

Como a Dieta e os Hábitos Alimentares Têm Impacto na Saúde do Ouvido, Nariz e Garganta das Crianças

Julie L. Wei e Luiz Bellízia Neto

Introdução

Luiz Bellízia Neto

Há muitos anos, no consultório, sou indagado por pais e avó sobre a suspensão do leite de vaca com o objetivo de melhorar os sintomas respiratórios dos filhos, como tosse crônica e produção de secreções, e sempre dava como resposta que se não houvesse alergia detectada pelo RAST ou teste cutâneo, a suspensão do leite não se justificaria.

A Dra. Wei nos apresenta uma interessante discussão sobre a provável relação entre a dieta e hábitos alimentares das crianças (leite e alimentos açucarados após o jantar) com certas manifestações respiratórias como rinorréia, crupe e tosse crônica.

Discute aspectos fisiopatológicos da interrelação entre dieta, aparelho digestivo e respiratório e ao final nos apresenta uma abordagem dietética que pode, muitas vezes, evitar tratamentos medicamentosos ineficazes, instrumentalizando-nos a utilizar uma simples intervenção na dieta que, em alguns casos, poderá melhorar a sintomatologia respiratória e a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Sumário

Julie Wei

Sou grata a Tania Sih pela oportunidade de compartilhar com vocês a epifania da minha carreira de como a dieta e hábitos alimentares em crianças norte-americanas muitas vezes levam a sintomas otorrinolaringológicos que resultam em diagnósticos errados e excesso de medicação. O que estão prestes a ler não é derivado nem de ensaios clínicos randomizados, nem de diretrizes da prática clínica, mas sim da experiência de uma otorrinolaringologista pediátrica na sua prática clínica e de resultados de investigação que sustentam minhas observações e conclusões. Tenho um livro publicado "Uma Wei Mais Saudável" (do inglês *A Healthier Wei*) que explica porque os medicamentos, e até mesmo a cirurgia, não são a solução para os sintomas causados pela fisiologia natural que afetam os sistemas aerodigestivo. Neste livro compartilho muitas histórias e exemplos de pacientes reais do que inventei ser "A Doença do Leite e Biscoitos" e como eles foram "curados" de seus problemas após a modificação de sua dieta e hábitos alimentares. Para mais informações por favor visite o meu site www.ahealthierwei.com. Se este capítulo levantar mais perguntas do que respostas então os meus objetivos foram alcançados.

"Algumas observações e muito raciocínio levam ao erro, muitas observações e um pouco de raciocínio para a verdade" Alexis Carrel

Introdução

Como otorrinolaringologista pediátrica passei uma década descobrindo e tratando dos distúrbios dos ouvidos, nariz e garganta em crianças saudáveis e também, naquelas com condições médicas complexas, a maioria das quais congênita. O que eu não estava preparada foi para a jornada ao explorar por que tantas crianças saudáveis sofrem de congestão nasal crônica, tosse, dores de garganta, e/ou a laringite recorrente, e que não respondem aos vários medicamentos frequentemente prescritos nos EUA. Em 2010 ao redor de 263,6 milhões de receitas foram prescritas para a população pediátrica, 7% menor do que em 2002¹. Um estudo recente de Chai *et al* observou que no período de 2002-2010 houve uma diminuição geral na prescrição de antibióticos, medicamentos para alergia, dor, analgésicos, anti-depressivos e tosse/resfriados, mas ocorreu um aumento na prescrição de fármacos para distúrbio de atenção/hiperatividade, asma e contraceptivos¹. O uso indevido (*off label*) de lansoprazol foi altamente frequente com 358 mil prescrições dispensadas em 2010 para crianças com menos de 1 ano de idade!¹ Estes sintomas são, na maioria das vezes, atribuídos a atopia ou sintomas de alergias sistêmicas, mesmo sem o teste de alergia positivo (RAST do inglês *radioallergosorbent test*) ou teste cutâneo. Particularmente preocupante é a frequência com que crianças em idade pré-escolar têm receitas de medicamentos para alergia, de uso diário, tais como anti-histamínicos sistêmicos e *spray* de esteróides nasais para rinite, congestão nasal, e/ou tosse. Encontrei milhares dessas crianças que vieram às consultas com suas famílias e fiquei impressionada com o número de pais que relatam que os sintomas de seu filho não desaparecem na totalidade ou na maior parte, apesar do uso de tais fármacos. Além disso, embora a tosse em crianças possa representar uma tosse-variante da asma, tenho observado que para muitos pré-escolares são prescritos corticóides inalatórios isoladamente ou em combinação com medicamentos broncodilatadores de longa ação. Há também uma grande variedade de fármacos prescritos, tais como estabilizadores de mastócitos, anti-leucotrienos e imunomoduladores. Como mãe de uma criança tornei-me muito auto-crítica ao prescrever qualquer medicação para sintomas otorrinolaringológicos, especialmente quando não havia nenhuma "evidência" que a criança tinha um problema clínico real que podia estar causando os sintomas. Nós, médicos, somos capazes de fazer alguns diagnósticos com segurança e facilidade com base em exames, como otite média aguda e otite média crônica com efusão. No caso da tonsilite estreptocócica, um esfregaço simples da tonsila palatina (amígdalas) para um teste rápido para pesquisa do estreptococo e/ou cultura pode confirmar a infecção aguda que merece tratamento. No entanto, outras doenças comuns, tais como reclamações de pais de crianças com nariz escorrendo persistentemente, congestão nasal e tosse intermitente ou crônica, muitas vezes têm etiologia obscura ou podem ser devidas a vários fatores. Crianças pequenas e em idade pré-escolar são propensas a experimentarem entre 7-10 doenças do trato respiratório superior a cada ano, e como tal, os sintomas mais comuns provavelmente incluem coriza, congestão nasal e tosse². Culturalmente ainda há o equívoco no qual, se a rinite for "amarela" ou "verde", reflete uma infecção bacteriana que requer tratamento com antibióticos

sistêmicos. Apesar do conhecimento científico atual que a cor verde do muco não significa uma sinusite bacteriana, mas é simplesmente devido às ações da enzima mieloperoxidase de neutrófilos atacando microorganismos e, provavelmente, parte do processo viral, o uso excessivo de antibióticos sistêmicos continua a ser um padrão influenciado tanto pelas expectativas do público, bem como pelo fato de que a prática da medicina normalmente tem como base evidências de pesquisas com uma defasagem de 10 anos³.

A tosse é um sintoma comum, um reflexo fisiológico complexo que pode refletir uma série de etiologias, como hábito, infecção aguda ou crônica das vias respiratórias, ou devido a doença inflamatória crônica das cavidades sinusais, através do reflexo sinopulmonar⁴. Tossir, sem dúvida, é perturbador às famílias das crianças que a têm, e reduz a qualidade de vida, pois pode interferir com o sono e o funcionamento diário. Embora esteja fora do escopo e intenção deste capítulo descrever a neurofisiologia da tosse, bem como detalhes da modulação do sistema parassimpático da congestão nasal e coriza, a autora visa compartilhar observações clínicas consistentes sobre como a dieta e hábitos alimentares das crianças nos EUA estão relacionadas com estes sintomas pediátricos comuns. Dietas que incluem o consumo pesado de laticínios e açúcar, bem como o hábito de comer tarde da noite, podem ter sido completamente ignoradas como causas potenciais de sintomas nasais crônicos e até tosse. A observação da relação entre dieta e hábitos alimentares para a saúde do ouvido, nariz e garganta das crianças tem sustentação no exame minucioso da fisiologia dos sistemas digestivos.

Dieta e hábitos alimentares nas crianças

Como uma imigrante de Taiwan para os Estados Unidos aos 10 anos, tenho lembranças muito claras e distintas sobre a comida, a cultura e hábitos alimentares da minha infância. As idéias mais incríveis que obtive em relação à complexidade da alimentação e comportamento alimentar, que resulta no modo como os nossos filhos comem, só foram possíveis depois que me tornei mãe. Por mais de 5 anos pedi aos pais dos meus pacientes, em TODAS as consultas, relatarem quais eram os hábitos alimentares e de bebidas de seus filhos, inclusive o que e quando. Uma estimativa humilde das informações obtidas de mais de 20.000 famílias de pacientes ensinou-me que, facilmente, mais de 50% de crianças norte-americanas saudáveis até a idade pré-escolar têm o hábito de tomar leite na hora de dormir e de fazerem lanches também no mesmo horário. Depois de me tornar mãe dei-me conta do desenvolvimento natural de tal hábito. Desde o nascimento, e por toda a infância, os bebês são amamentados ou utilizaram fórmula de leites na mamadeira, sendo que a sequência natural desta alimentação, seguida de sono, torna-se uma rotina esperada durante todo o dia e noite. Durante o segundo ano de vida do bebê, agora em transição para a mesa e também para o leite de vaca comercial, muitas famílias continuam a dar uma alimentação com leite antes do deitar. Embora a criança não apresente muita “regurgitação” clínica, como fazia durante os primeiros anos, em parte devido ao aumento da distância entre o esfíncter esofágico superior e inferior, elas estão certamente em risco para o refluxo fisiológico se houver conteúdo não digerido no estômago, o que será discutido em detalhes mais adiante. O que parece ser um hábito natural e benigno é ainda

perpetuado assim que a criança desenvolve linguagem e capacidade de expressar o desejo de se alimentar ou beber, sendo capaz de protestar, caso tais exigências não forem atendidas. O que mais me intriga é o meu próprio senso de valor como mãe, com base em quanto minha filha come ou o quão bem eu acho que ela come, ou seja, se ela recusar alimentos ou não comer muito, de alguma forma "falhei" como mãe. Aprendi que os alimentos mais comuns e preferidos pelas crianças americanas envolvem laticínios, açúcar e hidratos de carbono, e que a constipação é uma experiência muito comum em crianças cuja dieta contém principalmente todos os itens acima, de uma forma ou de outra. Observei que estas são as crianças que também sofrem de congestão ou obstrução nasal crônica. A constipação pode levar à distensão do colon e ativar uma parada gastrocólica (*break cologastric*), que, em seguida, aumenta ainda mais o tempo do esvaziamento gástrico ⁵. Um estudo mostrou que a maioria das crianças com dispepsia acometidas por constipação funcional associada ao esvaziamento gástrico retardado, cuja normalização dos hábitos intestinais é feita pelo uso de laxantes osmóticos, teve uma diminuição significativa no tempo total do esvaziamento gástrico 3 meses após o tratamento ⁵. O tempo prolongado do esvaziamento gástrico resulta no aumento do risco de refluxo fisiológico, especialmente quando a criança está deitada em decúbito dorsal.

Os hábitos são exatamente assim, são desenvolvidos, muitas vezes, sem intenção e de forma inconsciente. Os comportamentos alimentares das crianças são incrivelmente complexos e influenciados pela cultura, preferências pessoais, disponibilidade de tempo e recursos, nível de escolaridade e acesso a comida, só para citar alguns fatores. Eles têm sido um desafio para os profissionais da saúde, uma vez que também são influenciados não só pelo alimentador, mas também pelo modo como a criança reage e se comporta quando recebe comidas e bebidas que gosta e que não gosta. Ao longo dos anos, fiquei impressionada com o número de crianças norte-americanas cujas famílias dizem-me que elas "apenas" comem macarrão e queijo (massa processada fervida, e com a adição de leite, manteiga e queijo ralado), cachorros quentes e *nuggets* de frango. Percebi que os pais que expressam isso comigo ficam frustrados quando perguntados sobre a dieta de seu filho ao reconhecerem que ela não é saudável. No entanto, o sentimento é de desesperança até que tenhamos uma conversa honesta na qual ressalto que as crianças não nascem apenas para comer esses itens nem são geneticamente programadas para evitar frutas e vegetais frescos. Outra observação é que, quando pergunto quanto leite seu filho consome, os pais muitas vezes declararam com muito orgulho: "isso é tudo o que ele/ela bebe", às vezes com declarações como "consumimos mais de 7,5 litros de leite por semana! O Departamento de Agricultura dos EUA há muito subsidia a agricultura, incluindo produtos lácteos, o que levou a décadas de intensa publicidade, bem como a criação de um mercado para os produtos lácteos fabricados a partir de excesso da produção de leite ⁶. Raramente encontro pais que limitam o consumo de leite e produtos lácteos, pois décadas de publicidade intensa usando celebridades e os "bigodes brancos" têm convencido os pais de que os laticínios são "bons para você". Não é de estranhar que os pais apoiem ou realçam o hábito de seu filho para consumir laticínios

em excesso. Mesmo quando os pais me falam que seu filho bebe muito pouco leite, depois do detalhamento da ingestão alimentar, geralmente descubro que a criança consome uma dieta cheia de laticínios e açúcar ao longo do dia, na forma de iogurte, "palitos de queijo" (*cheese-sticks*), pizza, macarrão com queijo e/ou queijo de todas as formas. Como mãe tenho desenvolvido opiniões sistemáticas sobre o estado da saúde das crianças nos EUA, através da minha prática clínica, tendo aprendido a evitar a compra de quaisquer produtos não perecíveis que tenham a publicidade em desenhos animados ou filmes populares. O *The New York Times* publicou recentemente um trecho do novo livro de Michael Moss, "Sal Açúcar Gordura: Como os Gigantes da Indústria Alimentícia nos Pegaram" (*Salt Sugar Fat: How the Food Giants Hooked Us*), no qual descreve detalhes de uma reunião privada em 1999 por CEOs e presidentes de 11 das maiores empresas de alimentos americanas que fazem alimentos processados. A reunião foi para discutir a epidemia de obesidade dos EUA e estes alimentos criados com excesso de sal, açúcar e/ou gordura, que levam a comportamentos de consumo viciantes⁷. Apesar da consciência por parte da comunidade médica, bem como do público sobre o impacto direto que esses alimentos têm sobre a epidemia de obesidade, as famílias têm o desafio mais do que nunca de ajudar seu filho a desenvolver hábitos alimentares saudáveis desprovidos de produtos ricos em gordura e açúcar.

A primeira vez que uma criança recusa qualquer alimento que lhe é apresentado, apesar do encorajamento gentil e persistente, se for dada a alternativa e opções de alimentos preferidos, a criança vai logo perceber que tem a capacidade de decidir o que comer. É de se esperar que nas refeições subsequentes a criança expresse as mesmas preferências e aversões, e que muito em breve se desenvolva um padrão onde os responsáveis tendem a preparar refeições alternativas para a criança, assim como fazem para si mesmos. Nos EUA e talvez em outras nações industrializadas, onde os alimentos processados e pré-preparados são fáceis de fazer e aquecer, esta facilidade em preparar as refeições das crianças provavelmente contribui para logo se tornar um hábito diário. Quando converso com as famílias sobre a realidade da dieta do seu filho e seus hábitos alimentares, e ofereço informações que esta forma de alimentação pode ser a causa primária dos sintomas deles, bem como ofereço algumas informações e estratégias para planos alternativos de alimentação, percebo que a maioria dos pais fica muito interessada em melhorar a dieta e os hábitos alimentares dos seus filhos. As famílias, em última análise, querem ajudar seu filho a se livrar dos sintomas.

Refluxo Gastroesofágico (RGE) e Refluxo Laringofaríngeo (RLF)

Nós, como otorrinolaringologistas, entendemos e reconhecemos que tanto o RGE como o RLF podem afetar a saúde dos sistemas do ouvido, nariz e garganta. O que eu, como uma otorrinolaringologista pediátrica, pude avaliar, é que os bebês e as crianças muitas vezes experimentam a fisiologia do RGE e do LPR, mas felizmente não têm a "doença" de refluxo. Tanto o RGE como o RLF significam algo diferente quando um "D" (para a doença) é adicionado no início do termo. Mais especificamente, a DRGE em adultos pode ser diagnosticada quando uma biópsia através de endoscopia digestiva alta demonstra alterações histológicas consistentes com lesão da mucosa do esôfago. Crianças e adultos

podem ter sintomas de RGE (sem "D") de vez em quando, com frequência ou cronicamente. Em adultos, a cronicidade e a gravidade da RGE resultam em desenvolvimento da DRGE e até mesmo do esôfago de Barrett se for deixada sem tratamento e sem solução. O refluxo laringo-faríngeo (RLF), por outro lado, pode ser silencioso. Otorrinolaringologistas aceitam a premissa de que o RLF muitas vezes pode causar uma variedade de sintomas em pacientes adultos e pediátricos, incluindo dor de garganta, pigarro, tosse e sensação de *globus*.

Para reconhecer e compreender a relação entre RGE/RLF e sintomas otorrinolaringológicos, precisa-se primeiro lembrar a fisiologia natural do sistema digestivo e, em seguida, como ela afeta o sistema respiratório. Por outro lado, se reconhecermos que os bebês e as crianças saudáveis não são susceptíveis a desenvolver DRGE ou DRLF na infância, então temos de questionar a adequação da prescrição dos mesmos produtos farmacêuticos utilizados em adultos para o tratamento da doença do refluxo.

Milhões de bebês e crianças dos EUA tomaram medicamentos anti-refluxo, incluindo antagonista dos receptores H_2 da histamina e inibidores de bomba de prótons (IBP ou do inglês *proton pump inhibitor*), e continuam com esses mesmos medicamentos, apesar da falta de dados ou de provas que sustentem seu uso. Um estudo clínico multicêntrico, duplo-cego, controlado por placebo e randomizado, não detectou nenhuma diferença na eficácia entre lansoprazol e placebo para os sintomas atribuídos à DRGE em crianças com idade entre 1 e 12 meses ⁸. No entanto, nesta série, os eventos adversos graves (EAG), particularmente infecções do trato respiratório baixo, ocorreram com maior frequência com o lansoprazol do que com placebo ⁸. Stavouraki *et al* analisaram uma década de artigos publicados no idioma inglês, abordando o tema do RLF pediátrico e concluíram que existe evidência limitada para apoiar uma relação causal entre o refluxo e qualquer condição otorrinolaringológica ou até mesmo a eficácia do tratamento ⁹. Foi verificada falta de consenso em quatro áreas distintas, mas interdependentes: manifestações clínicas, testes diagnósticos, interpretação de resultados e tratamento, sugerindo que são necessários estudos prospectivos controlados de larga escala e estudos epidemiológicos para esclarecer estas questões. Não discordo que, para a comprovação da causalidade se faz necessária a evidência com base na abordagem e com riqueza de dados, porém a realidade da redução do financiamento para a pesquisa acadêmica, bem como a complexidade para se lidar com uma condição diagnosticada e tratada de forma diferente por várias sub-especialidades, torna improvável que dados e conclusões claras sejam obtidos tão cedo. Em vez de esperar por provas, talvez os médicos que têm a oportunidade de entrevistar, examinar e observar nossos pacientes pediátricos em seu estado flutuante de saúde, possam ser capazes de fazer algumas observações acuradas sobre a sua fisiologia e sintomas.

Uma queixa comum nos bebês e crianças em idade pré-escolar é a rinorréia persistente, às vezes purulenta, mas geralmente sem febre ou com evidências de doença aguda. A rinorréia abundante, muitas vezes, resulta na incapacidade de uma respiração nasal adequada, levando com maior facilidade a uma respiração bucal e ronco noturno, sugestivos de distúrbios respiratórios do sono. Outro

aspecto desafiador ao se lidar com a coriza ou alterações nasais com crianças muito jovens é que o ato de assoar o nariz e espirrar ainda não são dominados nessa idade. Os pais, muitas vezes, relatam que seu filho tem um resfriado "o tempo todo" independentemente da estação. O alarmante é que para a quase totalidade destas crianças já foram prescritos e, até aquele momento, estão tomando anti-histamínicos sistêmicos diários, esteróides nasais em *spray*, antagonista dos receptores dos leucotrienos, e/ou medicamentos inalatórios de nebulização para o tratamento da "asma", se a tosse estiver presente. O desafio para os bem-intencionados profissionais é que enquanto o teste radio-alergo-absorvente (RAST *radioallergosorbent test*) é capaz de detectar alergias como para alimentos e para pelos de animais desenvolvidas no início da vida, o teste para aeroalérgenos não é sensível ao RAST, sendo melhor o teste cutâneo após os 4 anos de idade. Além disso, o diagnóstico da rinosinusite aguda e crônica tem muitas vezes como base a percepção subjetiva de rinorréia "descolorida" e/ou congestão nasal, com ou sem tosse concomitante, resultando na utilização excessiva de antibióticos sistêmicos. Como uma otorrinolaringologista pediátrica, ao ver referências de "problemas de sinusite", sempre explico para os pais de crianças muito pequenas que, felizmente, elas podem não ter uma infecção da cavidade sinusal, de uma cavidade que ainda não tenha se desenvolvido na sua plenitude, devido à sua pouca idade.

A fisiologia da cavidade nasal e da mucosa é complexa. O nervo trigêmeo proporciona informações sensitivas da mucosa nasal, incluindo a percepção de toque, pressão e temperatura. O nervo maxilar é responsável pela vasoconstricção e vasodilatação dos vasos sanguíneos, através do sistema simpático e parassimpático, respectivamente. O sistema parassimpático regula as funções frequentemente descritas com a sigla SLUDD (salivação, lacrimação, micção, digestão e defecação proveniente do inglês - *salivation, lacrimation, urination, digestion, defecation*) e, como tal, regula as secreções de muco das glândulas nasais, a excitação sexual, salivação, lacrimação, micção, digestão e defecação.

Acredito que hábitos alimentares e má alimentação levam à coriza excessiva, através da ativação prematura do sistema nervoso parassimpático. Se uma criança vai para a cama com alimento não digerido ou outro líquido que não a água, a necessidade de digerir o conteúdo do estômago ativa o sistema parassimpático durante o sono, que por sua vez ativa também a vasodilatação e a secreção de muco da mucosa nasal. Tenho "curado" inúmeras crianças com ronco crônico e congestão nasal noturna, que não têm tonsilas palatinas (amígdalas) e adenóide hipertrofiadas, simplesmente por terem parado com o hábito de petiscar depois do jantar e antes de deitar, bem como de evitarem o leite. Os alimentos que contêm leite e açúcar também contribuem para baixar o pH e aumentar a acidez, o que aumenta ainda mais a probabilidade de um RGE fisiológico e até mesmo de um RLF. No meu livro "Uma Wei Mais saudável" (*A Healthier Wei*), convido os leitores a fazerem um teste, provocando engasgos ao escovar os seus dentes. Em poucos segundos de engasgos, ou possível vômito, pode-se facilmente apreciar a ativação do sistema parassimpático no lacrimação e salivação, assim como imediata congestão nasal e rinorreia. Imagine uma criança que, enquanto dorme, tem um estômago cheio de leite que continua a se tornar mais ácido com

o aumento da temperatura, ao longo da noite, provavelmente, vai experimentar alguns RGE que causam congestão nasal concomitante. Isto então conduzirá a um comando natural para a respiração bucal e, provavelmente, também ao ronco.

A Doença do Leite e Biscoitos (*Milk and Cookie Disease*)

Fui interrogada recentemente pela mídia como cheguei a cunhar o termo "Doença do Leite e Biscoitos (MCD do inglês, *milk and cookie disease*).". O termo não foi feito para, literalmente, se concentrar apenas em leite e biscoitos, mas descreve como alimentos que contenham alto teor de açúcar e produtos lácteos são contribuintes importantes para os sintomas que tenho observado nas crianças norte-americanas na última década. Laticínios e açúcares consumidos juntos ou em combinação com diferentes itens alimentares são culturalmente aceitos como reconfortantes e até mesmo como um rito de passagem na infância. Eu inventei este termo após conhecer uma paciente de 10 anos que tinha experimentado mais de 27 episódios, inicialmente do tipo "crupe" ou laringite estridulosa, ao longo dos anos anteriores. Esta menina e seus familiares tinham enfrentado inúmeras idas, no meio da noite, ao Pronto Socorro, às vezes até de ambulância, e tornaram-se muito temerosos da hora de dormir, pois nunca sabiam quando um outro "ataque" iria ocorrer. Estes episódios eram caracterizados por início súbito de estridor bifásico e desconforto respiratório. Ela respirava desesperadamente mas parecia não ter ar suficiente. A família tinha um frasco de corticóide para ser ofertado por via oral, na geladeira de casa, a criança fazia inalação diariamente com broncodilatadores e ainda tomava medicamentos para alergia.

Lembro-me de ter perguntado sobre sua dieta e hábitos alimentares, ou seja, o que ela gostava de comer e beber e detalhes das suas refeições. Eu sempre pergunto especificamente o que a criança consome depois do jantar até o deitar. Esta criança tinha o costume de comer biscoitos de chocolate e leite todas as noites, imediatamente antes de dormir. Ocorreu-me que o início súbito, no meio da noite, dos "episódios de crupe" ou laringite estridulosa são, na verdade, episódios de laringoespasmo devido ao refluxo do conteúdo ácido do estômago, o leite e os biscoitos! Sem comprovação científica, senão a expressão de genuína sinceridade, pedi a família para tentar minha sugestão de interromper completamente a rotina antes de deitar, evitando a injeção de leite e biscoitos, bem como alterar a dieta, minimizando laticínios e açúcares, a partir da hora do jantar até a hora de dormir. Ela também foi aconselhada a evitar comer por 2-3 horas antes da hora de dormir, sempre que possível. Nos próximos seis meses, ela ficou livre de sintomas e não experimentou um único episódio! Recebi um telefonema desesperado 6 meses mais tarde quando ela apresentou uma "tosse de cachorro". Depois de uma investigação cuidadosa sobre a sua dieta na noite anterior, foi verificado que sua mãe estava fora da cidade, e o pai levou os filhos para jantar. A criança bebeu refrigerante de morango e teve um jantar tardio, rico em laticínios. Embora não possa fornecer prova científica definitiva para isso, a criança permanece saudável e livre de sintomas há 2 anos. Embora esta paciente seja um dos meus exemplos mais extremos de laringoespasmo como "crupe" ou laringite estridulosa, estou confiante, com base em uma revisão recente de 27 crianças que foram encaminhadas para mim por "crupe recorrente", que dieta e hábitos

alimentares desempenham um papel fundamental nesses episódios. Em nossa análise, descobrimos que mais de 60% dessas crianças nunca experimentaram pródromo viral ou sintomas noturnos, antes dos primeiros sintomas do "crupe" ou laringite estridulosa, e mais de 50% bebiam leite habitualmente e/ou comiam lanches antes de dormir. (Myer *et al*, dados ainda não publicados).

É muito importante saber que o refluxo pode causar problemas, mesmo quando é pouco ácido. A medida que os médicos e pesquisadores continuam a aprender mais sobre a DRGE e RLF, reconhecemos que a questão não é simplesmente o ácido, mas na verdade a enzima digestiva pepsina que pode estar causando ulceração e dano tecidual. A pepsina precisa de um meio ácido para ser ativada, sendo este ambiente resultado da produção de ácidos naturais do estômago ou criado pelos alimentos e líquidos que ingerimos. É importante notar que a dieta atual dos jovens nos Estados Unidos é de natureza tão ácida que os produtos farmacêuticos que bloqueiam a produção de ácido no estômago, direta ou indiretamente, provavelmente não são úteis sem a modificação da dieta e dos hábitos alimentares. Os medicamentos anti-refluxo atuais trabalham direta ou indiretamente no "bloqueio" da produção de ácido pelas células parietais do estômago. Não diferente da maioria dos medicamentos que foram desenvolvidos e aprovados pelo *Federal Drug Administration* (FDA) para uso apenas em adultos, esses medicamentos são comumente prescritos para bebês e crianças. Os inibidores da bomba de prótons (PPI, do inglês *proton pump inhibitor*) têm sido prescritos para lactentes e crianças muito jovens, para o tratamento de uma variedade de sintomas que se presume ser devida ao refluxo. Embora a indicação clínica para a prescrição de PPI possa ser real, especialmente quando o regurgitar é grave e resulta em pouco ganho de peso, a prescrição de fármacos tipo PPI para cólica e irritabilidade não têm base de comprovação. Além disso, como otorrinolaringologista pediátrica, decidi assumir a responsabilidade por não mais prescrever medicamentos anti-refluxo, como a ranitidina ou PPI para o estridor laríngeo, congestão nasal, pigarro, tosse, ou quaisquer outros sintomas de vias aéreas superiores, com base na presunção da DRGE/DRLF. Mais uma vez, mesmo se não houver refluxo na laringe e hipofaringe contribuindo para os sintomas das vias aéreas superiores, e se for fisiológico, relacionado à distensão gástrica e tempo de esvaziamento, não devemos tratar como um estado de "doença" ¹⁰.

Muitas vezes, na boa intenção, os médicos prescrevem medicamentos para, o que nós pensamos ser o problema, e, em seguida, tomamos uma postura de "esperar para ver se funciona." Minha observação é que, quando os pais e os médicos não vêem os resultados que esperam, a conclusão comum é que a dose não foi "forte" o suficiente. Tal suposição resulta frequentemente numa dosagem ainda maior e/ou mais medicamentos. Essa mentalidade pode aumentar as intervenções médicas sem nunca realmente tratar o problema original de forma eficaz. Pesquisas científicas sugerem que o uso excessivo de PPI, fármacos que bloqueiam diretamente a produção de ácido do estômago, pode estar associado com a diminuição da absorção de cálcio, com aumento do risco de pneumonia, e até mesmo infecção pelo *Clostridium difficile*¹⁰. Complicações como estas devem ser consideradas e o controle de qualidade sobre a eficácia dos medicamentos prescritos deve ser asse-

gurada. Estas são todas as razões pelas quais eu parei de prescrever estes medicamentos às crianças, tanto quanto possível, em favor de uma dieta saudável e uma mudança do estilo de vida. Nas raras vezes em que prescrevo medicamentos a uma criança sem evidência de diagnóstico, discuto com a família que ela está em teste por algumas semanas e juntos, avaliamos os sintomas novamente no retorno.

Meu livro, "Uma Wei Mais Saudável" (*A Healthier Wei*), dá às crianças a chance de sair do uso prolongado de medicamentos, diminuindo assim todos os efeitos colaterais, mesmo aqueles ainda não conhecidos. Diminui a carga financeira para a família, bem como influencia positivamente sua atitude e aumenta o senso de responsabilidade, não só para sua própria saúde, mas também para dos seus filhos. Na minha experiência, as famílias são gratas quando experimentam a capacidade de fazer que o seu próprio filho fique saudável e livre de sintomas. Claro que a dieta ideal e hábitos alimentares não "curam" tudo. Como médica, me sinto ainda mais confiante para recomendar a continuação dos trabalhos de diagnóstico e/ou intervenção cirúrgica depois de ter tentado medidas não-invasivas e ajudado a família a incrementar a sua saúde, em geral modificando a dieta e hábitos alimentares.

Tanto o RGE como o RLF ocorrem em crianças de todas as idades. Acredito que os sintomas estão ocorrendo a um ritmo alarmante na população pediátrica americana atual em decorrência dos hábitos alimentares e estilo de vida mais ocidentalizado. Independentemente da idade, quando as crianças comem e bebem alimentos não saudáveis e têm acesso livre a alimentos e líquidos após o jantar e até a hora de dormir, ocorre o refluxo fisiológico, especialmente porque a acidez dos itens ingeridos é extremamente elevada, devido ao conteúdo excessivo de laticínios e açúcar, bem como outros ingredientes de natureza altamente processada.

Enquanto a MCD (*Milk and Cookie Disease*) não for uma "doença" oficialmente reconhecida em livros de medicina, acredito que seja provavelmente epidêmica nos EUA, impactando negativamente a saúde das crianças saudáveis.

Fisiologia da Digestão e do Esvaziamento Gástrico

Como cirurgiões, os otorrinolaringologistas estão muito bem conscientizados da NPO (nil per os) as diretrizes anteriores de qualquer anestesia geral eletiva. Eu rotineiramente explico às famílias que essas diretrizes existem para evitar especificamente o risco de aspiração e laringoespasma durante a indução. Essas diretrizes, que proíbem adultos e crianças comer e beber livremente até o momento da cirurgia eletiva, são universalmente praticadas com base nos tempos aceitáveis do esvaziamento gástrico. A Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) publicou diretrizes práticas atualizadas para jejum pré-operatório e, como tal, recomenda que, para adultos, refeições normais não devem ser consumidas por pelo menos 8 horas antes da anestesia geral, e uma refeição leve (chá, torradas sem manteiga, fruta) por pelo menos 6 horas ¹¹. É preciso pelo menos 6 horas para o esvaziamento gástrico completo, para que durante a indução os riscos de aspiração de conteúdos estomacais residuais sejam essencialmente inexistentes. Mesmo entre os seres humanos este tempo total de esvaziamento gástrico varia. Quando aconselho as famílias por que é relevante desenvolver o hábito de não comer e beber até tarde ou tomar um lanche perto da hora de dormir, acho

importante explicar a fisiologia do esvaziamento gástrico e, como sempre, explico "porque" faço tais recomendações. Os pais são muito receptivos para fazerem mudanças se entenderem a lógica por trás delas.

O efeito dos laticínios e açúcar na digestão

Embora o leite e produtos lácteos fornecem nutrição para os seres humanos, especialmente o conteúdo protéico, vitamina D e cálcio, fiquei muito interessada na relação entre uma dieta contendo leite e açúcar e o refluxo fisiológico, com base na química do leite e do açúcar. O leite é ligeiramente ácido e quase neutro, com um pH entre 6,5 - 6,7. Quando o leite é refrigerado ou está em temperatura mais fria, seu pH é o mais próximo do neutro. O leite contém lactose, que é convertida em ácido láctico, um doador de hidrogénio ou prótons que o torna ácido, a medida que aumenta sua temperatura. Quanto mais lactose for convertida em ácido láctico mais o pH diminui. Quando uma criança vai para a cama depois de beber leite, este aquece no estômago e, naturalmente, torna-se mais ácido. Ao mesmo tempo, se existirem outros conteúdos estomacais contendo açúcar, ocorre a fermentação, pois o açúcar se torna álcool e gás carbônico ácido. O álcool é decomposto em ácido acético e água, como vinagre, o que aumenta ainda mais a acidez do conteúdo do estômago. Como há mais gás o resultado é uma distensão gástrica maior que leva a um esvaziamento gástrico menos eficiente. Quanto maior for o tempo de esvaziamento gástrico, maior a probabilidade de ocorrer refluxo do conteúdo estomacal.

Mais de 75% da proteína presente no leite é a caseína, sendo o restante proteína de soro de leite. A caseína é facilmente separada do leite, seja por precipitação com ácido ou por adição de renina. Se um ácido é adicionado ao leite, ou se as bactérias produtoras de ácido crescem no leite, o pH diminui. À medida que o pH diminui, a natureza da caseína muda e esta precipitação resulta em leite "talhado", em um ambiente mais ácido.

Os laticínios e/ou excesso de açúcar, especialmente em conjunto, levam a uma má digestão e risco de RGE/LRF devido à sua natureza altamente ácida. Mais uma vez, mesmo se a produção de ácido natural no estômago for reduzida ou bloqueada por um agente farmacológico, a fisiologia do refluxo provavelmente ocorrerá com base na natureza ácida do seu conteúdo. Além do leite/laticínios e açúcar processado encontrado nos biscoitos ou *cookies*, é importante lembrar que a principal fonte de consumo de açúcar em crianças tem sido a de bebidas carbonatadas e sucos. Tenho escutado de mães cujos filhos não comem frutas ou legumes frescos, que sentem-se melhor servindo-lhes sucos de frutas ou mesmo sucos de frutas/legumes que têm rotulados na embalagem "Feito com frutas e legumes". Eu normalmente aponto o teor de açúcar de uma variedade destes produtos para as famílias e percebo que elas não sabem nada sobre a quantidade de açúcar que seu filho está consumindo. Além disso sucos marcados com "Feito com 100% suco" dão as mães a falsa segurança de que tais produtos são saudáveis, como o rótulo sugere. Fico muito desanimada por quantas famílias que me dizem que seu filho não bebe água, mas bebidas esportivas como água com sabor e cor e também uma grande quantidade de chá adoçado. Eu não consigo listar todos os exemplos ou casos de pacientes que já tratei por sintomas otorrinolaringológicos devido ao con-

sumo diário e excessivo de tais itens. Espero que considerem a leitura de meu livro, ou simplesmente pesquisem em sites como o PUBMED, literatura já publicada sobre o efeito do leite e/ou açúcar na digestão. Fiquei muito surpresa e curiosa com o que já foi publicado e investigado nas áreas da nutrição, bioquímica e em outras.

Constipação

Nunca pensei, sendo uma otorrinolaringologista pediátrica, que iria me importar tanto com a constipação, mas pergunto rotineiramente às famílias se seu filho tem histórico dela. Embora esteja fora do escopo deste capítulo discutir todos os fatores associados à constipação infantil, fiquei intrigada ao ler e aprender nas publicações sobre o tema em várias especialidades relevantes, incluindo a gastroenterologia, neurogastroenterologia, pediatria geral e nos campos que envolvem nutrição e saúde. Os distúrbios da motilidade intestinal e anorretal têm demonstrado estarem relacionados com alergias alimentares, dieta, atividade física, ingestão de líquidos e fibras na dieta apenas para citar alguns fatores^{12, 13, 14}.

Tenho observado de forma consistente que muitas crianças que sofrem de congestão nasal crônica, também têm história de constipação. Além disso, estas são muitas vezes as crianças que consomem laticínios em excesso, principalmente queijo, e adoram uma dieta rica em carboidratos e açúcar refinado, com poucas frutas e legumes frescos. Como essas crianças têm as fezes impactadas, a mobilidade gastrointestinal ruim se transforma em um tempo de esvaziamento gástrico prolongado. Com o tempo de esvaziamento gástrico prolongado, há mais tempo para o conteúdo do estômago tornar-se mais ácido e novamente aumentar o risco de RGE/LRF fisiológico, podendo levar à congestão nasal, como outra manifestação da disfunção digestiva.

Também observei um grupo de pacientes que apresentou uma história importante de constipação, sintomas nasais crônicos e relatos de vômitos. Estas são crianças dependentes de traqueotomia devido a problemas médicos complexos, muitas vezes de lesão cerebral anóxica ao nascimento. Estes pacientes, especialmente os que não deambulam, frequentemente desenvolvem atrasado mental importante, dano neurológico e provavelmente experimentam constipação crônica. Muitas vezes já foram prescritos, para uso diário, laxantes ou outras substâncias como o polietileno glicol e tiveram até mesmo impactação, exigindo desimpactação manual. A constipação provavelmente resulta da falta de dieta natural com frutas frescas, legumes e fibras bem como da falta de atividade física. Devido à provável história de disfagia, aspiração e déficits neurológicos, essas crianças devem estar se alimentando através de sonda nasogástrica e seus regimes alimentares são continuamente monitorados. Tenho observado há anos e acredito que os horários de alimentação por sonda nasogástrica não são fisiológicos e incongruentes para a saúde ideal do homem. Nós que temos a sorte e gostamos de comer pela boca, também não gostamos da ingestão de alimentos ou líquidos, durante nosso sono noturno. Em contraste, as crianças acima descritas estão recebendo alimentação por tubo continuamente durante a noite, ou até mesmo de forma intermitente, durante o sono. Imagina-se então, que estejam propensas a não experimentarem o verdadeiro esvaziamento gástrico e, portanto, têm muito maior risco de refluxo.

Outra questão que tenho observado é que para as crianças que não deambulam, algumas muito pequenas, com anomalias genéticas ou com alguma síndrome específica, existe um objetivo específico de ingestão calórica pela sonda nasogástrica, mesmo que demonstrem sinais clínicos e sintomas de intolerância, como ânsia de vômito frequente, vômitos, resíduos gástricos excessivos, reflexo de um esvaziamento gástrico incompleto. Embora eu não tenha nenhuma prova definitiva que esses sinais estejam de alguma forma diretamente relacionados à alimentação, gostaria de levantar a questão de porque não respeitamos as variações alimentares individuais que aceitamos prontamente nas crianças e adultos saudáveis, como o apetite variado, o comportamento alimentar, as preferências e demandas calóricas fisiológicas diferentes. Aceito prontamente comigo e com minha própria filha saudável algum grau de variação diária no apetite e na ingestão calórica, e espero que todas as disciplinas que lidam com a alimentação das crianças também tenham um olhar crítico sobre o benefício de uma adaptação da alimentação de cada criança, especificamente ao seu histórico médico e desafios individuais.

“Uma Wei Mais Saudável” (*A Healthier Wei*)

Em meu livro, "Uma Wei Mais Saudável – Recuperar a Saúde das Crianças Mal Diagnosticadas e Com Medicação Excessiva" ¹⁵, compartilho muitas histórias reais de pacientes e familiares de como dieta e hábitos alimentares ruins foram responsáveis por sintomas otorrinolaringológicos crônicos ⁵. Continuo a ter consultas clínicas com pacientes e suas famílias e, se o histórico sugere que a criança provavelmente sofre de sintomas da "Doença do Leite e Biscoitos", devido à sua dieta e hábitos alimentares, forneço as famílias diretrizes do "Uma Wei Mais Saudável". Tenho 5 grandes princípios que provaram ser muito eficazes na resolução de congestão nasal crônica, bem como nos sintomas descritos anteriormente neste capítulo.

Primeiro, pare de dar leite na hora de dormir quando a criança tiver mais de 12 meses de idade. Os pais são instruídos a parar com todas as bebidas e lanches antes de dormir, **com exceção da água.** Ensino-lhes a frase a "A Cozinha está fechada" (*The kitchen is closed after 7 PM*). Minha filha sofreu uma lavagem cerebral desde que tinha 3 anos pois a cozinha da nossa casa fecha às 19:00 (sua hora de dormir é entre 20:30 – 21:00 horas). **Geralmente incentivo que ao menos 90 minutos a 2 horas antes da hora de dormir, as crianças não devem comer ou beber novamente (exceto água).**

Em segundo lugar, evite ou minimize o consumo de laticínios e açúcar à noite. Sou muito realista e incentivo o consumo de sobremesas imediatamente após o jantar, enquanto todo mundo ainda está sentado a mesa. As crianças muitas vezes tem o desejo de algo doce depois do jantar. Eu sempre lembro às famílias que se eles querem permitir que seu filho consuma sorvete, refrigerante e quaisquer outros itens menos saudáveis, mas muitas vezes "deliciosos", que os façam ingerir esses itens no início do dia ou da tarde, mas não à noite.

Em terceiro lugar, se uma criança está com fome e precisa comer de novo entre o tempo de jantar e dormir, pelo menos, escolha sabiamente e ofereça *pretzels*, biscoitos secos salgados (*crackers*), frutas não ácidas, como melão, ou

até mesmo pipoca (sem manteiga). Contanto que tais itens não estejam carregados com produtos lácteos e açúcar, ao menos a criança pode ser saciada e há tentativa de reduzir a probabilidade de acidez excessiva e risco de GER/LRF.

Em quarto lugar, a constipação deve ser tratada. Embora o objetivo final seja sempre o de evitar a constipação pela ingestão adequada de fibra natural encontrada em alimentos saudáveis, encorajo os pais a considerar o uso de laxantes seguros para crianças constipadas para minimizar o esvaziamento gástrico prolongado e risco de GER/LRF.

Finalmente, encorajo cada família a refletir sobre os medicamentos precritos aos seus filhos. Se os sintomas para os quais foram indicados não melhoraram após tomarem estes medicamentos, considere ter uma conversa com o médico que os prescreveu e pergunte quais serão os próximos passos. Especificamente, se os fármacos não parecem ter "funcionado", quando a criança deve parar de tomá-los, e quais são os próximos passos na avaliação e tratamentos potenciais, se necessários. Embora pareça ser desconfortável iniciar essa conversa com o médico ou profissional na área, devemos ter a coragem de defender os nossos filhos, assumirmos a responsabilidade e pedir para aqueles que cuidam dos nossos filhos também assumam esta responsabilidade.

A tomada de ação

A epifania da minha carreira levou-me a um compromisso consciente para fazer tudo o que eu puder para estimular conversas com os pais, famílias e profissionais de saúde sobre o impacto da dieta e hábitos alimentares na saúde das crianças no século XXI. Embora fosse ótimo ter evidências com base em "dados" para me ajudar a convencer os leitores da minha filosofia e do valor dos caminhos propostos para combater "A Doença do Leite e Biscoitos", escrevi o livro para o público leigo, porque não podemos esperar para implementar mudanças, quando isto significa melhorar a saúde de nossas crianças hoje.

A epidemia de obesidade infantil EUA está em seu estado mais crítico. Além de grandes esforços, como o da campanha "Vamos nos Mover" (*Let's Move*), da primeira dama Michelle Obama, bem com esforços contínuos de pesquisadores clínicos e de ciência básica, somos nós, como médicos e pais, que devemos nos envolver ativamente em conversas que irão capacitar as famílias a fazerem mudanças a fim de recuperar a saúde das crianças com algum diagnóstico já firmado e com excesso de medicamentos. Lembro as famílias diariamente que medicamentos e cirurgias não são as respostas para questões de saúde nas crianças saudáveis, mas a dieta e hábitos alimentares saudáveis o são. A educação dos médicos e prestadores de saúde em formação, atuais e futuros, deve incluir no currículo, nutrição, hábitos alimentares e até mesmo psicologia da alimentação, que é relevante para culturas específicas e realidades sociais. Isso provavelmente levaria a um impacto positivo maior, compatível com as realidades financeiras do século XXI, do que a tecnologia e os avanços farmacêuticos, e combateria a incrível evolução e avanço semelhante da indústria de alimentos processados.

Ver blog posts, cobertura da mídia, "Cinco dicas para Uma Wei Mais Saudável", (do inglês *Five Tips to a Healthier Wei*), ou "Uma Wei Mais Saudável"¹⁵, guia de compras e depoimentos de famílias dos pacientes em www.ahealthierwei.com.

Referências bibliográficas

1. Chai G, Governale L, McMahon AW, et al. Trends of outpatient prescription drug utilization in US children, 2002-2010. *Pediatrics*. 2012;130(1):23-31.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722603/>
3. <http://scienceline.org/2010/02/what-makes-snot-turn-green/>
4. Weldon DR. Gastroesophageal reflux disease and sinusitis: their role in patients with chronic cough. *Allergy Asthma Proc* 2006;27(1):36-44.
5. Boccia G, Buonavolonta R, Coccorullo P, et al. Dyspeptic symptoms in children: the results of a constipation-induced cologastric brake? *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6(5):556-60.
6. <http://www.pcrm.org/health/reports/agriculture-and-health-policies-unhealthful-foods>
7. http://www.nytimes.com/2013/02/24/magazine/the-extraordinary-science-of-junk-food.html?pagewanted=all&_r=0
8. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009;154(4):514-520.
9. Stavroulaki P. Diagnostic and management problems of laryngopharyngeal reflux disease in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70(4):579-90.
10. Abraham NS. Proton pump inhibitors: potential adverse effects. *Curr Opin Gastroenterol*. 2012 Nov;28(6):615-20
11. American Society of Anesthesiologists Committee. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*. 2011 Mar;114(3):495-511
12. Jennings A, Davies GJ, Costarelli V, et al. Dietary fibre, fluids and physical activity in relation to constipation symptoms in pre-adolescent children. *J Child Health Care*. 2009 Jun;13(2):116-27.
13. Borrelli O, Barbara G, Di Nardo G, et al. Neuroimmune interaction and anorectal motility in children with food allergy-related chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2009 Feb;104(2):454-63.
14. Inan M, Aydiner CY, Tokuc B, et al. Factors associated with childhood constipation. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(10):700-6
15. Wei Julie L. *A Healthier Wei*, 1st ed. A Healthier Wei, LLC: Kansas City, 2012.