nascimentos pré-termo, de 7,6% em 1978-9 para 13,6% em 1994. Os autores sugerem que o aumento das cesarianas pode ter sido uma das razões deste aumento, embora seja muito difícil eliminar aqui o problema da causalidade reversa.

Em Pelotas, RS, a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou entre 1982 e 1993 – de 5,6% para 7,5%⁴.

Estamos, atualmente, realizando um novo estudo perinatal da cidade, e dados para os primeiros 4 meses do ano de 2004 indicam um aumento muito importante de nascimentos pré-termo, que agora são cerca de 18%. Este incremento parece localizar-se entre recém-nascidos pré-termo grandes – com 35 e 36 semanas de gestação – e ocorre tanto para partos vaginais como para cesarianas. Este achado sugere que devemos considerar como possíveis causas desta nova epidemia de pré-termos todas as formas de interrupção da gravidez, incluindo não somente as cesarianas, mas também induções do trabalho de parto (Barros et al.; dados preliminares não publicados).

Como os recém-nascidos pré-termo são, em qualquer população, responsáveis por uma parcela muito importante da morbidade e mortalidade neonatal e infantil, o assunto abordado pela Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) neste número do *Jornal de Pediatria* – a utilização de corticóides antenatais em trabalho de parto pré-termo – é de grande atualidade⁵. O uso de corticóides é reconhecido como uma ação preventiva de alta efetividade e muito baixa utilização. Meta-análises recentes demonstram que o uso de corticóides em trabalho de parto pré-termo, ou previamente à interrupção eletiva pré-termo da gestação, pode reduzir de maneira importante a mortalidade neonatal e morbidades graves, como a doença da membrana hialina e a hemorragia intraventricular. Portanto, é muito preocupante que a recente e aclamada série sobre sobrevivência infantil publicada pela revista *Lancet* tenha estimado que a cobertura mundial desta intervenção, em casos indicados, seja de somente 5%⁶.

—————
**Veja artigo relacionado
na página 277**
————— ◆ —————

1. Investigador e Docente do Centro Latino-Americano de Perinatologia, OPAS/OMS, Montevideu, Uruguai. Professor titular de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).
2. Professor, Departamento de Neonatologia, Universidade de la República Oriental del Uruguay. Investigador e Docente do Centro Latino-Americano de Perinatologia, OPAS/OMS, Montevideu, Uruguai.