

4. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88:63-73.
5. Schiffman M, Castle PE. Human papillomavirus: epidemiology and public health. *Arch Pathol Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:930-4.
6. Stoler MH. Human papillomavirus biology and cervical neoplasia: implications for diagnostic criteria and testing. *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:935-9.
7. Schiffman M, Solomon D. Findings to date from the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:946-9.
8. Lorincz AT, Richart RM. Human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs. *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:959-68.

Obstetria

INDUÇÃO DO PARTO EM GESTAÇÕES PÓS-TERMO COM 41 SEMANAS

Duas premissas básicas elegem a gravidez prolongada (idade gestacional de 42 ou mais semanas) como um dos mais importantes temas obstétricos: a sua elevada incidência, ainda que as resoluções por via abdominal sejam prática corriqueira no Brasil, está entre 3% e 15% das gestações normais¹; e as complicações, tanto maternas quanto dos recém-nascidos (RN), associadas a essa intercorrência obstétrica, fatos que preocupam ainda muitos pesquisadores. Figuram entre os resultados indesejáveis: aumento, em até três vezes, da mortalidade perinatal (por anoxia intra-uterina não diagnosticada adequadamente); aumento da morbidade (oligoidrâmnio, síndrome de aspiração meconial, tocotraumatismos pela macrosomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do recém-nascido e aumento da taxa de cesáreas)². Um dos principais entraves para a solução dessa anormalidade reside nas dificuldades de se obter sucesso na indução do parto, nesses casos, porque ainda inexiste uma substância ocitócica ideal, não obstante a introdução do misoprostol, em baixas doses, tenha exercido, atualmente, fortes atrativos³. Entretanto, para se evitar que a

gestação pós-termo (entre 40 e 42 semanas) avance além de 42 semanas, submetendo-se aos riscos acima listados, uma proposta muito sedutora é a conduta de se induzir o parto, antes da pós-maturidade. Nessa vertente, Sanches-Ramos et al., 2003⁴, em estudo de revisão sistemática com metanálise, selecionam, de um total de 99 trabalhos sobre o assunto, 16 estudos que abordam o impacto da indução com 41 semanas e a conduta expectante. Apesar de que a indução aleatória pudesse estar sob a crítica de promover maior risco de cesárea, porque inclui também os casos de colos desfavoráveis, o índice observado foi menor (20,1% versus 22,0% - OR 0,88; IC 95% 0,78-0,99). Constatou-se, também, menor índice de mortalidade perinatal (0,09% versus 0,33% - OR 0,41; IC 95% 0,14-1,18), embora não houvesse diferença significativa. Similarmente, não foram observadas diferenças quanto a taxas de: admissão do RN à UTI, presença de mecônio abaixo das cordas vocálicas, aspiração de mecônio e índices de Apgar anormais. Portanto, esta revisão demonstra de forma inequívoca a validade de se induzir, utilizando-se de quaisquer métodos, gestações antes de 42 semanas, diminuindo as taxas de cesáreas, sem o comprometimento dos resultados perinatais.

Comentário

A filosofia adotada nos trabalhos selecionados para esta revisão sistemática, qual seja, a de não deixar a gestação ultrapassar 42 semanas, converge integralmente com os ideais empregados na elaboração do protocolo assistencial da Clínica Obstétrica da FMUSP, para essa entidade nosológica, desde a década de 1990¹. Da mesma forma, vai de encontro com a mesma tendência atual, verificada na literatura internacional² cujos objetivos estão estritamente voltados para a preservação dos indicadores da saúde perinatal. Como adenda às diretrizes que podem emanar dos resultados observados, é interessante ressaltar que nos casos de colos favoráveis (índice de Bishop³ 5), a indução é uma prática perfeitamente aceitável, mais precocemente ainda, com 40 semanas de idade gestacional¹.

**SEIZO MIYADAHIRA
ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO
MARCELO ZUGAIB**

Referências

1. Miyadahira S. Pós-datismo. In: Zugaib M, Bittar, RE, editors. Protocolos assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002
2. Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. *Obstet Gynecol* 2000; 96:779-83.
3. Hall R, Duarte-Correa M, Harlass F. Oral versus vaginal misoprostol for labor induction. *Obstet Gynecol* 2002; 99:1044-8.
4. Sanches-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kauritz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1312-8.

Pediatria

CRESCIMENTO EM CRIANÇAS COM ARTRITE JUVENIL IDIOPÁTICA: TRATAMENTO COM ESTERÓIDE E EFEITOS DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO

Foram avaliados retrospectivamente 24 pacientes com artrite juvenil idiopática (AJI) durante a infância, tratados com esteróides. Houve uma perda de altura significativa de mais de dois desvios padrão durante os primeiros anos de doença, que se correlacionaram positivamente com a duração do tratamento com prednisona. Após a descontinuação da medicação, 70% dos pacientes fizeram check-up, mas 30% persistiram com perda estatural. Sua altura final foi correlacionada fortemente com a altura média ao final do tratamento e era muito diferente quando comparada ao grupo que fez check-up. Os autores publicaram anteriormente os efeitos benéficos sobre o crescimento e a composição corpórea de um ano de tratamento com GH num grupo de 14 pacientes com AJI que haviam recebido corticóide e GH. Esses pacientes foram novamente tratados por três anos, o que aumentou sua velocidade de crescimento, mas tiveram pouco efeito sobre o SDS de altura, sugerindo

que tais crianças permanecerão baixas quando adultos. Iniciar GH mais cedo pode evitar deterioração do crescimento e as complicações metabólicas induzidas por corticoterapia crônica.

Comentário

Várias situações clínicas exigem tratamento prolongado com glicocorticóides, o que afeta a estatura final. Várias tentati-

vas (bisfosfonatos, suplementação de cálcio e vitamina D, GH) têm sido feitas para minimizar tal desfecho indesejável. Faltam ainda estudos em que o uso de GH se inicie concomitantemente à corticoterapia, para que se possa avaliar qual o verdadeiro papel do GH preservando o potencial de crescimento dessas crianças.

DURVAL DAMIANI

Referência

1. Simon D, Lucidarme N, Prieur AM, Ruiz JC, Czernichow P. Linear growth in children suffering from juvenile idiopathic arthritis requiring steroid therapy: natural history and effects of growth hormone treatment on linear growth. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2001;14 Suppl 6:1483-6.

CORREÇÃO: Na seção "Diretrizes em foco", publicada na edição passada, página 128, o autor do artigo "Necessidades de microambientes em nutrição parenteral" é Heitor Pons Leite, e não Werther Brunow de Carvalho, conforme foi publicado.