

por não serem amamentados por tempo prolongado e segundo, por permanecerem em situação de alto risco para o desenvolvimento de deficiência de ferro sem serem alvos de esquema preventivo alternativo.

Esses lactentes desmamados podem se beneficiar da suplementação individual de ferro, conforme mencionado acima. Aliás, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda, desde 1995, suplementação com ferro a partir do quarto ou sexto mês de vida, independentemente do tipo de leite que o lactente venha recebendo.

Uma alternativa adicional para esses lactentes desmamados é a utilização de uma fórmula para lactente fortificada com ferro. Estudos clássicos, realizados na Europa e no Chile, mostram que o estado nutricional em ferro de lactentes no final do primeiro ano de vida é melhor naqueles que receberam fórmula ou leite fortificados com ferro do que aqueles alimentados previamente com leite humano ou com leite de vaca ou fórmula não fortificados com ferro. A Organização Mundial da Saúde reconhece que a utilização de leite de vaca ou fórmula fortificada com sulfato ferroso é uma alternativa adequada, além de considerar como opções a fortificação de outros alimentos, como a farinha de trigo, milho e arroz, já experimentados em alguns países, mas que podem ter impacto satisfatório em grupos etários de maior idade, não em lactentes.

Para finalizar, deve ser ressaltado que a silenciosa deficiência de ferro, nas suas fases pré-anêmica e anêmica, pode provocar déficit intelectual, talvez irreversível, indicando que a suplementação de ferro, ou o emprego de fórmula fortificada com ferro para lactentes, deve ser priorizada enquanto não se identificam medidas preventivas mais adequadas.

Deve ser lembrado, ainda, que a prevalência de anemia por deficiência de ferro em lactentes está aumentando desde a década de 1970<sup>6</sup>, sendo, no presente, a principal carência nutricional em saúde pública. A decisão de publicar uma revisão<sup>1</sup> sobre tema de tal relevância mostra o esforço que o *Jornal de Pediatria* tem feito para melhorar e atualizar o conhecimento do pediatra, figura central no combate da anemia ferropriva em lactentes. Assim, esperamos que nossas considerações contribuam nessa mesma direção.

#### Referências

1. Oliveira MAA, Osorio MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *J Pediatr* (Rio J). 2005;81:361-7.
2. Neves MBP, Silva EMK, Morais MB. Prevalência e fatores associados à deficiência de ferro em lactentes atendidos em um centro de saúde-escola em Belém, Pará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1911-8.
3. Morais MB, Sdepanian VL. Sinais clínicos de anemia no diagnóstico de anemia: uma ação tardia e ineficiente no combate à deficiência de ferro. *Rev Saude Publica*. 2004;38:329-30.
4. Fernandes S, Morais MB, Amancio OMS. Perda de sangue oculto nas fezes como fator agravante da deficiência de ferro em lactentes. *Anais do Congresso Brasileiro de Gastroenterologia Pediátrica*; 2004; Salvador.
5. Ribeiro P, Sigulem DM, Morais TB. Determinação laboratorial de macronutrientes, ferro e sódio em diferentes tipos de refeições de sal preparadas no domicílio, destinadas a crianças menores de 18 meses - resultados preliminares [Resumo]. *Rev Paul Pediatr*. 2004;22:49.
6. Sigulem DM, Tudisco ES, Goldenberg P, Athaide MM, Vaisman E. Anemia ferropriva em crianças do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 1978;12:168-78.

doi:10.2223/JPED.1467

#### Mauro Batista de Morais

Professor adjunto, Livre-docente da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP. Coordenador, Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP. E-mail: mbmorais@osite.com.br

#### Dirce Maria Sigulem

Coordenadora, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, SP. Professora titular, Faculdade da Medicina, UNISA, Santo Amaro, SP. E-mail: dmsigulem@uol.com.br

---

## Resposta dos autores

---

Prezado Editor,

Em resposta à carta enviada ao editor pelos leitores Mauro Batista de Morais e Dirce Maria Sigulem, a respeito do nosso artigo de revisão intitulado "Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância", publicado neste periódico, gostaríamos de tecer alguns comentários sobre as principais críticas realizadas.

Em momento algum contrariamos a idéia de que a fórmula para lactente enriquecida com ferro, como complemento ou substituto do leite materno, associa-se com menor probabilidade de desenvolvimento da anemia ferropriva, tanto que no item sobre biodisponibilidade de ferro no leite de vaca citamos três referências sobre o assunto<sup>1-3</sup>. Nas considerações finais, recomendamos a fortificação de alimentos infantis com ferro. Nesse caso, entende-se que as fórmulas para lactentes também estejam incluídas. Entretanto, salienta-se que, para a população brasileira, na qual grande parcela das crianças se encontra anêmica (como exemplo: prevalência de anemia de 40,9% em crianças menores de 5 anos e de 67,3% em menores de 1 ano, no estado de Pernambuco<sup>4</sup>) e sobrevivendo em precárias condições socioeconômicas, as fórmulas lácteas são alimentos de difícil acesso e, por conseguinte, não nos permite destacá-las como viáveis na prevenção da anemia ferropriva em nossa população infantil.

Reconhecemos a dificuldade para suprir os requerimentos de ferro das crianças menores de 2 anos de idade com a alimentação complementar<sup>5,6</sup>. Porém, o estímulo à prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e sua continuidade até os 24 meses, juntamente com a oferta de uma dieta complementar rica em ferro e facilitadores da sua absorção é recomendável pelos organismos internacionais que se preocupam com a saúde e alimentação infantil<sup>5</sup>. No Brasil, entre as ações voltadas para a prevenção e controle da anemia, o Ministério da Saúde estabeleceu a fortificação obrigatória de farinhas de trigo e milho com ferro (Resolução RDC nº 344 - DOU - 13/12/02) e criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Portaria nº 730 - DOU - 13/05/05). Este último vem sendo implementado em alguns municípios, com a distribuição de sulfato ferroso na dose semanal de 25 mg de ferro elementar para as crianças entre 6 e 18 meses<sup>7</sup>.

Gostaríamos, ainda, de enfatizar a necessidade por parte dos profissionais, especialmente daqueles que trabalham na atenção básica, de um maior cuidado em relação à alimentação e aos fatores que predisõem a anemia, para que, dessa maneira, possam realizar adequadamente ações de prevenção e assistência à saúde e nutrição das crianças.

Considerando que o *Jornal de Pediatria* é uma revista de grande importância na atualização não apenas dos pediatras, mas de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da criança, agradecemos a contribuição dos leitores supracitados, bem como a oportunidade que nos foi dada por esta conceituada revista em ampliar a discussão do nosso trabalho.

### Referências

1. De Angelis RC, Ctenas MLB. Biodisponibilidade de ferro na alimentação infantil. *Temas de Pediatria*. 1993;52.
2. Ziegler EE, Fomon SJ. Strategies for the prevention of iron deficiency: iron infant formulas and baby foods. *Nutr Rev*. 1996;54:348-54.
3. Cowin AE, Emond A, Emmett P. Association between composition of the diet and hemoglobin and ferritin levels in 18-month-old children. *Eur J Clin Nutr*. 2001;55:278-86.
4. Osório MM, Lira PIC, Batista-Filho M, Ashworth A. Prevalence of anemia in children 6-59 months old in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10:101-7.
5. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries. A review of current scientific knowledge. Geneva: WHO/NUT; 1998.
6. Giugliani ER, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(Suppl 3):S253-62.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. [http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/manual\\_ferro.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/manual_ferro.pdf). Acesso: 14/03/06.

doi:10.2223/JPED.1468

### Maria A. A. Oliveira

Doutora, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Professora adjunta, Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL.

### Mônica M. Osório

Doutora, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Professora adjunta, Departamento de Nutrição, UFPE, Recife, PE.

---

## Bronquiolite e rinovírus

---

Prezado Editor,

Foi com satisfação que li o artigo "Bronquiolite aguda por rinovírus (RV) em lactentes jovens", de Pitrez et al.<sup>1</sup>. O artigo aborda tema relevante e reforça a necessidade de uma maior e melhor avaliação das doenças respiratórias virais na infância, principalmente com o surgimento de novos vírus e a

possível maior importância de outros, como trata o artigo. Esses estudos etiológicos ganham importância maior por serem as infecções respiratórias a maior causa de hospitalização no primeiro ano de vida<sup>2</sup>. Além disso, existem relatos de novos vírus, como o metapneumovírus, também relacionados com a bronquiolite<sup>3</sup>.

Em relação aos resultados, gostaríamos de fazer algumas observações: a primeira refere-se ao não achado de nenhum caso de vírus parainfluenza na amostra estudada. Outros dados de avaliação na Santa Casa de São Paulo e na Faculdade de Medicina de Jundiaí mostraram, em amostras colhidas de 400 crianças no ano de 2005, uma positividade de 30% para achado de vírus respiratório, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) o mais freqüente, e o vírus parainfluenza tipo 3 o segundo agente etiológico de infecção respiratória viral. Achado semelhante foi observado em dados de investigação em hospital sentinela para infecções respiratórias agudas da Secretaria da Saúde de São Paulo<sup>4,5</sup>.

Outra observação importante é sobre a ocorrência do RV como agente etiológico isolado da bronquiolite. Avaliando a Tabela 2 do artigo, observamos que 33 das 35 amostras apresentavam isolamento de VSR, e seis para RV. Portanto, apenas dois casos não apresentaram VSR. Não está claro no artigo qual o vírus isolado nesses dois casos em que o VSR estava ausente.

Na discussão, os autores observam o fato de que não há evidências suficientes nos resultados do estudo em relação ao RV ser agente etiológico da bronquiolite, o que é uma afirmação correta, pois o RV ocorreu associado sempre ou quase sempre com o VSR. Não fica claro se a presença do RV foi um fator agravante do quadro ou se influenciou no prognóstico.

Na minha opinião, o RV foi um apenas um achado. É importante a opinião dos autores em relação a esse fato para nortear as futuras pesquisas de vírus respiratório em nosso meio.

### Referências

1. Pitrez PM, Stein R, Stuermer L, Macedo IS, Schmitt VM, Jones MH, et al. Bronquiolite aguda por rinovírus em lactentes jovens. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:417-20.
2. Shann F, Woolcock A, Black R, Cripps A, Foy H, Harris M, et al. Acute respiratory tract infections: the forgotten pandemic. *Clin Infect Dis*. 1999;28:189-91.
3. Williams JV. The clinical presentation and outcomes of children infected with newly identified respiratory tract viruses. *Infect Dis Clin N Am*. 2005;19:569-84.
4. Souza MC, Matsumoto TK, Lima LR, Requejo H, Durigon E, Pechini R, et al. Preliminary molecular analysis of respiratory syncytial virus. In: São Paulo Abstracts of XVI National Meeting of Virology; 2005 Nov 22-25; Salvador, Brasil. [abstract 404]. *Virus Rev Res*. 2005;10(1 Suppl):S193.
5. Silva Ramos S. Vigilância da influenza no município de São Paulo - 2005. [www.grog.saude.sp.gov.br](http://www.grog.saude.sp.gov.br). Acesso: 12/12/2005.

doi:10.2223/JPED.1469

### Eitan Naaman Berezin

Professor adjunto, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP. Chefe, Setor de Infectologia Pediátrica, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.  
E-mail: berezin@terra.com.br