

Da Clínica como Leitura Crítica da Informação

Arquivo de Clínica Privada

MANUEL ABECASIS

Resumo

É relatada a observação no decurso do tempo, de um grupo de 356 crianças de ambos os sexos, sujeitas a um regime alimentar natural, artificial ou, excepcionalmente, misto nos primeiros 3 meses de vida, seguido de um regime com imediata introdução de alimentação diferenciada que se especifica e de rápida introdução de praticamente todos os alimentos a partir dos quatro meses e alimentação livre a partir dos seis meses.

O estudo incide sobre o comportamento do grupo no que diz respeito, nomeadamente, aos inconvenientes atribuídos pela literatura a regimes deste tipo.

O grupo foi seguido na sua totalidade até ao fim do 2.º ano e até ao fim dos 6 ou mais anos em 91,3% dos casos.

O autor conclui pela irrelevância das críticas habitualmente feitas.

Palavras-chave: alimentação no 1.º ano de vida; diversificação precoce; alimentação livre aos 6 meses.

Abstract

The author describes the prospective observation of a group of 356 children, submitted in the first 3 months of life to a natural, artificial or mixed diet, followed by the prompt introduction of a differentiated diet (beikoast), including almost all kind of foods after 4 months of age and a free diet after 6 months.

This study is about the performance of the group concerning the inconvenients found in the literature, related to diets of this kind.

The group was followed until the end of the 2nd year of life in all the cases and in 91,3% until 6 or more years.

The author concludes that the critiques usually made are irrelevant.

Key-words: Feeding in the first year of life; prompt beikoast; free diet after 6 months of life.

Estado actual do problema e objectivos do trabalho

Quando pelos anos 57/58 comecei a exercer com certa independência a especialidade de Pediatria, estava, como todos os novos, influenciado e formado pelo convívio de um grupo hospitalar, por leituras e reflexões que me orientavam no sentido que depois fui adoptando como próprio e dele tirando já um proceder autónomo. Como acontece a todos, fui arquitetando regras, modos de proceder e atitudes que embora inscrevendo-se numa escola moldavam uma postura pessoal.

O assunto de que nesta contribuição pretendo ocupar-me é um daqueles sobre os quais largamente reflecti, procurando transformar o complicado em simples e acabando por encontrar um conjunto de normas que me facilitavam a vida clínica e ao mesmo tempo facilitavam a prática dos pais e os tornavam bem cedo independentes de uma permanente orientação do médico pediatra em matéria alimentar. Refiro-me obviamente à alimentação infantil.

Anos mais tarde as coisas começaram a mudar e a literatura publicada opunha-se, por vezes diametralmente, ao que eu vinha praticando, já a minha experiência comportava uma bagagem suficiente para estar seguro de que muito do que se afirmava resultava mais do entusiasmo dos autores do que de um exame profundo das realidades visíveis da clínica. Por estas razões e não por teimosia, fui persistindo no que julgava ser certo, e a experiência que de trás trazia nunca foi desmentida por factos novos que na minha prática tivessem expressão.

Não obstante a segurança que a experiência de milhares de casos e de anos de observação justificava, comecei a interrogar-me se eu próprio não estaria a laborar num erro e não sobreporia a minha subjectividade à objectividade dos factos ⁽¹⁾. Isto levou-me a architectar e a levar à prática um pôr em causa daquilo que havia feito, procurando, verificar objectivamente o que subjectivamente se me impunha, pelo estudo de um número razoável de casos do meu arquivo clínico.

Projectei este estudo para que ele pudesse por si só responder às críticas por um lado e às minhas certezas por outro, faseando-o em dois tempos: o primeiro, um estudo de arquivo que se encontra realizado e de que dou conhecimento agora; o segundo consistirá numa revisão clínica das crianças que seja possível referenciar ainda, agora adultos de mais de trinta anos

(¹) Em 1993 foi apresentado no Porto, na Cadeira de Pediatria, por amigo convite do Prof. Doutor Norberto Santos, em versão abreviada.

Entregue para publicação em 17/05/96.

Aceite para publicação em 14/09/96.

de idade. Esta segunda fase do projecto justifica a época em que foi iniciada a colheita de casos (Janeiro de 1958) e espero apresentá-la se Deus me der vida e saúde para tal.

Passo agora à exposição desta 1.ª fase da investigação.

As críticas que habitualmente se fazem ao esquema que utilizamos, e que abaixo se expõem nos seus traços gerais, incidem nos pontos que passamos a referir. Ele provocaria um aumento de incidência de manifestações alérgicas, nomeadamente ao nível do aparelho respiratório (asma e equivalentes) ou ao nível da pele com maior incidência de sintomas de atopia, se comparado com um grupo controle. Por outro lado o desajuste do regime às necessidades e capacidades da criança nesta idade, iria causar um prejuízo do desenvolvimento, com repercussão sobre o crescimento e tendência para a obesidade. Também um maior número de situações de transtornos agudos, como a diarreia, seria de esperar. Finalmente no futuro aguardaria estas crianças um acrescentado risco cárdio-vascular.

Material e Métodos

O material sobre o qual se realiza este trabalho provem do arquivo de clinica privada do autor, tendo sido feita a escolha dos casos de forma não discriminatória, a partir de Janeiro de 1958; foram utilizados quatrocentos processos, dos quais se retiraram posteriormente 44 por num ou noutro ponto não terem obedecido a algum dos critérios condicionantes para entrada no grupo em estudo, que abaixo se expõem:

1 — Constituído por crianças de ambos de sexos, que por razões de evolução posterior do estudo teriam hoje mais de 30 anos.

2 — Todas estas crianças começaram a ser observadas e orientadas em idades não superior ao fim do 3.º mês de vida, e apenas deixaram de pertencer ao grupo depois de pelo menos, o fim do segundo ano de vida.

3 — Todas tiveram alimentação láctea, variável, até ao fim do 3.º mês, conforme a escolha e circunstância de suas mães o desejou ou permitiu.

4 — Todas iniciaram alimentação não exclusivamente láctea aos três meses, com introdução de uma refeição não láctea às 12 horas, dada à colher.

5 — Todas iniciaram aos 3 meses e meio, consumo de leite de vaca inteiro, meio gordo, com uma farinha de milho às 8 e 16 horas; duas refeições não lácteas às 12 e às 20 horas, respectivamente caldo de legumes + carne + fruta ou açorda + fruta; às 24 horas, refeição láctea facultativa e habitualmente rapidamente abandonada.

6 — A introdução de outros alimentos, nomeadamente ovo, peixe e iogurte foi feita aos 4 meses e meio, a partir dos 6 a alimentação foi livre.

7 — Administração de água «ad libitum» desde o período de recém-nascido.

8 — Seriam excluídos do grupo todos os que não satisfizessem qualquer destas condições.

Poderíamos dizer que no programa alimentar que então adoptámos e que temos permanentemente usado, desde há 38 anos, apenas levámos um mês de avanço em relação às idades apontadas pelo grupo ESPGAN, alguns anos mais tarde, em

que se põe os 4 meses de idade como meta desta alteração do quadro alimentar da criança no 1.º ano de vida ⁽²⁾.

A pesquisa efectuada sobre todos os dados clínicos e de evolução das situações de cada uma das crianças foi reduzida a quadros comparativos, que pela evidência dos resultados não são sujeitos a análise estatística.

Para além dos dados de observação clínica foram considerados como significativos os tratamentos propostos que eventualmente pudessem sugerir alguma das patologias em estudo.

Apresentação de resultados e discussão

O primeiro quadro permite classificar o grupo estudado no que respeita a alimentação no primeiro trimestre que, tanto num como noutro sexo é preferencialmente artificial, embora a escolha da mãe tenha sido informada, mas não influenciada.

QUADRO 1

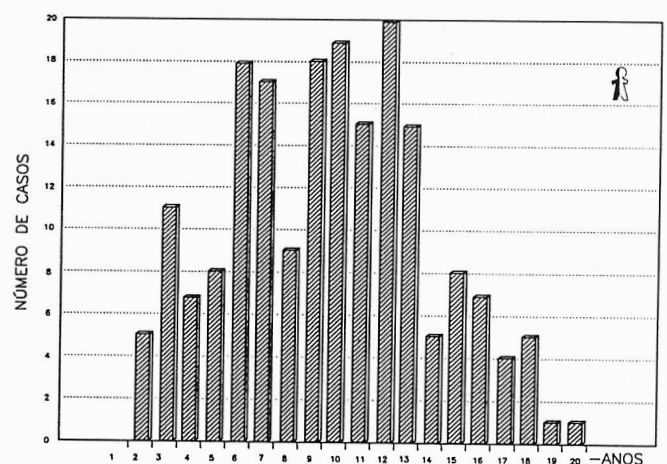
Tipo de alimentação nos primeiros 3 meses

ALIMENTAÇÃO	♂	♀	TOTAIS
Natural	63 – 33.3%	55 – 32.9%	118 – 33.1%
Artificial	101 – 53.4%	99 – 59.2%	200 – 56.1%
Mista	25 – 13.2%	13 – 7.7%	38 – 10.6%
Totais	189	167	356

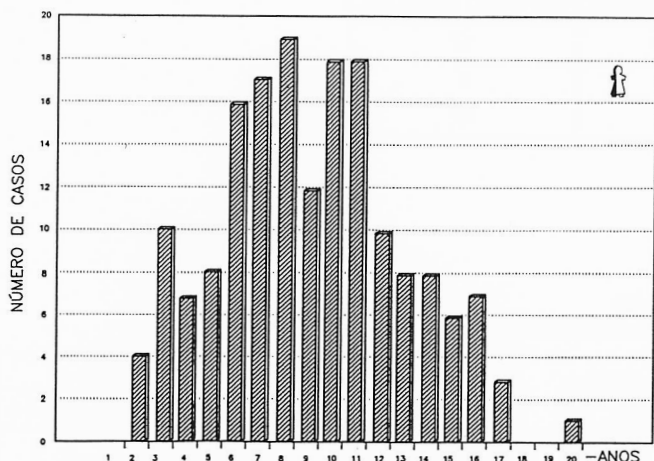
Nos quadros seguintes, 2 e 3, dá-se conta dos anos de permanência no grupo em observação. Como se vê, o total dos casos em estudo representa a observação correspondente a 3377 unidades ano/criança, verificando-se que a maior parte das crianças tiveram uma prolongada permanência e controlo (entre 6 e 13 anos) e apenas um grupo de 9 e um grupo de 21 tiveram uma permanência de 2 e 3 anos respectivamente, representando 2,5 e 5,9% do total dos casos.

QUADRO 2

Anos de Permanência no Grupo
(1.840 unidades ano – Criança)



QUADRO 3
Anos de Permanência no Grupo
(1.537 unidades ano - Criança)



Consideramos seguidamente as incidências respiratórias conforme a sua manifestação, verificando-se que a maior incidência se passa ao nível das crises de asma brônquica, aqui classificada como +++, que a sua distribuição por sexos é aproximadamente idêntica e que a evolução foi na maioria dos casos benigna (Quadro 4). Quanto à relação com o tipo de alimentação no 1.º trimestre (Quadro 5), parece não se poder estabelecer uma relação entre o seu tipo e a frequência de incidências respiratórias, em qualquer das idades, tanto mais que o número de observados no estudo, alimentados artificialmente, é francamente superior aos que tiveram alimentação natural ou mista (Quadro 1).

QUADRO 4
Incidências Respiratórias

	N.º DE CASOS	GRAVIDADE				EVOLUÇÃO	
		+	++	+++	++++	BENIGNA	SEVERA
♂	12 - 6.4%	0	1	10	1	9	3
♀	9 - 5.5%	0	0	9	0	6	3
TOTAL	21 - 5.7%	0	1	19	1	15	6

- + - Sup. 2 no inverno c/wheezing
- ++ - Crises provocadas pelo esforço
- +++ - Crises de asma brônquica
- ++++ - Id. c/internamento ou repetido recurso à urgência

Assim, se das 21 crianças consideradas doentes, 12 eram do sexo masculino, das quais 5 com alimentação artificial e 9 do sexo feminino das quais 7 com alimentação artificial, pode também dizer-se que de todos os 356 participantes desenvolveram sintomas 12 crianças, das 200 alimentadas artificialmente (6%) e oito das 118 alimentadas exclusivamente ao peito (6,7%).

Também se não notam desvios grosseiros (quadro 6) relativamente à prevalência da doença no total do grupo em um ou outro sexo, apresentando todos números iguais ou muito próximos da população geral, idênticos no conjunto e afastados de um ponto para mais no sexo masculino e de um ponto para menos no sexo feminino.

QUADRO 5
Relação das Incidências Respiratórias c/ alimentação 1.º trimestre

	Natural	Artificial	Mista	TOTAL
♂	7	5	0	12
♀	1	7	1	9
TOTAL	8	12	1	21

QUADRO 6
Prevalência

	GRUPO	POPULAÇÃO INFANTIL
♂	6.4%	7.4%
♀	5.3%	4.5%
TOTAL	5.8%	5.9%

Pela observação do quadro 7, que relata a idade de início dos sintomas, verifica-se que o número de casos surgido tardiamente foi muito elevado, relativamente ao número de casos precoces, como aliás é por outros reconhecido, assim apenas 5 casos surgiram nos três primeiros anos, nenhum no primeiro ano, contra dezasseis de início em idades posteriores (3).

Quanto ao tempo de permanência dos casos de doença respiratória, no grupo observado (quadro 8) que se prolongou para 17 deles mais de três anos, para 12 mais de seis e para 7 mais de nove, assegura com maior evidência e certeza as afirmações acima feitas acerca da evolução clínica que apresentaram (quadro 4).

QUADRO 7
Idades de Início dos Sintomas

	1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO	+ TARDIO	TOTAIS
♂	7	5	0	12	12
♀	1	7	1	9	9
TOTAL	8	12	1	21	21

QUADRO 8
Tempo de Permanência no grupo, desde o início dos sintomas

	1 ANO	2 ANOS	3 A 5 ANOS	6 A 8 ANOS	9 ATÉ 16 ANOS
♂	4	0	2	2	4
♀	0	0	3	3	3
TOTAL	4	0	5	5	7

É importante no estudo da patologia infantil o conhecimento dos antecedentes familiares, mas são de certo modo paradoxais os encontrados neste grupo e sintetizados no quadro 9, de modo a podermos dizer que nele a coincidência da doença pais/filhos é mais a exceção do que a regra, a menos que a doença dos pais tenha sido tão ligeira que entrou no esquecimento e saiu do registo familiar da informação.

QUADRO 9
Antecedentes Familiares

	PAIS ATINGIDOS	COIN. PAIS/FILHOS	NÃO COINC. PAIS/FILHOS
♂	5	0	12
♀	7	1	8
TOTAL	12	1	20

QUADRO 10
Sub-Grupos Observados (criança / ano)

N.º OBS.	— GRUPO — dos aos	NOVAS INCID. RESPIRATÓRIAS SIGNIF. NO GRUPO	%	GRAVIDADE			
				+	++	+++	++++
356	3m 2a	2	0.56			1	1
351	2a 3a	3	0.85			3	
330	3a 4a	3	0.90			3	
316	4a 5a	2	0.63			2	
300	5a 6a	3	1			3	
266	6a 7a	1	0.37		1		
232	7a 8a	2	0.86			2	
204	8a 9a	0					
174	9a 10a	2	1.14			2	
137	10a 11a	0					
104	11a 12a	2	1.92			1	1
74	12a 13a	1	1.35			1	

De um grupo de 351 crianças, observadas sem interrupção, entre os 2 e 3 anos, 3 desenvolveram sintomatologia respiratória tipo asma (0,85%); de um grupo de 330 observados entre os 3 e os 4 anos, 3 desenvolveram sintomatologia do mesmo tipo (0,90%); e assim por diante (quadro 10).

Embora seja discutível que aos 9 anos e idades posteriores, se possa filiar no tipo de alimentação dos primeiros meses, o aparecimento de sintomatologia respiratória, tipo asma, julgamos de interesse dividir a população observada em escalões de permanência no grupo, o que leva a constuir 12 grupos com número muito significativo de participantes (quadro 10), sendo o número de incidências e sua percentagem estudado por cada grupo, que se pode considerar verdadeiramente homogéneo.

São poucas e tão benignas as incidências desmatológicas e gastro-intestinais que nos limitamos a inserir os quadros sem grandes comentários. Não tenho memória de ver na minha prática clínica mais que o caso referido de um extenso eczema, aqui classificado como generalizado, mas mesmo assim não assumindo o aspecto de casos que eram vistos repetidamente na clínica hospitalar, com máscaras faciais impressionantes, que apenas deixavam livres do penso oclusivo, orifícios para os olhos, nariz e boca.

QUADRO 11
Incidências Dermatológicas

	N.º DE CASOS	MODERADOS		SEVEROS	
		+	++	+++	++++
♂	9 - 4.7%	4	2	2	1
♀	6 - 3.5%	2	4	0	0
TOTAL	15 - 4.2%	6	6	2	1

+ - Eczema muito restrito
++ - Eczema da face
+++ - Eczema da face e pregas
++++ - Eczema generalizado

QUADRO 12
Relação c/ tipo de aimentação (1.ºs 3 meses)

	NATURAL	ARTIFICIAL	MISTA	TOTAL
♂	3	5	1	9
♀	2	3	1	6
TOTAL	5	8	2	15

QUADRO 13
Distribuição por idades de início

	1.º TRIM.	2.º TRIM.	3.º TRIM.	4.º TRIM.	2.º ANO
♂	2	3	2	1	1
♀	0	1	1	0	4
TOTAL	2	4	3	1	5

QUADRO 14
Incidências gastro intestinais

	N.º DE CASOS	MODERADOS		SEVEROS	
		+	++	+++	++++
♂	2 - 1.0%	1		1	
♀	3 - 1.7%	1		2	
TOTAL	5 - 1.4%	2		3	

+ - Diarreias repetidas (+ que 2/ano)
 ++ - Id. com crises de vômitos
 +++ - Id. + que 3/ano
 ++++ - Id. com desidratação e internamento

No quadro 15 apresenta-se a distribuição do grupo estudado em relação aos padrões normais para a época, na distribuição dos percentis de peso, devendo contudo registrar-se que nesta geração era já notável a desadequação das tabelas às características de crescimento dos jovens portugueses, pelo menos dos grupos sociais mais favorecidos, daí resultando em grande parte o que pode chamar-se uma nova arrumação em termos de percentis.

QUADRO 15
Distribuição dos percentis de peso, por sexos e no total do grupo

PERCENTIS	♂	♀	TOTAL
> 95	17 - 10.1%	19 - 10.0%	36 - 10.1%
90 - 95	20 - 11.9%	21 - 11.9%	41 - 11.5%
75 - 90	19 - 11.3%	17 - 8.9%	36 - 10.1%
50 - 75	51 - 30.5%	55 - 29.1%	106 - 29.7%
25 - 50	34 - 20.3%	51 - 26.9%	85 - 23.8%
10 - 25	14 - 8.3%	17 - 8.9%	31 - 8.7%
5 - 10	10 - 5.9%	5 - 2.9%	15 - 4.2%
< 5	2 - 1.1%	4 - 2.1%	6 - 1.6%
TOTAIS	167	189	356

Por último debruçemo-nos sobre a objecção habitual de que regimens deste tipo condicionariam uma incidência aumentada de casos de obesidade e de peso excessivo.

O estudo comparativo dos percentis de peso atingidos, por comparação ao gráfico da mesma distribuição para uma população padrão, demonstra um notável desvio para a direita do grupo em estudo, o que quer dizer que a distribuição se faz com vantagem para este, temos 61% dos casos acima do percentil 50 e apenas 14,5% abaixo do percentil 25, gráfico 1.

As crianças que ultrapassam o percentil 95 da relação peso altura são distribuídas sobre os gráficos 2 e 3, rapazes e raparigas respectivamente, e aí se estuda a evolução do percentil desta relação, ao longo da sua permanência no grupo em estudo. A estes se poderiam designar como casos de obesidade e de peso excessivo em relação à altura. É patente a sua tendência a aproximar-se e a entrar nos limites normais e desejáveis desta relação, todas as curvas se comportando como curvas de normalização, e apenas em um caso, do sexo feminino, se verificando uma permanente curva de fuga.

GRÁFICO 1
Estudo comparativo dos percentis de peso atingido

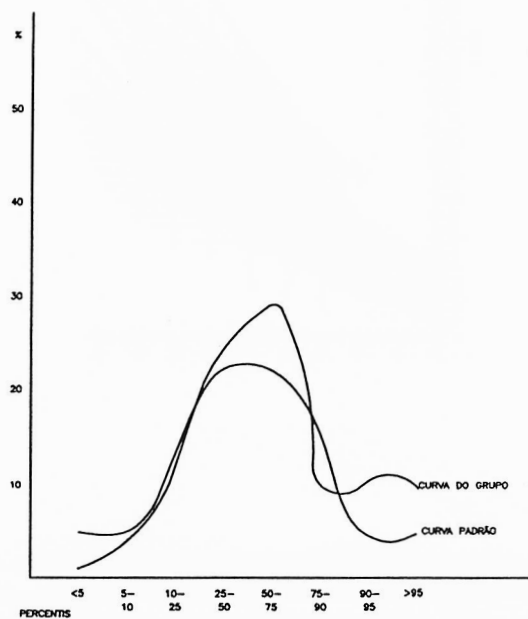


GRÁFICO 2
Percentis da relação peso / altura com traçado das curvas evolutivas

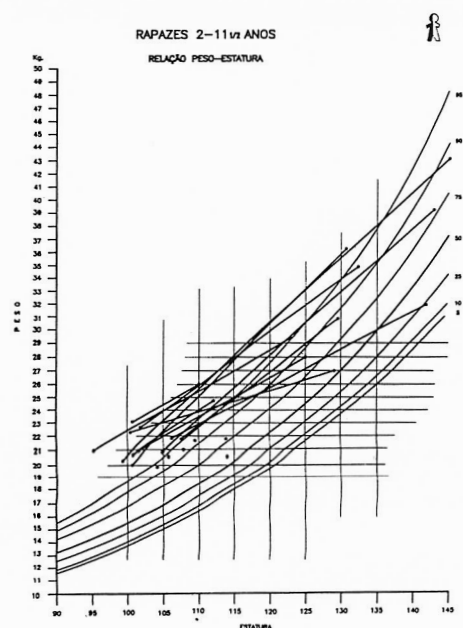
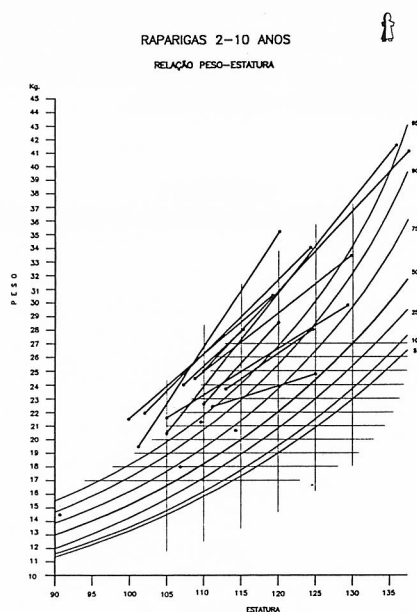


GRÁFICO 3

Percentis da relação peso / altura com traçado das curvas evolutivas



Os temas relacionados com a alimentação infantil são muitas vezes evitados de um certo fundamentalismo ⁽⁴⁾, e não podem ser de outro modo considerados alguns artigos, publicados em revistas de grande responsabilidade, levantando questões e hipóteses, normalmente abonatórias da alimentação natural, que outros autores e os leitores nas suas cartas das mais variadas origens, vem rapidamente desmistificar ⁽⁵⁾, ⁽⁶⁾ e ⁽⁷⁾.

Conclusões

Julgo poder afirmar-se que a alimentação preconizada e que durante muitos anos vem sendo utilizada pelo autor, não apresenta nenhum dos inconvenientes que lhe são apontados, nomeadamente ao nível das incidências de patologia estudadas.

Poderemos concluir tratar-se de um grupo de crianças (356) que durante o tempo de observação se desenvolveu segundo altos padrões de crescimento.

Ao leitor competirá opinar sobre os resultados obtidos com o alimentação preconizada, e sobre a justeza ou não, das objecções que se lhe põe.

Agradecimento

À Sra. desenhadora Maria Júlia Viana Machado pela realização das artes finais de quadros e gráficos.

BIBLIOGRAFIA

1. Nichols B.L. Diet of the normal infant. in: Behram and Kliegman, Nelson Essential of Pediatrics. W.B. Saunders, 1990, 59-70.
2. ESPGAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition. *Acta Paediatr Scand*, suplement 287, 1981.
3. Martinez, O.F. Asthma and wheezing in the first six years of life. *New Eng J Med*, 1995. 332; 133-8.
4. Abecassis, Manuel. Dar de mamar (não) é evidentemente o melhor. *Revista Port Pediatr* 1992, 28; 255.
5. Pabst H. Effect of breast-feeding on antibody response to Conjugate vaccine. *Lancet* 1990. 336; 269-70.
6. Lucas et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992. 339; 261.
7. Tamir M. Ellis. Early infant diets and insulin dependent diabetes. *Lancet* 1996. 347; 1464-5.

Correspondência: Dr. Manuel Abecassis
Av. João Crisóstomo, 32 - 2.º Dto.
1000 LISBOA