

2. Sakles JC, Laurin EG, Rantapaa AA, Panacek EA. Airway management in the emergency department: a one year study of 610 tracheal intubations. *Ann Emerg Med.* 1998;31:325-32.
3. Konrad C, Schupfer G, Wietlisbach M, Gerber H. Learning manual skills in anesthesiology: is there recommended number of cases for anesthetic procedures? *Anesth Analg.* 1998;86: 635-9.
4. Gnauck K, Lungo JB, Peter J, Nakanishi A. Emergency intubation of the pediatric medical patient: use of anesthetic agents in the emergency. *Ann Emerg Med.* 1994;23:1242-7.
5. McAllister JD, Gnauck KA. Rapid sequence intubation of pediatric patient. *Pediatr Clin North Am.* 1999;46:1249-84.
6. Blanda M. Emergency airway management. *Emerg Med Clin North Am.* 2003;21:1-26.
7. Marvez-Valls E, Houry D, Ernst AA, Weiss SJ, Killeen J. Protocol for rapid sequence intubation in pediatric patients: a four-year study. *Med Sci Monit.* 2002;8:CR229-34.
8. Kramer DC, Grass G. Challenges facing the anesthesiologist in the emergency department. *Cur Opin Anaesthesiol.* 2003;16:409-16.
9. Sagarin MJ, Chiang V, Sakles JC, Barton ED, Wolfe RE, Vissers RJ, et al. Rapid sequence intubation for pediatric emergency airway management. *Pediatr Emerg Care.* 2002;18:417-23.
10. Walls RM. Rapid-sequence intubation in head trauma. *Ann Emerg Med.* 1993;22:1008-13
11. Sing RF, Rotondo MF, Zonies DH, Schwab CW, Kauder DR, Ross SE, et al. Rapid sequence induction for intubation by an aeromedical transport team: a critical analysis. *Am J Emerg Med.* 1998;16:598-602.
12. Marvez E, Weiss SJ, Houry DE, Ernst AA. Predicting adverse outcomes in a diagnosis-Based Protocol System for Rapid Sequence Intubation. *Am J Emerg Med.* 2003;21:23-9.
13. Bonow FP, Piva JP, Garcia PC, Eckert GU. Avaliação do procedimento de intubação traqueal em unidades de referência de terapia intensiva pediátricas e neonatais. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80:355-62.
14. Amantéa SL, Piva JP, Zanella MI, Bruno F, Garcia PCR. Acesso rápido à via aérea. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79 Supl 2:S127-38.

A participação do nutrólogo na escolha de dietas especiais

The nutrition specialist's role in choosing special diets

Ary Lopes Cardoso*

Sempre que houver indicação de se utilizar dieta de exclusão na prática pediátrica, impõe-se uma postura médica responsável. O estudo de Medeiros et al.¹, publicado neste Jornal, merece a atenção dos leitores, pois consegue demonstrar como isso pode e deve ser equacionado.

Um sem-número de riscos nutricionais, conseqüentes à deficiência de macro- e micronutrientes, pode surgir com a adoção de dietas de exclusão de alimentos. Diversos autores²⁻⁵ destacam uma série de agravos a médio e longo prazos, sendo que o maior destaque, nos menores de 2 anos, consiste na dieta em que o leite de vaca é excluído.

Medeiros et al. demonstram o comprometimento nutricional das crianças estudadas, através de dados antropométricos e do detalhamento da ingestão de macro- e micronutrientes, especialmente do cálcio. Independentemente dos resultados, o grande mérito do trabalho é a valorização do envolvimento multidisciplinar. A participação do médico em conjunto com o nutricionista e a avaliação social são fundamentais para orientar a dieta que é mais adequada para substituir alimentos excluídos.

O não-cumprimento da prescrição médica tornou-se fato corriqueiro para o pediatra brasileiro. Isso é mais notório no que diz respeito a dietas de exclusão. Surge o risco nutricional⁶, que se torna grave na medida em que não é detectado⁷ ou, quando detectado, não é corrigido. Alguns

exemplos de situações de risco^{8,9} e, eventualmente, de gravidade imediata¹⁰ em que a dieta de exclusão se impõe foram descritos e discutidos à luz do aspecto nutricional em trabalhos anteriormente publicados neste Jornal.

Infelizmente, a realidade social, cultural e econômica são os principais fatores determinantes da baixa aderência à prescrição de dietas de exclusão. Comumente isso acaba se traduzindo por preparo inadequado da dieta, com ingestão insuficiente (ou excessiva) de nutrientes, manutenção do processo alérgico e/ou inflamatório por transgressões da dieta prescrita, alergenicidade causada por alimentos substitutos e diferentes graus de má-absorção, tanto de macro- como de micronutrientes, entre outros.

A participação do nutrólogo se impõe na discussão e no planejamento dos atendimentos em que a dieta de exclusão é aventada. Entre outros motivos, destacam-se sua capacidade de avaliar as necessidades nutricionais através dos dados antropométricos e de outros métodos de avaliação corpórea, de interpretar o inquérito alimentar elaborado em conjunto com o nutricionista, e o conhecimento das características dos novos ingredientes que compõem as fórmulas e dietas completas, num mercado que é abastecido de novidades periodicamente, em progressão geométrica^{11,12}.

—————
**Veja artigo relacionado
na página 363**
—————

* Doutor. Médico assistente; Responsável pela Unidade de Nutrologia, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

Como citar este editorial: Cardoso AL. A participação do nutrólogo na escolha de dietas especiais. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80:343-4.

Referências

1. Medeiros LCS, Speridião PGL, Sdepanian VL, Fagundes-Neto U, Morais MB. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:363-70.
2. Henriksen C, Eggesbo M, Halvorsen R, Botten G. Nutrient intake among two-year-old children on cow's milk-restricted diets. *Acta Paediatr*. 2000;89:272-8.
3. Arvola T, Holmberg-Marttila D. Benefits and risks of elimination diets. *Ann Med*. 1999;31:293-8.
4. Mofidi S. Nutritional management of pediatric food hypersensitivity. *Pediatrics*. 2003;111:1645-53.
5. Christie L, Hine RJ, Parker JG, Burks W. Food allergies in children affect nutrient intake and growth. *J Am Diet Assoc*. 2002;102:1648-51.
6. Palma D. Avaliação da condição nutricional. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:125.
7. Mello ED. O que significa a avaliação do estado nutricional. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:357-8.
8. Hamamoto LA, Cardoso AL, Marques HS, Gomes C. Balanço de energia em lactentes filhos de mães soropositivas para o HIV. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76:119-24.
9. Alves GMS, Morais MB, Fagundes-Neto U. Estado nutricional e teste do hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:113-9.
10. Machado RS, Kawakami E, Goshima S, Patricio FR, Fagundes-Neto U. Gastrite hemorrágica por alergia ao leite de vaca: relato de dois casos. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:363-8.
11. Walker-Smith J, Murch S. Gastrointestinal food allergy. In: John A Walker-Smith, editor. *Diseases of the Small Intestine in Childhood*. 4th ed. ISIS - Medical Media; 1999. p. 205-234.
12. Boehm G, Fanaro S, Jelinek J, Stahl B. Prebiotic concept for infant nutrition. *Acta Paediatr Suppl*. 2003;91:64-7.

Fibrose cística no Brasil: o resgate (ou a hora e a vez) do pediatra

Cystic fibrosis in Brazil: the pediatrician's turn

Paulo A. M. Camargos*

Lições (campineiras) aprendidas: avanços inegáveis, desafios múltiplos e complexos. Múltiplos também são os ensinamentos do grupo de Campinas no artigo publicado neste fascículo do *Jornal de Pediatria*; brindam-nos com um relato abrangente, competente e provocativo de sua casuística de 104 pacientes com fibrose cística¹ – provavelmente o mais rico da literatura especializada latino-americana.

Por tudo isso, são igualmente múltiplos os aspectos a serem analisados. Tarefa agradável e, de certa forma, ingrata, pois o espaço de um editorial é, pela sua natureza, limitado. Limitação não conjuga com multiplicidade e, por isso, nos obriga a pinçar aspectos a serem analisados, visando ao pediatra geral e àqueles que atuam nas subespecialidades afins (pneumologia, gastroenterologia, nutrição e outras) – esses também pediatras, antes de tudo. Premidos pelo espaço, escolhemos, intencionalmente, dois

aspectos: sobrevida e idade à época do diagnóstico, já que ambos refletem a (des)assistência que os pacientes vêm recebendo e que não é exclusiva daquele conceituado centro de referência.

Na sobrevida, avanços. Serviços brasileiros participaram de dois estudos colaborativos^{2,3}, que compreenderam os períodos 1979-1989 e 1960-1989, nos quais foram admitidos 743 e 1.827 pacientes, de quatro e 10 países latino-americanos, respectivamente. A média de idade ao óbito fora

de apenas 6-7 anos. Centros brasileiros integraram ambos os estudos, e neles, a média de idade dos pacientes que ainda estavam em seguimento no primeiro período (1979-1989) fora de apenas 6,4 anos². Período anterior e posterior a este último foi incorporado em outro estudo brasileiro – cujo centro participou dos dois estudos previamente citados –, tendo sido verificado que, para o período 1970-1994, a sobrevida média havia saltado para 12,6 anos⁴. A agradável surpresa nos é revelada pela coorte campineira: na década 1990-2000, a mediana de sobrevida ganha novo patamar, atingindo, desta feita, 18,4 anos de idade após o diagnóstico¹, estimativa que equivale àquela observada nos Estados Unidos nos anos 80. Como muito bem revelam os autores, a expectativa de vida nesta enfermidade nos países industrializados situa-se, atualmente, por volta de 31,6 anos¹. Então seria

**Veja artigo relacionado
na página 371**

* Professor titular, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Chefe da Unidade de Pneumologia Pediátrica, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Como citar este editorial: Camargos PAM. Fibrose cística no Brasil: o resgate (ou a hora e a vez) do pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:344-6.