

PEDIATRIA

Da idade à conduta: ficha de leitura do crescimento do prematuro

Quando usar esta ferramenta

Use a **Ficha CURVA** no seguimento do prematuro quando uma medida parecer muito baixa, quando houver mudança de percentil ou quando o serviço estiver mudando da curva de prematuros para a curva da OMS.

Ela organiza cinco decisões em uma sequência única:

1. **C — Calcule e registre as idades.**
2. **U — Use a curva correspondente à fase.**
3. **R — Revise a confiabilidade das medidas.**
4. **V — Veja a trajetória das três medidas.**
5. **A — Aja, registre o prazo e defina o próximo passo.**

O objetivo não é normalizar um percentil isolado. É distinguir três situações: erro de eixo temporal, erro de medida e desaceleração verdadeira.

C – Calcule e registre as idades

Idade cronológica

É o tempo transcorrido desde o nascimento. Continua sendo a referência para o calendário vacinal. Corrigir a idade não significa adiar vacinas.[2]

Idade pós-menstrual

Idade gestacional ao nascer + idade cronológica.

É o eixo usado antes do termo e nas curvas organizadas em semanas. Uma criança nascida com 30 semanas, avaliada seis semanas depois, está com 36 semanas de idade pós-menstrual.

Idade corrigida

Idade cronológica − tempo que faltou para 40 semanas.

Ela representa quanto tempo teria transcorrido desde o termo. Depois de 40 semanas, orienta o posicionamento nas curvas da OMS durante o período em que a correção é indicada.[1,2,6]

Exemplo preenchido

Criança nascida com **28 semanas**, avaliada com **17 semanas de vida**:

- faltaram 12 semanas para completar 40;
- idade cronológica: 17 semanas;
- idade corrigida: 17 − 12 = **5 semanas**.

Campo	Registro
Idade gestacional ao nascer	28 semanas
Idade cronológica na consulta	17 semanas
Idade pós-menstrual	45 semanas
Idade corrigida	5 semanas

Converta os intervalos para semanas ou dias antes da subtração. Se a idade gestacional de origem for incerta, registre a limitação. A curva não deve dar aparência de precisão a um dado impreciso.

U – Use a curva correspondente à fase

A curva só é interpretável quando o eixo temporal e a população de referência estão coerentes.

Fase e eixo	Referência e decisão prática
Antes de 40 semanas, com idade pós-menstrual	Fenton ou estratégia institucional. Não comparar com lactente a termo da mesma idade cronológica.
Até 64 semanas, quando o serviço adota idade pós-menstrual prolongada	INTERGROWTH-21st pós-natal. Confirmar população e protocolo de aplicação.
Depois de Fenton, com idade corrigida	OMS. Considerar 40 semanas como ponto zero e registrar a transição.
Depois de INTERGROWTH-21st, com idade corrigida quando indicada	OMS. Registrar data e critério da mudança de referência.
Após o período de correção, com idade cronológica	OMS. Declarar no prontuário quando a correção foi encerrada.

Fenton

A referência de Fenton apresenta peso, comprimento e perímetro cefálico por sexo entre 22 e 50 semanas. No percurso descrito pela Sociedade Brasileira de Pediatria, é utilizada até 40 semanas de idade pós-menstrual, quando ocorre a transição para a OMS.[2,4]

Fenton foi construída predominantemente com medidas ao nascimento de populações de países de alta renda. É referência antropométrica, não meta nutricional nem padrão prescritivo de crescimento pós-natal ideal.[4]

INTERGROWTH-21st

Os padrões pós-natais podem ser usados até 64 semanas de idade pós-menstrual, sobretudo em prematuros com mais de 32 semanas ao nascer. Depois, ocorre a transição para a OMS.[2,3]

Não alterne curvas entre consultas sem registrar o motivo. A troca de referência pode produzir uma mudança aparente de percentil que não corresponde a uma mudança biológica.

Quanto tempo corrigir

A Caderneta da Criança orienta idade corrigida até dois anos de idade cronológica e até três anos quando a idade gestacional ao nascer foi inferior a 28 semanas.[1]

O manual da Sociedade Brasileira de Pediatria apresenta uma orientação parcialmente diferente por parâmetro: perímetro cefálico até um ano e peso e comprimento até dois a três anos.[2]

Uma coorte canadense de crianças nascidas entre 23 e 31 semanas encontrou diferenças entre idade cronológica e corrigida até 36 meses, principalmente para peso e comprimento ou estatura. As diferenças foram consistentes entre prematuros extremos e muito prematuros. O estudo não incluiu prematuros moderados ou tardios e teve perda de seguimento de 22,1% aos 36 meses.[5]

O achado não autoriza corrigir a idade até 36 meses em todos os prematuros. O protocolo deve considerar grau de prematuridade, parâmetro analisado e a regra documentada pelo serviço.

Conheça a Pós em Pediatria do CENBRAP

R – Revise a confiabilidade das medidas

Uma mudança isolada não deve ser interpretada antes de confirmar como a medida foi obtida.

Peso

- balança calibrada;
- mínima roupa possível;
- condição clínica e hídrica registradas;
- mesmo equipamento quando viável.

Comprimento

- infantômetro, não fita flexível;
- cabeça alinhada e joelhos estendidos sem força excessiva;
- duas pessoas quando necessário;
- repetição de valores incompatíveis.

Perímetro cefálico

- fita não extensível;
- maior circunferência occipitofrontal;
- repetição da medida;
- atenção à variação entre observadores.

Teste de coerência: uma queda isolada do comprimento, sem mudança em peso, perímetro cefálico, alimentação ou estado clínico, levanta primeiro a hipótese de erro antropométrico. Repita antes de abrir uma investigação baseada em um número possivelmente inválido.

V – Veja a trajetória das três medidas

Percentil ou escore Z isolado não estabelece falha de crescimento. O dado principal é a sequência de medidas.

Leia cada parâmetro e depois o conjunto:

Pergunta	O que ela discrimina
A curva é ascendente, paralela ou descendente?	Tendência longitudinal, não posição isolada
Os três parâmetros desaceleraram?	Processo global ou mudança de eixo/curva
Apenas o peso mudou?	Ingesta, perdas, doença, gasto ou retenção hídrica
O comprimento caiu sozinho?	Possível erro de posicionamento ou medida
O perímetro cefálico divergiu?	Necessidade de leitura própria, exame e desenvolvimento
A mudança coincidiu com troca de curva ou idade?	Artefato de referência versus mudança biológica

Peso responde rapidamente a ingestão, perdas, doença e retenção hídrica.

Comprimento informa crescimento linear, mas é vulnerável a erro de posicionamento.

Perímetro cefálico merece leitura própria nos primeiros meses e correlação com exame e desenvolvimento.[2]

A meta não é fazer a criança subir de percentil a qualquer custo. É reconhecer uma trajetória sustentável e identificar cedo uma desaceleração verdadeira.

A – Aja, registre o prazo e defina o próximo passo

Cenário 1: o eixo temporal criou a impressão de falha

Lactente nascida com 28 semanas retorna com 17 semanas de idade cronológica. Pela idade cronológica na OMS, os três parâmetros parecem muito baixos. Pela idade corrigida de aproximadamente cinco semanas, permanecem abaixo da mediana, porém paralelos ao canal iniciado após a alta. A criança está estável, alimenta-se sem fadiga e as medidas foram confirmadas.

Hipótese principal: a gravidade aparente foi ampliada pelo eixo temporal incorreto.

Alternativa relevante: desaceleração verdadeira ainda pode surgir no seguimento e não deve ser descartada apenas porque a idade foi corrigida.

Discriminador: direção longitudinal das três medidas após confirmar idade, curva e técnica.

Ação agora: registrar as três idades, manter a referência adotada pelo serviço, revisar ingestão e técnica alimentar e repetir peso, comprimento e perímetro cefálico no intervalo clínico planejado.

Evitar: intensificar calorias apenas para corrigir um percentil produzido pela idade errada.

Métrica de resposta: manutenção de trajetória coerente entre as três medidas, com contexto clínico estável.

Se a hipótese falhar: se a trajetória descer mesmo com eixo e medidas confirmados, ampliar a avaliação em vez de atribuir a mudança à prematuridade.

Cenário 2: a prematuridade não explica tudo

Lactente nascido com 32 semanas acompanha pela OMS com idade corrigida. Entre quatro e sete meses, o peso cruza dois canais para baixo, o comprimento desacelera menos e o perímetro cefálico mantém o canal. Há mamadas prolongadas, sudorese e pausas.

Hipótese principal: desaceleração ponderal verdadeira relacionada a dificuldade de alimentação, ingestão insuficiente ou maior gasto.

Alternativa relevante: erro antropométrico ou inconsistência de curva e eixo.

Discriminador: repetição das medidas, observação da alimentação, história, exame e coerência entre os parâmetros.

Ação agora: confirmar as medidas, observar a alimentação e investigar conforme os achados clínicos.

Evitar: atribuir a queda à prematuridade e esperar indefinidamente.

Prazo: a consulta deve terminar com uma data ou intervalo de reavaliação registrado; este material não impõe um intervalo universal, porque o risco e os achados definem a urgência.

Métrica de resposta: direção do peso em relação a comprimento e perímetro cefálico, além da evolução dos sinais durante a alimentação.

Se a hipótese falhar: se não houver resposta ou se surgirem sinais de piora, ampliar o diagnóstico diferencial e a investigação conforme história e exame.

Ficha CURVA para o prontuário

Etapa	Campo obrigatório
C	Idade gestacional, cronológica, pós-menstrual e corrigida, quando aplicável
U	Curva utilizada, eixo e critério de transição
R	Técnica, equipamento, repetição e limitações da medida
V	Direção de peso, comprimento e perímetro cefálico
A	Hipótese, alternativa, discriminador, ação, ação a evitar, prazo, métrica e próximo passo

Antes de encerrar, confirme: **qual dado mudará a conduta na próxima avaliação?** Sem essa resposta, "reavaliar" ainda não é um plano.

Conheça a Pós em Pediatria do CENBRAP

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderneta da Criança: menina*. Brasília: Ministério da Saúde. Documento oficial.

2. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de seguimento do recém-nascido de alto risco*. 2ª ed. São Paulo: SBP; 2024. Documento oficial.
3. INTERGROWTH-21st. *Preterm postnatal growth standards and INTERPRACTICE implementation resources*. University of Oxford. Recurso oficial.
4. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatrics*. 2013;13:59. DOI 10.1186/1471-2431-13-59.
5. Elmrayed S, Dai S, Lodha A, et al. Preterm growth assessment: the latest findings on age correction. *Journal of Perinatology*. DOI 10.1038/s41372-024-02202-z.
6. World Health Organization. *Child Growth Standards*. Geneva: WHO. Recurso oficial.