

Regurgitação e as Fórmulas AR

H. CARMONA DA MOTA

Hospital Pediátrico Faculdade de Medicina Coimbra

A regurgitação é uma manifestação frequente (20-40% de todos os lactentes) ^(1, 2) – felizmente transitória e quase sempre benigna. O incómodo que ela implica tem suscitado várias medidas terapêuticas, entre as quais, o espessamento das refeições.

Na regurgitação, a eficácia do espessamento das refeições está convenientemente comprovada ⁽¹⁾ e o seu uso foi recentemente recomendado pelos peritos ⁽³⁾.

Seria de esperar que a indústria nos fornecesse um produto para adicionar (como acontecia há trinta anos e que desapareceu por razões de mercado), ou já adicionado às fórmulas para lactentes (o que acontece hoje, num revivalismo pronto a usar), que apenas modificasse a sua viscosidade; é isto que acontece com as fórmulas AR II.

Pelo contrário, a composição das fórmulas AR comercializadas para pequenos lactentes, justamente onde a regurgitação é mais frequente, difere consideravelmente das que as mesmas empresas disponibilizam para lactentes normais. Para o mesmo valor energético, as fórmulas AR têm um teor proteico superior (121-114%) e uma relação caseína/soroproteína seis vezes superior (idêntica à do leite de vaca); um teor de sódio superior (150-135%); uma das fórmulas não tem ácido linolénico. Em boa verdade, não poderão ser consideradas «adaptadas» de acordo com as normas europeias (91/321/CEE).

É curioso que as fórmulas AR tenham um teor de caseína 2.3 vezes superior à das respectivas fórmulas adaptadas quando a caseína está associada a um esvasia-

mento gástrico mais lento ^(4, 5), um mecanismo que se julga favorecer o refluxo gastroesofágico e a regurgitação.

Provavelmente a grande maioria dos pequenos lactentes tolerará fórmulas com esta composição – a grande maioria também cresce bem sob o velho Nestogeno® (RIP), quando os pediatras e os RN ignoravam que certos aminoácidos em excesso poderiam ser prejudiciais certos ácidos gordos poderiam ser essenciais..

Face a um lactente que bolça, antes de substituir uma fórmula adaptada (e, sobretudo, antes de propor o desmame) por uma «AR», é prudente considerar estes dados e só decidir utilizá-las se as alegadas vantagens forem consideradas superiores aos possíveis inconvenientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Orenstein SR. Controversies in pediatric gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroent Nutr* 1992; 14: 338-48.
2. Orenstein SR, Shalaby TS, Cohn JF. Gastroesophageal reflux symptoms in 100 normals: Diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire. NASPGN abstracts. *J Pediatr Gastroent Nutr* 1995; 21: 333.
3. Vandenplas Y, Belli D, Benhamou P-H et al (working party). Current concepts and issues in the management of regurgitation of infants: a reappraisal. *Acta Pediatr* 1996; 85: 531-4.
4. Billeaud C, Guillet J, Sandler B. Gastric emptying in infants with and without gastroesophageal reflux according to the type of milk. *Eur J Clin Nutr* 1990; 44: 577-83.
5. Tolia V, Lin C-H, Kuhns LR. Gastric emptying using three different formulas in infants with gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroent Nutr* 1992; 15: 297-301.