

dentre outras, da *American Gastroenterological Association* (AGA)⁸ e de Heaton, do Reino Unido, reconhecido experto no assunto que, em capítulo de livro⁹, citou outros trabalhos com farelo de trigo em adultos constipados, os quais, embora não controlados e, em parte, antigos, não podem ser desprezados.

O problema mais freqüentemente invocado em relação à utilização do farelo de trigo tem sido a dificuldade de aceitação. Entretanto, em minha longa experiência no tratamento de crianças constipadas com farelo de trigo, assim como na de outros membros da disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, essa dificuldade não chega a ser importante a curto e médio prazo¹⁰, momentos nos quais a suplementação parece mais necessária. Os missivistas sugerem que essa experiência seja partilhada com a comunidade pediátrica, o que de fato já vem ocorrendo em palestras e em diversos capítulos de livros/revisões, inclusive em colaboração com o Prof. Morais, um dos quais já citado¹. Mais detalhes serão apresentados em futura publicação em periódico. Cumpre esclarecer que, em momento algum, foi afirmado no editorial² que "a fibra alimentar seja o único elemento capaz e imprescindível para prevenir e tratar todos casos de constipação...". Consta no editorial², isto sim, que "...cabe aos clínicos encontrar formas de fazer as crianças constipadas aceitarem a dieta..., ALÉM DAS NECESSÁRIAS INTERVENÇÕES...".

De fato, como afirmam os missivistas, grande parte das fibras comercializadas em nosso país é de fibra solúvel, porém sob forma medicamentosa, o que apenas reforça nossa opção pelo produto alimentar farelo de trigo. Quanto à fibra solúvel glucomanan, citada pelos missivistas, gostaria de lembrar que a mesma tem sido indicada no tratamento da obesidade¹¹, por ser, dentre as fibras, a de maior viscosidade, aumentando muito a saciedade; este efeito nas crianças constipadas ainda merece ser avaliado.

São extremamente pertinentes as questões finais levantadas pelos missivistas. Ademais, sem dúvida alguma, ainda são necessários ensaios clínicos randômicos controlados e, sempre que possível, duplo-cegos, para esclarecer o papel das diversas fibras alimentares em crianças constipadas. Enquanto se aguardam os resultados de tais estudos, cada serviço deve avaliar o esquema terapêutico que considera mais adequado frente às evidências já existentes e às dificuldades decorrentes de suas próprias experiências.

Helga Verena L. Maffei

Professora titular de Gastroenterologia Pediátrica. Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Referências

- Maffei HVL, Morais MB. Constipação intestinal crônica funcional e suas complicações. In: Kotze L, Barbieri D, editores. *Afecções gastrointestinais da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 342-352.
- Maffei HVL. Constipação crônica funcional. Com que fibra suplementar? *J Pediatr* (Rio J). 2004;80:167-8.
- Freitas KC, Motta MEFA, Amâncio OMS, Fagundes-Neto U, Morais MB. Efeito da fibra do polissacarídeo de soja no peso e na umidade das fezes de ratos em fase de crescimento. *J Pediatr* (Rio J). 2004;80:183-8.

- Motta MEFA, Tahan S, Fagundes-Neto U, Morais MB. Peso e umidade fecal na suplementação de fibra alimentar insolúvel em pacientes com constipação crônica funcional. *Anais do XI Congresso Brasileiro de Gastroenterologia Pediátrica. I Congresso de Hepatologia Pediátrica. I Jornada de Suporte Nutricional em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas*; 04 a 07/05 de 2003; Salvador, Brasil.
- Tomlin J, Read NW. Comparison of the effects on colonic function caused by feeding rice bran and wheat bran. *Eur J Clin Nutr*. 1988;42:857-61.
- Müller-Lissner AS. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. *BMJ*. 1988;296:615-7.
- Badiali D, Corazziari E, Habib FI, Tomei E, Bausano G, Magrini P, et al. Effect of wheat bran in treatment of chronic non organic constipation: a double-blind controlled trial. *Dig Dis Sci*. 1995;40:349-56.
- Locke III GR, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2000;119:1766-78.
- Heaton WH. Food, fibre and bowel function. In: Barbara L, Corinaldesi R, Gizzi G, Stanghellini V, editors. *Chronic constipation*. London: Saunders; 1996. p. 79-92.
- Carvalho MA, Maffei HVL. Adherence to a high dietary fiber diet and outcome in childhood constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000;31(Suppl 2):S94.
- Gonzalez Canga A, Fernandez Martinez N, Sahagun AM, Garcia Vieitez JJ, Diez Liebana MJ, Calle Pardo AP, et al. Glucomannan: properties and therapeutic applications. *Nutr Hosp*. 2004;19:45-50.

Uso antenatal de corticosteróide e evolução clínica de recém-nascidos pré-termo

Sr. Editor

No serviço no qual trabalho, acontece uma situação bem interessante quanto às taxas de mortalidade: elas são altas principalmente devido a uma morte mais tardia e em recém-nascidos (RN) com peso que, normalmente, não estaria associado a uma morte em países desenvolvidos. Realmente vem aumentando o uso de corticosteróide antenatal, e, com isso, as taxas de problemas pulmonares reduziram muito, principalmente quando associados ao uso de pressão aérea positiva contínua (CPAP) nasal. Em um estudo realizado em quatro maternidades importantes do Rio de Janeiro, encontramos, em um modelo multivariado, usando a regressão logística¹, o uso de ventilador, o peso de nascimento inferior a 1.250g, a mãe com hemorragia vaginal e o sexo masculino como variáveis associadas ao risco de óbito, sendo o uso de ventilação mecânica pulmonar o principal indicador de óbito. O uso de corticosteróide antenatal, o parto cesariano e o uso de nutrição parenteral total se mostraram associados à redução da mortalidade. O uso de surfactante pulmonar se mostrou associado ao risco de óbito, mas sem significância estatística. Atualmente, a maior causa de morte após o quarto dia de vida é o problema respiratório seguido da sepse neonatal. Como conclusão, estamos reduzindo a doença de membrana hialina e sua gravidade, mas se as crianças persistirem em ventilação mecânica por mais de 4 dias, elas irão se contaminar e morrer por infecção. No artigo da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais², na Tabela 8, não foram

informados os valores encontrados para uso de corticosteróide antenatal e número de consultas no pré-natal – somente os resultados estatisticamente significantes foram mostrados. Os resultados deveriam ser mostrados mesmo quando não têm valor estatístico, porque, caso houvesse uma interação, esses resultados se tornariam importantes. Também não foram informados os pontos de corte da idade gestacional, do peso ao nascimento e dos escores de SNAPPE-II.

Caso o artigo mostre uma interação nesses resultados, poderia estar ocorrendo que os fatores associados à redução da mortalidade, como o uso de corticosteróide antenatal e surfactante pulmonar, estariam reduzindo ou tornando menos graves as doenças respiratórias, mas, devido a uma assistência deficiente, as crianças morreriam mais tarde, principalmente aquelas que utilizassem a ventilação mecânica pulmonar.

José Luiz Muniz Bandeira Duarte

Professor adjunto de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenador da Disciplina de Pediatria. Coordenador da Unidade Neonatal-HUPE-UERJ. E.mail: jlduarte@centroin.com.br e bandeira@uerj.br

Referências

1. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2005;21:109-18. No prelo.
2. Rede Brasileira de Pesquisa Neonatais. Uso antenatal de corticosteroide e evolução clínica de recém-nascidos pré-termo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:277-84.

Resposta dos autores

Agradecemos o interesse do Prof. José Luiz Muniz Bandeira Duarte pelo nosso estudo¹ e a gentileza de apresentar as conclusões do seu trabalho a respeito da mortalidade em quatro maternidades do Rio de Janeiro².

Nas crianças analisadas em nosso estudo, a infecção foi a causa de óbito mais comum segundo os relatórios de necropsia. Dos 107 óbitos, 48 (44%) foram associados a problemas infecciosos, 35 (32%) a problemas relacionados à prematuridade (problemas pulmonares, hemorrágicos e metabólicos) e 16 (15%) a anoxia perinatal. O tempo de vida das crianças que vieram a falecer está apresentado na Tabela 1. Constatase que não houve associação entre uso antenatal de corticosteróide e tempo de vida das crianças falecidas.

Tabela 1 - Média±desvio padrão do tempo de vida das crianças que faleceram

Grupo	Número de óbitos	Tempo de vida (d)	p*
Todas as crianças	107	2,82±11,4	
Com corticosteróide antenatal	43	3,18±12,1	
Sem corticosteróide antenatal	64	2,25±10,2	0,35

* Comparação entre crianças com *versus* sem corticosteróide antenatal.

O tempo de ventilação mecânica em dias entre as crianças que faleceram foi de 10,3±19,7 e, entre as que viveram, de 4±11. Concordamos com o Prof. Duarte sobre o maior tempo de ventilação mecânica estar associado a maior incidência de infecção. Em nossas crianças, o coeficiente de correlação entre ventilação mecânica e hemocultura positiva foi de 0,241, com $p < 0,001$.

O Prof. Duarte aponta, em nosso estudo, que, na Tabela 8, o uso de corticosteróide antenatal e o número de consultas no pré-natal não foram informados, e que, mesmo sem significância estatística, deveriam constar, porque esses resultados se tornariam importantes caso houvesse uma interação. A Tabela 2 apresenta os valores solicitados.

Tabela 2 - Variáveis que não foram associadas ao óbito após modelo de regressão logística

Variável analisada	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)	p
Consultas de pré-natal	1,00	0,891-1,12	0,99
Corticosteróide antenatal	1,23	0,62-2,45	0,56

Como pode ser observado, as variáveis estiveram longe de apresentar algum impacto na mortalidade desse grupo de crianças.

Quanto aos pontos de corte da idade gestacional, peso ao nascimento e escores de SNAPPE-II, eles não foram apontados porque os parâmetros foram tratados como variáveis contínuas.

Sem dúvida, os resultados apresentados indicam que os cuidados peri- e pós-natais de nossas crianças pré-termo precisam de grandes melhorias e que a infecção constitui um enorme desafio a ser contornado nesse período. Estudos descritivos e analíticos da atenção neonatal são de fundamental importância para a melhoria desses cuidados.

Francisco Eulógio Martinez

Pela Rede Brasileira de Pesquisa Neonatais
Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP.
E-mail: femartin@fmrp.usp.br

Referências

1. Rede Brasileira de Pesquisa Neonatais. Uso antenatal de corticosteróide e evolução clínica de recém-nascidos pré-termo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:277-84.
2. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2005;21:109-118. No prelo.