

## **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

Departamento Científico de Neonatologia

Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade

17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade

### *Mensagem aos Pediatras Brasileiros*

No dia 17 de novembro é comemorado o Dia Mundial da Prematuridade, uma iniciativa do Canadá, EUA, Portugal e Austrália, criada em 2009. Atualmente é celebrado em mais de 50 países, com o intuito de desenvolver estratégias para reduzir as taxas do nascimento prematuro, um problema que atinge 15 milhões de crianças, todos os anos, ao redor do mundo.

No Brasil, cerca de 12% (entre 10% e 14%) dos 3.000.000 de nascidos vivos ocorrem antes da gestação completar 37 semanas! Isso significa que cerca de 360 mil crianças nascem prematuras todo ano, quase 1000 crianças ao dia, com grande parte potencialmente evitável por ações intersetoriais e de saúde. (Leal, 2016; Barros, 2018; Chawanpaiboon, 2019)

### **Porque a prematuridade é uma condição preocupante?**

A prematuridade é considerada a principal causa de morte em crianças nos primeiros 5 anos de vida no Brasil (França, 2017). A carga de doenças na população, atribuída ao nascimento prematuro e medida em anos de vida perdidos somados aos anos de vida vividos com incapacidade, revela a condição da prematuridade e suas complicações, como muito relevante no Brasil. Comparado ao mundo, o Brasil, ocupa o nono lugar em número absoluto de partos prematuros e precisamos prestar atenção nisso! (Chawanpaiboon, 2019)

O nascimento prematuro no Brasil está associado, principalmente, a dois componentes: o primeiro deles, composto de pré-termos tardios e associado às cesarianas em mulheres de nível educacional mais elevado; e o segundo, de maior relevância e composto por todos os graus da prematuridade, está vinculado principalmente à pobreza. A ruptura prematura de membranas foi o principal fator associado a esse último, em estudo recente de Barros e cols (2018). Mortes fetais, o componente oculto do iceberg, e os recém-nascidos termos precoces, entre 37 e 38 semanas e que apresentam graus variados de imaturidade pioram os resultados, quando analisamos toda a população de recém-nascidos. (WHO, 2012; ACOG Committee, 2013)

### **Qual o impacto do nascimento prematuro no futuro da criança?**

O nascimento prematuro produz um excesso de mortes nos primeiros 5 anos de vida no Brasil, principalmente nas regiões mais pobres, mensurável quando esses números e causas das mortes são comparados aos de países que conseguiram melhor organização da saúde perinatal (França, 2017; GBD, 2017). Nas crianças que sobrevivem, a prematuridade aumenta o risco de condições crônicas, como

alterações nos padrões de crescimento desde o período neonatal, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo e problemas psíquicos com todas as consequências associadas a cada um e ao conjunto desses eventos. Além disso, essas crianças terão risco aumentado de evoluírem com condições crônicas, tais como, diabetes tipo II e doenças cardiovasculares (Ong, 2015).

### **O que é a prematuridade?**

A prematuridade é uma síndrome clínica complexa e como tal deve ser abordada, com múltiplas estratégias para sua prevenção. A prematuridade é um processo que se inicia muito antes da gestação, determinada por fatores socioeconômicos, estilo de vida e de trabalho, que interagem de maneira complexa aos fatores biológicos determinando o nascimento prematuro (Victora, 2001). O grau de prematuridade é determinado pela idade gestacional e frequentemente se associa a quadros de desnutrição fetal. Em estudo recente, realizado pelo grupo Intergrowth-21st, e coordenado por Barros, a prematuridade foi subdividida em 12 fenótipos vinculados aos fatores maternos, fetais ou placentários com evolução neonatal diferente conforme o fenótipo (Barros, 2015).

### **Quem são os prematuros?**

A OMS recomenda a nomenclatura de pré-termos para crianças que nascem com idade gestacional menor que 37 semanas ou menos de 259 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual da mulher (WHO,1977; WHO, 2012; Chawanpaiboon, 2019). No entanto, o *Committee on Obstetric Practice, juntamente com o American Institute of Ultrasound in Medicine e a Society for Maternal-Fetal Medicine (2017)* consideram o exame obstétrico ultrassonográfico realizado precocemente, antes de completar 14 semanas de gestação, como o padrão ouro para estimativa da idade gestacional, recomendação também do grupo Intergrowth-21st (Papageorghiou, 2014).

A idade gestacional ao nascer determina a base das subcategorias do RN prematuro (WHO,2012):

Pré-termo extremo (<28 semanas)

Muito pré-termo (28 a <32 semanas)

Pré-termo moderado (32 a <37 semanas)

Pré-termo tardio: 34 a <37 semanas)

O RN pré-termo moderado pode ser sub-categorizado em RN pré-termo tardio (34 a <37 semanas completas).

O baixo peso ao nascer é definido como menor que 2.500 gramas. Essa classificação se baseia em observações epidemiológicas de que crianças com menos de 2.500 g ao nascer têm um risco aproximadamente 20 vezes maior de morrer comparado ao de crianças com peso maior.

O baixo peso ao nascer pode ainda ser sub-categorizado em:

Muito baixo peso ao nascer: PN < 1.500g (até e incluindo 1.499 g);

Extremo baixo peso ao nascer: PN < 1.000g (até e incluindo 999 g).

### Como reverter esses resultados?

Esses resultados podem ser revertidos para saúde infantil e materna com a organização em rede da assistência perinatal, de acordo com a estratificação do risco gestacional. Isso significa sistematização dos fluxos assistenciais na APS (Atenção Primária à Saúde) e atenção especializada vinculada às maternidades, e que respondam adequadamente às demandas clínicas da parturiente e do recém-nascido, conforme Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A regionalização inclui estrutura mínima dos pontos de atenção da rede, com composição das equipes assistenciais. A recomendação da SBP é incluir o pediatra em todos os processos da atenção à criança, desde o pré-natal.

*A SBP disponibiliza documentos científicos relacionados como “Nascimento Seguro” e “Prematuridade: uma intervenção da gestão e da assistência”.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ACOG Committee Opinion No 579: definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122: 1139–40.
- 2- Barros, FC, Papageorghiou, AT, Victora, CG, Noble, JA, Pang, R, Iams J, et al. for the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH 21st). The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome Implications for Prevention. *JAMA PEDIAT.* 2015: e1-10.
- 3- Barros CF, Rabelo Neto DL, Villar J, Kennedy SH, Silveira MA, Diaz-Rossello JL, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open.* 2018;8(8):e021538.
- 4- Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7:e37–46
- 5- Committee on Obstetric Practice, the American Institute of Ultrasound in Medicine, the Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee opinion No 700: methods for estimating the due date. *Obstet Gynecol.* 2017;129:e150–e154.
- 6- França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França J S, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: Estimativas do Estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20 (Supl 01):46-60.

- 7- GBD Child Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1084–1150.
- 8- Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl. 3):127.
- 9- WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012
- 10- Ong KK, Kennedy K, Gutierrez EC, Forsyth S, Godfrey KM, Koletzko B, et al. Postnatal growth in preterm infants and later health outcomes: a systematic review *Acta Pædiatrica*. 2015;104:974–986.
- 11- Papageorgiou AT, Ohuma EO, Altman DG, Gravett MG, Hirst J, da Silveira MF, Lambert A, et al. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet*. 2014; 384: 869–79.
- 12- Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2001;4:1.
- 13- WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56:247–53.