

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia do Leite e Derivados

VANÍSIA CORDEIRO DIAS OLIVEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E INTOLERÂNCIA À
LACTOSE: ABORDAGEM NUTRICIONAL E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS
DA ÁREA DE SAÚDE

Juiz de Fora

2013

VANÍSIA CORDEIRO DIAS OLIVEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E INTOLERÂNCIA À
LACTOSE: ABORDAGEM NUTRICIONAL,
PESQUISA QUALITATIVA E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS
DA ÁREA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciência e
Tecnologia do Leite e Derivados, da
Universidade Federal de Juiz de Fora -
UFJF, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Fonseca da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo Henrique Otênio

Juiz de Fora

2013

Oliveira, Vanísia Cordeiro Dias

Alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose: abordagem nutricional, pesquisa qualitativa e percepções dos profissionais da área de saúde/ Vanísia Cordeiro Dias Oliveira. – 2013.
105 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia do Leite e Derivados) -
Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Leite. 2. Alergia. 3. Intolerância. I. Título.

VANÍSIA CORDEIRO DIAS OLIVEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E INTOLERÂNCIA À
LACTOSE: ABORDAGEM NUTRICIONAL E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS
DA ÁREA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciência e
Tecnologia do Leite e Derivados, da
Universidade Federal de Juiz de Fora -
UFJF, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre.

Aprovação em: 29/08/2013

Prof^a. Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

Prof. Dr. Fernando Lefèvre

Prof. Dr. Renato Moreira Nunes

Prof. Dr. Marcelo Henrique Otênio

Prof. Dr. Paulo Henrique Fonseca da Silva

Ronaldo, Mãe, Valkíria e Vanessa

Essa é para e por vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao meu amigo Jesus, companheiro irrefutável em todas as horas, o meu eterno agradecimento.

Ao meu marido, por todas as palavras e expressões de apoio, carinho e por compreender todos os meus momentos de medo e crise, e principalmente por ter acreditado que essa conquista ia além do individual. “Super gênio ativar forma de mestre!”

À minha família: minha mãe, Valkíria e Vanessa, por todos os momentos de compreensão e ternura. Mãe, obrigada pelo apoio, Val e Vanessa obrigada por terem me ensinado a amarrar o cadarço, desenhar estrela, e por me contarem que de repente escreve separado. Tudo o que eu sei e sou devo à vocês.

Ao meu Pai e à Enza, presença constante em gestos e sorriso!

Aos alunos, amigos e companheiros do mestrado principalmente, à May, Victor, Marcelo, Eduardo, Luciana, Rafaela e Vaneida por todas as conversas, desabafos, viagens e bolo de cenoura. Tudo isso foi imprescindível.

Aos meus verdadeiros e amados mestres Paulo Henrique e Marcelo Otênio por todas as risadas, ensinamentos e lágrimas. Vocês foram pra mim, estrada e caminhada. Serei eternamente grata à vocês!

Aos novos membros da minha família D. Inez e Sr Ronaldo, aos meus cunhados, cunhadas e Henrique, pela acolhida e por vibrarem a cada pequena vitória

À professora Helena e Lucas pelas doses semanais de incentivo e apoio. E por terem acreditado em mim, quando eu mesma não acreditava.

Aos estagiários, acadêmicos e mestrandos da Universidade e da Embrapa, principalmente à Gabi pelo incentivo.

Tantos foram os que fizeram parte, de uma forma ou de outra deste trabalho durante os dois anos de realização, à todos muito obrigada!

Resumo

O leite é rico em proteínas de alto valor nutricional, lipídeos, lactose, vitaminas especialmente as do complexo B, como a riboflavina e a cobalamina e minerais como o cálcio e fósforo e, no leite integral, vitaminas A e D. O diagnóstico da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e da intolerância à lactose (IL) deve ser realizado com cautela e responsabilidade, uma vez que o tratamento baseia-se na exclusão do leite. A eliminação do leite na dieta sem adequada substituição e suplementação pode prejudicar o crescimento normal e a qualidade nutricional da dieta. Dessa forma, é importante a avaliação da ingestão alimentar e do estado nutricional do indivíduo durante a dieta de exclusão. Esta necessidade é justificada pela menor ingestão de energia, causa principal de déficit de peso e estatura, déficit de proteínas, minerais como, cálcio, fósforo e zinco, vitaminas B₂, C, A e folato. Por isso o presente estudo objetivou compreender o conhecimento que profissionais da área de saúde têm sobre APLV e IL, identificar possíveis preconceitos no consumo do leite, apontar a necessidade em prescrever produtos lácteos alternativos e elucidar o impacto nutricional de uma dieta sem leite de vaca. Para tanto foi usada a estratégia metodológica em pesquisa qualitativa, construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como técnica de processamento de depoimentos, a qual consiste em reunir, conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes. A proposta do DSC para o resgate e descrição das opiniões de coletividades é, assim, qualiquantitativa uma vez que, em um mesmo processo de pesquisa, qualifica e quantifica as opiniões de coletividades. Os sujeitos escolhidos para participarem da pesquisa trabalham diretamente com o indivíduo alérgico ou intolerante e representam a Zona da mata Mineira e Região das Vertentes. Foram divididos da seguinte forma: sete nutricionistas, um farmacêutico, um nutrólogo, dois alergopediatra e nove pediatras gerais. Identificou-se o preconceito com o uso do leite e a crença de que não agrega benefício à saúde. Os termos, “teste de desencadeamento oral” e “tolerância oral”, bem como similares, não foram citados por nenhum dos entrevistados. O termo “dieta de substituição” e “suplementação” foram citados somente por um dos sujeitos. A falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde, ocorre no conceito, diagnóstico e tratamento da APLV e IL.

Palavra chave: dieta, exclusão, substituição.

ABSTRACT

Milk is rich in proteins of high nutritional value; lipids; lactose; vitamins, especially the ones of the B-complex such as riboflavin and cobalamin; minerals like calcium and phosphorus; and also, in whole milk, vitamins A and D. The diagnosis of allergy to cow milk protein (CMA) and lactose intolerance (LI) must be performed with caution and responsibility, once the treatment is based on the deletion of milk. The removal of milk from the diet without proper replacement and supplementation may impair normal growth and nutritional quality of the diet. Thus, the assessment of dietary intake and nutritional status of the individual during the deletion diet is important. This need is justified by the lower ingestion of energy, the main cause of weight and height deficit; proteins, minerals as calcium, phosphorus and zinc, vitamins B₂, C, A, and folate deficit. Therefore, the present study aimed to understand the knowledge held by health professionals on CMA and LI, identifying possible biases regarding the consumption of milk, also pointing out the necessity of prescribing alternative dairy products and elucidating the nutritional impact of a cow-milk-free diet. For such, the methodological strategy in qualitative research used was the construction of the Collective Subject Discourse (CSD), as a technique of statements processing, which involves gathering statement contents with similar meanings. The proposal of the CSD for the rescue and description of collectivities opinions is, thus, quali-quantitative since it, in a same research process, qualifies and quantifies the opinions of collectivities. The subjects chosen to participate in the research work directly when facing the allergic or intolerant individual and represent Zona da Mata and Vertentes region. They were split as follows: seven dietitians, a pharmacist, a nutrition specialist, two pediatric allergists and nine general pediatricians. With the CSD, the prejudice against the use of milk and the belief that it adds no health benefit were identified. The terms "oral food challenge test", "oral tolerance" as well as similar ones were not mentioned by any of the respondents. The terms "replacement diet" and "supplementation" have only been cited by one of the subjects. The lack of knowledge among health professionals occurs in concept, diagnosis and treatment of CMA and LI.

Keywords: Milk; Diet; Deletion; Substitution.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Atividade da Lactase.....	21
FIGURA 2	Localização das cidades da Zona da Mata onde foi realizada a pesquisa com os profissionais da área de saúde	51
FIGURA 3	Localização das cidades do Campo das Vertentes onde foi realizada a pesquisa com os profissionais da área de saúde.....	52
FIGURA 4	Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose referente “Para você quais são os benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?”.....	58
FIGURA 5	Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Fale o que você sabe sobre a diferença entre intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca.”.....	61
FIGURA 6	Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Como você trabalha com seu público/paciente quando precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?”.....	67
FIGURA 7	Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?”.....	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Sintomas da Alergia à Proteína do leite de Vaca de acordo com a ASBAI.....	29
TABELA 2	Sintomas da Alergia à proteína do Leite de Vaca de acordo com Guideline 2012.....	30
TABELA 3	Sintomas da Alergia à proteína do Leite de Vaca de acordo com DRACMA 2010.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
IL	Intolerância à Lactose
LV	Leite de Vaca
LM	Leite Materno
AA	Alergia Alimentar
RAA	Reação Adversa aos Alimentos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
AGCC	Ácidos Graxos de Cadeia Curta
TO	Tolerância Oral
TGI	Trato Gastrintestinal
GALT	Gut-associated lymphoid tissue (Tecido Linfóide Intestinal)
FS	Fórmula de Soja
HA	Fórmula Infantil Hipoalergênica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

Introdução.....	16
2 Referencial Teórico.....	18
2.1 Conceitos de alergia e intolerância.....	18
2.2 Relação entre alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose e a história de lácteos no Brasil.....	22
2.3 Prevalência e incidência da alergia à Proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	23
2.4 Sintomas da alergia e intolerância.....	25
2.5 Diagnóstico da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	28
2.6 Consensos da Alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	27
2.7 Tratamento da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	35
2.8 Impactos da exclusão do leite.....	41
2.9 Conhecimento dos profissionais da área de saúde que tratam da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	44
2.10 Alimentos alternativos para suprir as necessidades nutricionais dos pacientes em dieta de exclusão do leite.....	46
2.11 A pesquisa qualitativa e o discurso do sujeito coletivo	47
2.12 Preconceitos e Mitos.....	49
3 Objetivo.....	50
4 Material e Método.....	51
4.1 Caracterização do universo do estudo.....	51
4.1.1 Sujeitos da pesquisa.....	52
4.1.2 Coleta dos dados.....	53
4.1.3 Tabulação e análise dos dados.....	54
4.2 Percepção dos profissionais da área de saúde que tratam a alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	56
5 Resultados e Discussão.....	57
5.1 Apresentação e análise quali-quantitativa dos discursos do sujeito coletivo.....	57
5.2 Resultados obtidos com relação aos mitos sobre a importância do leite para a saúde.....	79

5.3 Resultados encontrados sobre o conhecimento dos profissionais da área de saúde no tocante ao conceito e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.....	80
5.4 Resultados encontrados com relação à dieta de exclusão.....	81
6 Considerações finais	83
ReferênciasBibliográficas.....	84

1 INTRODUÇÃO

Reações adversas aos alimentos é a denominação empregada para reações anormais à ingestão de alimentos ou aditivos alimentares. Podendo ser classificadas em tóxicas e não-tóxicas (BRASIL, 2008).

As reações tóxicas são aquelas que independem da sensibilidade individual e ocorrem quando um indivíduo ingere quantidades suficientes do alimento para desencadear reações como, por exemplo, ingestão de toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados (SILVA e ZAMBERLAN, 2006).

As reações não-tóxicas são aquelas que dependem da saúde prévia do indivíduo e podem ser classificadas em imunomediadas e não-imunomediadas. As reações imunomediadas são as alergias alimentares e as reações não-imunomediadas, ou, que ocorrem sem a participação do sistema imunológico, que são as intolerâncias alimentares (ANTUNES e PACHECO, 2009).

Apenas oito tipos de alimentos são responsáveis por aproximadamente 90% das reações alérgicas: leite, ovo, amendoim, frutos do mar, peixe, castanhas, soja e trigo. De todos esses alimentos, a alergia a proteína do leite de vaca é a mais frequente (DELGADO et al., 2010).

Na Europa a prevalência de alergia à proteína do leite de vaca no primeiro ano de vida é de 2% a 3%, e, aos 6 anos de vida, cai para 1% (KOLETZKO et al., 2012) . Em estudo realizado no Brasil, concluiu que a incidência de APLV é de 2,2% e a prevalência é de 5,7% (SPOLIDORO et al., 2005). No tocante à intolerância à lactose, a incidência no Brasil é de 44,11%, sendo que o maior número de casos novos foi encontrado em crianças de zero a dez anos com 23,71% de incidência, ocorrendo em menor frequência em indivíduos à partir dos 40 anos, expressando o menor percentual depois dos 60 anos com 6,71% (PEREIRA FILHO e FURLAN, 2004).

O diagnóstico de alergia à proteína do leite e da intolerância à lactose deve ser feito com cautela, uma vez que o tratamento se baseia na exclusão do leite, que é uma importante fonte de nutrientes. O leite é rico em proteínas de alto valor nutricional, gorduras com destaque para o ácido linoléico conjugado, lactose, vitaminas especialmente as do complexo B, com destaque para a B₂ e B₁₂ e minerais como o cálcio e fósforo e, no leite integral, vitaminas A e D (MATTANNA, 2011).

Por isso, recentes estudos comprovaram que a sua eliminação da dieta sem adequada substituição pode prejudicar a qualidade nutricional da dieta, diminuir a ingestão de energia, levar à desnutrição energético-protéica, prejudicar a mineralização óssea, causar raquitismo e impactar negativamente nos índices peso/idade, estatura/idade e peso/estatura (CHRISTIE et al., 2002) (MEDEIROS et al., 2004) e (VILLARES et al., 2006).

Durante o período de exclusão do leite e derivados, o profissional de saúde deve orientar os familiares ou responsáveis a lerem os rótulos dos produtos industrializados. As fórmulas específicas para substituir o leite de vaca e o uso de suplementos de vitaminas e minerais devem ser prescritos, na tentativa de reduzir os impactos da dieta restritiva. Desta forma, tão importante quanto a orientação aos pais, é a avaliação da ingestão alimentar periódica e do estado nutricional das crianças durante a dieta de exclusão (MEDEIROS et al., 2004).

Estudos realizados no Brasil comprovam a falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde sobre o conceito, diagnóstico, sintomas e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose (CORTEZ et al., 2007) e (SOLE et al., 2007).

Justificada pela tríade, alta prevalência e incidência, impacto de uma dieta sem leite e o desconhecimento da alergia e intolerância entre os profissionais da área de saúde quanto às características clínicas e tratamento, o presente estudo pretende compreender melhor esses flagelos e, sobretudo, chamar a atenção da indústria de laticínios para o mercado em rápida ascensão dos pacientes alérgicos e intolerantes. A metodologia empregada, Discurso do Sujeito Coletivo, reveste-se de extrema importância para esclarecer como os profissionais compreendem o diagnóstico, tratamento, suplementação na dieta de exclusão, dieta complementar e benefícios do leite na promoção da saúde.

Para garantir uma melhor qualidade de vida a esses pacientes é necessário o incentivo à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação de produtos voltados para os intolerantes e alérgicos, além de ser um mercado demasiadamente lucrativo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos de Alergia e Intolerância.

Alergia e intolerância são representadas por reações adversas à ingestão de qualquer alimento ou aditivo alimentar. Estas reações adversas podem ser classificadas em tóxicas e não tóxicas. As reações tóxicas são aquelas que independem da sensibilidade individual e ocorrem a partir da ingestão de determinadas substâncias, como: toxina bacteriana (proveniente de alimento contaminado), alimentos com propriedades farmacológicas (como a cafeína do café e tiramina dos queijos maturados), e por fim doenças metabólicas (BRASIL, 2008).

As reações não-tóxicas são aquelas que dependem de uma susceptibilidade individual e podem ser classificadas em: imunomediadas (alergia alimentar) e não-imunomediadas (intolerância alimentar) (SILVA e ZAMBERLAM, 2006).

A falta de correta distinção entre os termos intolerância e alergia é comum, sobretudo entre os profissionais da área de saúde que são responsáveis pelo tratamento de ambas as patologias.

A alergia, portanto, são reações adversas aos alimentos, dependentes de intervenção imunológica, podendo ser classificadas de acordo com o mecanismo imunológico subjacente em: IgE mediada, reações mistas e não IgE mediadas. Os sintomas possuem amplo espectro e inclui manifestações gastrointestinais, cutâneas e sistêmicas (BRASIL, 2012).

Em 2003, a Organização Mundial de Alergia (World Allergy Organization) propôs um compilado de nomenclaturas sobre alergia, para que os profissionais tenham melhor entendimento dos termos empregados (JOHANSSON et al., 2004).

A alergia ficou designada como uma reação de hipersensibilidade desencadeada por mecanismos imunológicos específicos. Quando outros mecanismos podem ser comprovados, como os mediados por células, deve-se empregar o termo hipersensibilidade não alérgica. O termo hipersensibilidade deve ser usado para descrever sinais e sintomas objetivamente reproduzíveis desencadeados por exposição

a um estímulo definido em dose tolerada por pessoas normais. (JOHANSSON et al., 2004).

Dentre as alergias, oito alimentos são responsáveis por 90% das reações alérgicas alimentares, leite, ovo, amendoim, frutos do mar, peixe, castanhas, soja e trigo. Dos quais, a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a mais frequente (DELGADO et al., 2010).

A alergia à proteína do leite de vaca ocorre quase sempre em crianças geneticamente predispostas, afetando de forma significativa o bem-estar da criança e da família. Sua gênese está associada à introdução precoce do leite de vaca na alimentação de lactentes e desmame do leite materno também precoce (BRASIL, 2012).

O aleitamento materno promove crescimento e nutrição adequada, proteção contra doenças e infecções, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho. A amamentação no seio deve ser exclusivo nos primeiros quatro a seis meses de vida e complementada até os dois anos de idade sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Verifica-se que o número de crianças amamentadas (com leite materno) ainda é pequeno e que a introdução precoce de outros tipos de leite é comum. O leite de vaca é frequentemente usado em substituição ao leite materno; logo, as suas proteínas são os primeiros antígenos alimentares com os quais o lactente tem contato (BRASIL, 2012).

As reações não-tóxicas imunomediadas, recebem o nome de alergia. Diferentemente da intolerância, a alergia ocorre devido às reações com o componente protéico do leite, provocando liberação de anticorpos, histaminas e outros agentes defensivos (ANTUNES e PACHECO, 2009). As proteínas envolvidas no processo alérgico, possuem massa molecular entre 10 mil e 70 mil unidades de massa atômica. Dentre os fatores que mais afetam o desenvolvimento da APLV na infância, estão a permeabilidade da barreira do trato gastrointestinal, a predisposição genética e a imaturidade fisiológica do sistema imunológico e do aparelho digestório, inerente às crianças nos primeiros dois anos de vida (PEREIRA e SILVA, 2008).

A alergia à proteína do leite de vaca pode ser classificada em: mediadas por IgE, não mediadas por IgE e mistas (BRASIL, 2008).

As reações IgE mediadas são de fácil diagnóstico, por apresentarem manifestações rápidas, até 30 minutos após a ingestão do leite e pela formação de anticorpos específicos da classe IgE. As reações não mediadas por IgE ocasionam

manifestações tardias, podendo ocorrer horas ou dias após a ingestão do leite (CAFFARELLI et al., 2010). As reações mistas são mediadas por anticorpos IgE e por células (linfócitos T e citocinas pró-inflamatórias) (BRASIL, 2008).

Dentre as proteínas do leite de vaca as de maior poder alergênico são a caseína, α -lactoalbumina, β -lactoglobulina, globulina e albumina sérica bovina, podendo causar tanto reações alérgicas IgE mediadas quanto não IgE mediadas (MORAIS et al., 2010).

Com relação à intolerância à lactose (IL), esta é uma afecção da mucosa intestinal (intestino delgado) que incapacita a digestão da lactose e absorção deste carboidrato da dieta, devido à baixa atividade ou baixa produção da enzima β -D-galactosidase popularmente conhecida como lactase (PEREIRA FILHO e FURLAN, 2004).

A lactase hidrolisa a lactose liberando os monossacarídeos galactose e glicose, que em condições ideais seriam, absorvidos pelos enterócitos. Esta enzima está presente na superfície apical dos enterócitos na borda em escova intestinal com maior expressão no jejuno (LOMER, et al., 2002). Na luz intestinal, a lactose que não foi digerida aumenta a osmolaridade local, atraindo água e eletrólitos para a mucosa, o que ocasiona diarreia. A dilatação intestinal causada pela pressão osmótica acelera o trânsito, aumentando a má absorção (ANTUNES e PACHECO, 2009). Quando a capacidade de absorção do intestino delgado é ultrapassada, a lactose chega ao cólon, onde será fermentada por bactérias da microbiota resultando em gases CO_2 e H_2 e ácidos graxos de cadeia curta. Com isto, as fezes ficam mais acidificadas, líquidas ocasionando a distensão abdominal e hiperemia perianal, sintomas comuns na intolerância à lactose (LIBERAL et al., 2012). A diminuição na atividade da enzima lactase recebe o nome de hipolactasia ou lactase não persistente (MATTAR e MAZO, 2010). A figura 1 mostra a patogênese da intolerância à lactose.

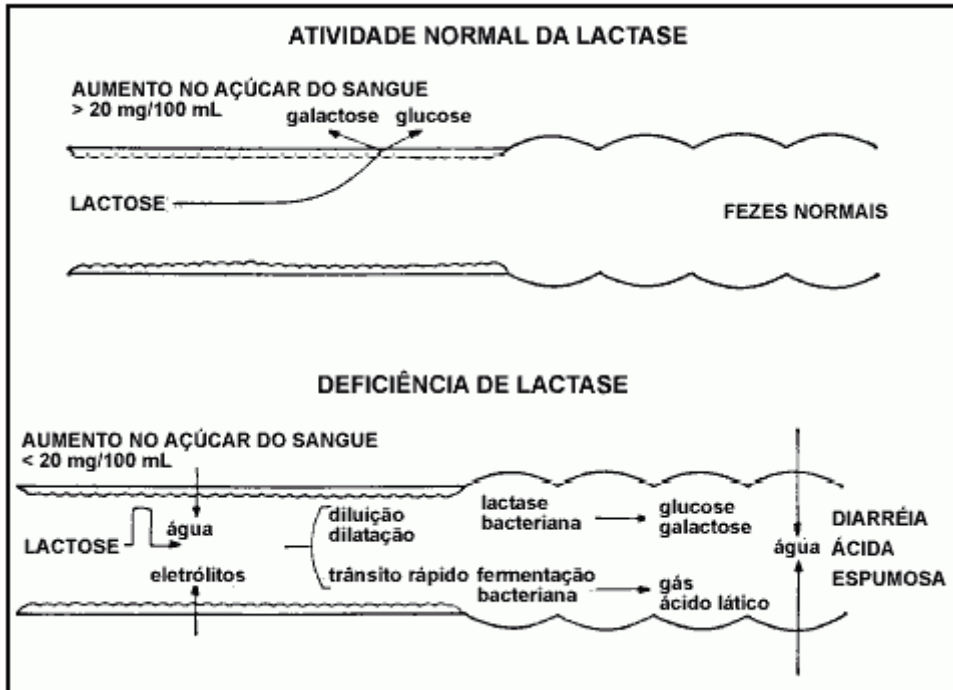


Figura 1: Patogênese da intolerância à lactose.

Fonte: Milkpoint, 2005.

Disponível

em:

http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.milkpoint.com.br/mn/leite_saude/fotos/ls_260905_2.gif&imgrefurl=http://www.milkpoint.com.br/cadeia-do-leite/leite-saude/intolerancia-a-lactose-parte-1-etilogia-epidemiologia-e-prevalencia-25559n.aspx&usq=__fw_pCUOwL4GycnNwblbBk9ed7Ao=&h=346&w=480&sz=8&hl=ptBR&start=13&zoom=1&tbnid=KBglDhSjBnczuM:&tbnh=93&tbnw=129&ei=cqTtUbipE9iu4APY4H4Dw&prev=/search%3Fq%3Dintoler%25C3%25A2ncia%2Ba%2Blactose%26sa%3DX%26hl%3Dpt%26gbv%3D2%26tbnm%3Disch%26prmd%3Dvns&itbs=1&sa=X&ved=0CEQQRQMwDA

Acesso em: 22 julho, 2013.

A intolerância à lactose pode ser classificada em: Deficiência Primária, Deficiência Secundária e Deficiência Congênita (MATTAR e MAZO, 2010)

A Deficiência Primária ocorre a partir dos três anos de idade. Com o passar dos anos, a diminuição na produção de lactase em humanos é geneticamente programada e irreversível, porém ocorre de forma muito lenta e gradual. A Deficiência Primária é de transmissão autossômica e recessiva (LIBERAL et al., 2012)

A Deficiência Secundária tem sua origem em qualquer doença ou medicamento que causem danos à mucosa do intestino delgado ou que aumente de forma significativa o tempo de trânsito intestinal e, ou diminua a superfície de absorção, como nas ressecções intestinais. A Deficiência secundária pode ocorrer, por exemplo, nas enterites infecciosas, giardíase, doença celíaca, doença inflamatória intestinal (especialmente doença de Crohn), enterites induzidas por drogas ou radiação ou nos

casos de doença diverticular do cólon (MATTAR e MAZO, 2010). Uma vez que a enzima lactase localiza-se na borda em escova da mucosa, se houver qualquer alteração morfológica poderá impactar na diminuição da capacidade de hidrolisar a lactose. Nos casos de Deficiência Secundária, o prognóstico é muito bom e ao tratar a doença que deu origem à lesão, desaparecem os sintomas da intolerância e o paciente poderá voltar a ingerir alimentos que contenham lactose (ANTUNES e PACHECO, 2009).

A Deficiência Congênita é uma manifestação extremamente rara e herdada geneticamente, sendo autossômica recessiva. Resulta de uma modificação do gene que codifica a enzima lactase. A Deficiência Congênita é extremamente rara e somente foi encontrada em 42 pacientes de 35 famílias finlandesas de 1966 até 2007, cuja incidência é de 1:60.000. A diferença entre a hipolactasia Primária do adulto e a intolerância à lactose Congênita é molecular, ou seja, na primeira a enzima lactase é normal, mas diminui a expressão ao longo da vida; na segunda a enzima lactase está ausente, ou é truncada (MATTAR e MAZO, 2010).

2.2 Relação entre Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Intolerância à Lactose e a história de lácteos no Brasil.

O avanço da internet, o aumento de práticas de automedicação, o preconceito quanto ao leite e o desconhecimento de profissionais da saúde sobre a alergia à proteína do leite e intolerância à lactose são fatores cruciais para o aumento do diagnóstico incorreto e o uso inadequado da dieta de exclusão. Segundo Caffarelli et al. (2010), muitos pais submetem seus filhos à dieta de exclusão do leite, sob o risco de raquitismo, deficiência na mineralização óssea, anemia, baixo crescimento, hipoalbuminemia e gastroenteropatia crônica grave.

Diagnósticos falsos positivos e o preconceito com o consumo do leite podem ter relação direta com a história do leite no Brasil. Data de 1532 a chegada do primeiro rebanho leiteiro em “Pindorama”, nome dado ao Brasil pelos índios. Contava com 32 cabeças de gado que se reproduziram rapidamente pela falta de cercas e arames, e logo povoou terras mais distantes no interior da Colônia. O maior animal que os índios conheciam era a anta e como não havia tradução na língua tupi para vaca, passaram a chamá-la de “cobaiguara”, que significava “anta de outras terras” (DIAS, 2012).

O leite fazia parte do costume alimentar português, por isso, Martin Afonso de Souza trouxe as vacas para o Brasil, porém foi sua esposa Ana Pimentel quem dinamizou a produção. Em 1874 foi patenteada a invenção do arame farpado e então trazido ao Brasil pelo Barão de Mauá, o que favoreceu a criação do gado e impediu que ao pastar os animais destruíssem lavouras de cana, tabaco (segunda maior economia da Colônia), arroz, feijão, mandioca e milho. Ainda assim, a pecuária foi desvalorizada com entraves e obstáculos como a criação da lei que exigia a exploração dos animais a dez léguas do mar, de forma que a terra mais rica e úmida ficasse exclusivamente para a agricultura (DIAS, 2012).

O hábito de se consumir leite só foi adquirido com a emigração forçada da corte portuguesa, porém o consumo do leite puro só era permitido às crianças, conforme mostra o tabu da época. Tabu que surgiu para garantir o consumo do leite pela corte, uma vez que a escassez do produto ainda era uma constante. Assim surgiu o mito “Leite com manga, jaca, banana é veneno puro”. As amas de leite também surgiram pela falta do produto, e eram comercializadas a preços altos, porém o preço do leite materno era menor que o do leite de vaca, devido à raridade do produto (DIAS, 2012).

A chegada da família Real ao Brasil em 1808, o ciclo do café em 1850 e a abolição da escravatura incentivaram o consumo de leite e proporcionaram melhores condições para a pecuária leiteira, devido à movimentação causada na economia do país. A primeira fábrica de queijo foi inaugurada em 1880, mostrando que o consumo de leite era marginalizado pela população, contudo as estradas não carroçáveis, a falta de implementos agrícolas (latão de leite, foices e enxadas) e doenças incontroláveis dos animais ainda foram um entrave para o crescimento da pecuária. E foi a combinação, ensino, pesquisa e extensão os responsáveis pelos avanços obtidos na indústria leiteira (DIAS, 2012).

Em suma a história do leite mostra que preconceitos com seu consumo datam desde a chegada do primeiro rebanho (DIAS, 2012).

2.3 Prevalência e incidência da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.

Spolidoro et al. (2005) realizou um inquérito epidemiológico em consultórios de 30 gastroenterologistas pediátricos de 20 cidades de 11 estados nas 5 regiões brasileiras, e mostrou a suspeita de alergia alimentar em 7,3% das 9.478 crianças consultadas durante quarenta dias (período do estudo), o leite de vaca estava envolvido em aproximadamente 540 crianças, ou seja, em 77% das suspeitas de alergia. Sendo assim, a incidência e a prevalência da suspeita de APLV foram, 2,2% e 5,7% respectivamente. Uma meta-análise realizada como parte do programa EuroPrevall, mostrou uma prevalência de 2% a 3% no primeiro ano de vida e a partir dos seis anos esta prevalência cai para menos de 1% (KOLETZKO et al., 2012). O risco da alergia aumenta em 40%, quando um familiar de primeiro grau (pais ou irmãos) é alérgico (FERREIRA e SEIDMAN, 2007). Apesar de sua alta prevalência, o prognóstico da alergia é positivo, com chances de recuperação total e desaparecimento dos sintomas entre os 3 e 4 anos de idade (ANTUNES e PACHECO, 2009).

Para Host (2002), a incidência de APLV varia de 2% a 3% no primeiro ano de vida. Sendo que, 56% das crianças até um ano apresentam remissão dos sintomas, aos três anos 87% e aos 15 anos 97%. Crianças de até cinco anos que eram diagnosticadas como alérgicas à proteína do leite apresentaram evolução positiva em 80% a 90% dos casos. Entretanto, mesmo nas crianças que desenvolveram tolerância houve tendência para o desenvolvimento de asma, rinite ou dermatite, em um processo que o autor denominou de “marcha atópica”.

Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou em 2007, 3,9% das crianças de até 18 anos apresentaram alergia à proteína do leite vaca, revelando aumento em 18% dos casos de 1997 a 2007 (BRANUM e LUKACS, 2009).

A prevalência da intolerância à lactose é de 5% no Nordeste da Europa, 4% na Dinamarca, 5% Grã-Bretanha e de 1% a 7% na Suécia (MATTAR e MAZO, 2010). Em Joinville (SC), Pereira Filho e Furlan (2004), estudaram 1.088 indivíduos, dos quais 480 (44,11%) foram diagnosticados como intolerantes, sendo a maior incidência em crianças de zero a dez anos com 23,71%, ocorrendo uma diminuição da incidência à partir dos 40 anos, expressando o menor percentual depois dos 60 anos com 6,71% (73 casos).

A prevalência da intolerância à lactose exibe variações de acordo com a etnia dos povos estudados, sendo que os australianos e norte-americanos possuem a menor prevalência. Segundo Lomer (2008) a prevalência entre os ingleses é de 5%,

entre os finlandeses e franceses de 15%, na América do Sul e África chega a mais de 50% de casos de IL e em alguns países asiáticos quase 100% da população sofrem com a IL. As causas para essa diferença étnica ainda são desconhecidas (LOMER et al., 2008).

2.4 Sintomas da Alergia e Intolerância

A intolerância à lactose exibe sintomas tipicamente abdominais como: flatulência, desconforto abdominal, diarreia, náusea, borborismo, vômito e constipação. Os sintomas da intolerância se manifestam de 30 minutos a 2 horas após o consumo, e normalmente é necessário a ingestão de 12g de lactose (240ml de leite) por vez, para iniciar o desconforto dos sintomas na maioria dos pacientes com intolerância. Alguns pacientes, porém, conseguem ingerir pequenas porções de lactose e não apresentar os sintomas (ANTUNES e PACHECO, 2009). A constipação é observada possivelmente pela produção de metano. A dor abdominal e inchaço são normalmente causados pela fermentação da lactose pela microbiota intestinal que leva à produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), hidrogênio, metano e dióxido de carbono (LOMER et al., 2008).

Os sintomas da alergia ocorrem mesmo quando o indivíduo consome quantidades muito pequenas de leite.

2.5 Diagnóstico de Intolerância à Lactose e Alergia à Proteína do Leite de Vaca

O diagnóstico da intolerância baseia-se no exame físico e na anamnese completa do paciente, buscando sempre histórico gestacional, história familiar, histórico alimentar e pesquisa de fatores desencadeantes, como introdução precoce da alimentação complementar (LIBERAL et al., 2012).

Com relação aos exames complementares ao diagnóstico, Antunes e Pacheco (2009), citam cinco formas de diagnosticar a intolerância à lactose:

✓ por biópsia;

- ✓ por teste de tolerância oral com ingestão de 50g de lactose, que corresponderia à quantidade deste dissacarídeo em 1 litro de leite;
- ✓ por exame de urina, quando etanol e lactose, são ingeridos conjuntamente, para desta forma impedir a conversão hepática de galactose à glicose e a galactose é excretada na urina;
- ✓ por teste de excreção de hidrogênio através da respiração após ingestão de lactose. Este teste é fundamentado no princípio da formação de H₂ exclusivamente pela fermentação bacteriana sobre a lactose não digerida presente no cólon, sendo este gás absorvido e então eliminado pelos pulmões (FARIAS, FAGUNDES, NETO, 2004).
- ✓ novo método com emprego de biologia molecular que passou a ser realizado no HC (Hospital das Clínicas) da USP/São Paulo, com emprego da biologia molecular. O método é baseado na coleta de sangue para extração do DNA dos leucócitos e detecção do polimorfismo genético (mutação que permite ao homem tolerar o leite por persistência da enzima lactase) (ANTUNES e PACHECO, 2009).

Os testes citados a cima possuem alta especificidade quando comparado ao teste de biópsia (ANTUNES e PACHECO, 2009). O teste do hidrogênio expirado é considerado padrão ouro, tendo de 80% a 93,0% de sensibilidade e 100% de especificidade (ROMAGNUOLO et al, 2002). A prova terapêutica, método comumente utilizado por ser mais econômico, deve ser executada com cautela, para evitar prejuízos nutricionais com uma dieta isenta de lácteos (LIBERAL et al., 2012).

Quanto ao volume de lactose ingerida no Teste de Tolerância Oral, cabe uma crítica por ser extremamente alta, correspondendo a aproximadamente um litro de leite (ANTUNES e PACHECO, 2009). Todavia, não é comum um indivíduo ingerir um volume de leite tão elevado, sobretudo, durante uma só refeição.

Com relação à alergia, os testes diagnósticos mais utilizados são:

- a) Testes cutâneos como *prick test* ou *patch test*;
- b) Diagnóstico Laboratorial: análise sérica IgE específica (ImmunoCap®), RAST (*radioallergosorbent test*) e ELISA;
- c) Endoscopia Digestiva alta e baixa
- d) Biópsia intestinal;
- e) Dieta de exclusão;
- f) Teste de Desencadeamento Oral (ANTUNES e PACHECO, 2009) (BRASIL, 2008) e (LIBERAL, 2012).

O teste de desencadeamento oral duplo-cego controlado por placebo, continua sendo o padrão ouro para diagnóstico de APLV e o único com resultados fidedignos (BRASIL, 2008), com relação aos demais, muitas críticas e ressalvas são feitas com

pouca conclusão sobre especificidade e sensibilidade (FERREIRA e SEIDMAN, 2007).

O teste de desencadeamento oral, pode ser duplo-cego, simples-cego ou aberto (MORAIS et al., 2010) e exige uma infraestrutura adequada e por isso nem sempre pode ser utilizado na prática clínica (ANTUNES e PACHECO, 2009). Este ensaio também não pode ser realizado em pacientes com risco de morte e manifestações graves, como risco de choque anafilático. Ele deve ser efetuado em ambiente hospitalar com acompanhamento de pediatra, e para segurança do paciente, material que possa ser utilizado em caso de emergência, como injeção de adrenalina (CORREA et al., 2010).

O teste não possui um protocolo padrão e sofre alterações de acordo com o serviço (hospital) que é realizado. Na maioria das vezes, inicialmente, o leite é colocado em contato na região perioral com auxílio de uma gaze. Após 30 minutos é administrado, por via oral, 10 mL de leite integral ou fórmula infantil, com um esquema progressivo de aumento de volume, dobrando-se a dose a cada 20 a 30 minutos durante 2,5 horas (CORREA et al., 2010) (MORAIS et al., 2010).

O paciente permanece em observação por mais uma hora antes de ser dispensado para seu domicílio. Essa etapa do desencadeamento se estende ainda por quatro semanas. É recomendado que o paciente consuma diariamente leite e derivados. São realizados contatos telefônicos para confirmar se o paciente se mantém assintomático. Sempre que possível, após quatro semanas é realizada uma consulta, com exame físico e avaliação antropométrica. Caso não seja possível a consulta, é realizado contato telefônico. Os pacientes que ao longo desse período apresentem manifestações clínicas são orientados a procurar o Pronto-Socorro ou Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica (MORAIS et al., 2010).

O teste é interrompido e considerado positivo quando ocorre uma ou mais reações compatíveis com alergia à proteína do leite como: vômitos, diarreia, presença de sangue nas fezes, lesão cutânea eritematosa ou edematosa compatível com urticária, rinoconjuntivite e sibilância (CORREA et al., 2010).

Baseado nos problemas causados pela superestimação e subestimação do diagnóstico, a patogênese da APLV e IL devem ser estudadas exaustivamente. Embora tenha havido grandes avanços na compreensão do sistema imunológico, a

patogênese e a maioria das suas reações de hipersensibilidade alimentar continuarem desconhecidas. Vários fatores têm um papel importante, entre eles a genética, a microbiota intestinal do hospedeiro, a dosagem e a frequência de exposição a vários alérgenos alimentares, bem como a alergenicidade de várias proteínas alimentares. A imaturidade da mucosa intestinal vem sendo apontada como um dos mecanismos que poderiam explicar a incidência mais alta de Alergia Alimentar (AA) em lactentes e crianças. Todavia, embora a absorção de macromoléculas seja elevada em prematuros, isto não está necessariamente associado a maior incidência da AA. Anormalidades na indução ou manutenção da tolerância oral parecem influenciar o desenvolvimento de reações de hipersensibilidade alimentar (FERREIRA e SEIDMAN, 2007).

2.6 Consensos de Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Intolerância à Lactose.

Há três sociedades que regulamentam a definição, epidemiologia, sintomatologia e tratamento da Alergia à Proteína do Leite Vaca (APLV). Entretanto, com relação à intolerância à lactose, não há consenso que regule a patologia. As legislações estão representadas pelo Guideline do European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) de agosto de 2012, DRACMA da World Allergy Organization de abril de 2010 e Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar de 2007, escrito em conjunto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI) (BRASIL, 2008), (FIOCCHI et al., 2010), (KOLETZKO, et al., 2012) .

Com relação à definição, as três sociedades concordam que a alergia à proteína do leite de vaca é uma reação adversa à ingestão do leite, sendo obrigatoriamente imunomediada, podendo ser classificada em IgE mediada, não IgE mediada e mista (BRASIL, 2008), (FIOCCHI et al., 2010), (KOLETZKO et al., 2012).

O Consenso da ASBAI (2007) não cita a incidência e prevalência especificamente da APLV, somente ressalta a estimativa da alergia alimentar de

forma geral (BRASIL, 2008). O Guideline do ESPGHAN (2012) define a prevalência como sendo de 2% a 3% para lactentes menores de um ano e menos que 1% para crianças de até seis anos (KOLETZKO et al., 2012). Para o DRACMA (2010) a incidência está em torno de 1% a 17,5% para crianças de fase pré-escolar, de 1% a 13,5% para crianças de 5 a 16 anos e de 1% a 4% na fase adulta (FIOCCHI et al., 2010).

Quando comparadas as três legislações, não há distinções relevantes nos sinais e sintomas, somente na forma de classificá-los. Para o consenso da ASBAI, os sintomas são classificados de acordo com a Tabela 1 (BRASIL, 2008). Os sintomas listados pelo Guideline do ESPGHAN constam na Tabela 2 (KOLETZKO et al., 2012) e aqueles identificados pelo DRACMA segue na Tabela 3 (FICCHI et al., 2010).

Tabela 1: Sintomas da Alergia à Proteína do leite de Vaca de acordo com a ASBAI

Manifestações	sintomas
Cutâneos	Urticária e Angioedema Dermatite atópica Dermatite herpetiforme
Gastrintestinais	Hipersensibilidade Gastrintestinal Imediata Síndrome da Alergia Oral Esofagite Eosinofílica alérgica Gastrite Eosinofílica Alérgica Gastroenterocolite Eosinofílica Alérgica Enteropatia Induzida por Proteína Alimentar Proctite induzida por Proteína Alimentar Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar
Respiratório	Asma persistente Rinite Alérgica Síndrome de Hiner
Sistêmica	Anafilaxia
Cardiovascular	Dor Torácica

	Arritmia
	Choque
	Hipotensão
Nervoso	Sonolência
	Convulsão
	Confusão Mental

Fonte: BRASIL, 2008

Tabela 2: Sintomas da Alergia à proteína do Leite de Vaca de acordo com Guideline 2012

Manifestações	Lactentes e Crianças	Crianças e Crianças velhas	Mais Reação Imediata
Gastrintestinais	Disfagia	Disfagia	Vômito
	Regurgitação	Impacto na	
	Frequente	alimentação	
	Cólica	Regurgitação	
	Dor Abdominal	Dispepsia	
	Vômito	Náusea	
	Anorexia	Vômito	
	Recusa Alimentar	Anorexia	
	Diarréia com perda de sangue	Saciedade precoce	
	Constipação com assadura perianal	Diarréia com perda de sangue	
	Dificuldade de Crescimento	Constipação	
	Perda oculta de sangue	Dor Abdominal	
	Deficiência de Iodo	Perda oculta de sangue	
	Anemia	Deficiência de Iodo	
		Anemia	
Respiratório	Corrimento Nasal	Corrimento Nasal	Tosse ou estridor
	Chiado	Chiado	Dificuldades Respiratórias

	Tosse crônica (não relacionadas a infecções)	Tosse crônica (todas relacionadas a infecções)	
Dermatológicas	Urticária (sem relação com infecção, ingestão de droga ou outros casos) Eczema Atópico Angioedema (inchaço dos lábios ou pálpebras)	Urticária (sem relação com infecção, ingestão de droga ou outros casos) Eczema Atópico Angioedema (inchaço dos lábios ou pálpebras)	Urticária Angioedema
Geral	Anafilaxia Choque com sintomas severos, vômito e diarreia (enterocolite induzida por proteína alimentar)	Anafilaxia	Anafilaxia enterocolite induzida por proteína alimentar

Fonte: KOLETZKO et al., 2012

Tabela 3: Sintomas da Alergia à Proteína do Leite de Vaca de acordo com DRACMA 2010

	Gastrointestinal	Respiratório	Dermatológico	Geral	Neurológico
IgE Mediada	Náusea, Vômito Dor abdominal Diarréia	Asma Rinite	Urticária	Anafilaxia	Tremor Confusão Mental Síncope
Não IgE Mediada	Doença do Refluxo gastroesofágico Estenose do Píloro		Dermatite Atópica Eczema		

Esofagite
Eosinofílica
Constipação

Fonte: FIOCCHI et al., 2010

Segundo o Consenso da ASBAI, os primeiros passos para o diagnóstico são a história clínica, a capacidade recordatória dos sintomas e a sensibilidade do médico. Além das informações obtidas na anamnese, a investigação laboratorial poderá ser implementada, e muitas vezes, lançando mão de exames complementares para confirmação e, ou elucidação diagnóstica. A avaliação crítica do mecanismo provável da alergia alimentar irá dirigir a solicitação dos exames complementares, quando necessários (BRASIL, 2008). DRACMA (2010), em adição, faz uma abordagem mais humanista e comenta sobre o diagnóstico correto para diminuir o impacto nutricional e social dessa família. Englobando as questões mais pertinentes de serem avaliadas, cita:

- ✓ A idade de início
- ✓ Natureza dos sintomas
- ✓ Frequência de sua manifestação
- ✓ O tempo entre a ingestão e o aparecimento dos sintomas
- ✓ Quantidade de leite necessária para provocar sintomas
- ✓ Método de preparação de leite
- ✓ A reprodutibilidade da reação
- ✓ Intervalo de tempo desde a última reação
- ✓ Influência de fatores externos sobre a manifestação (por exemplo, exercício, alterações hormonais ou estresse emocional) (FIOCCHI et al., 2010).

Em unânimidade, os três órgãos defendem o teste de Provocação Oral como sendo o diagnóstico de maior acurácia. Os testes são classificados de acordo com o conhecimento do paciente (ou de sua família) e do médico quanto à natureza da substância ingerida (alimento ou placebo mascarado), sendo assim podem ser: aberto (paciente e médico cientes), simples cego (apenas o médico sabe o que está sendo administrado) ou duplo cego e controlado por placebo, onde nenhuma das partes tem conhecimento do preparado a ser testado pelo paciente (BRASIL, 2008) (FIOCCHI et al., 2010) (KOLETZKO et al., 2012).

Dentre os exames que podem ser indicados é válido citar:

✓ IgE sérica:

Somente identifica as alergias IgE mediadas.

✓ Testes cutâneos de hipersensibilidade imediata, *Patch Test* e *Prick Test*:

O *Patch Test* e o *Prick Test* são testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (ou seja, IgE mediada) que usam extratos padronizados dos principais alérgenos. A confirmação do diagnóstico através do teste ocorre quando há formação de pápula de 3mm ou mais de diâmetro. O valor preditivo negativo é de 95% (LIBERAL et al., 2012).

Um ponto fraco do teste é a quantidade reduzida de extratos padronizados disponíveis para uso clínico e a estabilidade de muitos alérgenos alimentares são problemas que limitam a sua aplicação de modo mais amplo. Isto certamente poderá ser resolvido com a futura introdução de alérgenos alimentares recombinantes.

ASBAI (2007) e ESPGHAN (2012) são unânimes em dizer que o *Patch Test*, neste momento não é recomendado, mas que no futuro, poderá ser uma ferramenta excelente de ser utilizada, desde que haja concordância na preparação e padronização do antígeno (BRASIL, 2008), (KOLETZKO et al., 2012). O DRACMA (2010), é contrário ao uso do *Prick Test*, caso seja usado de forma isolada (FIOCCHI et al., 2010).

A base do tratamento da alergia alimentar é essencialmente nutricional e está apoiada sob dois grandes pilares:

1. a exclusão dos alérgenos alimentares responsáveis
2. a utilização de fórmulas ou dietas hipoalergênicas, em lactentes

A retirada dos alimentos alergênicos da alimentação da criança é ainda a única forma disponível comprovadamente eficaz no tratamento da alergia alimentar. Tal conduta deve contemplar a total exclusão do alimento reconhecido ou supostamente envolvido, inclusive os produtos dele derivados e de preparações que o contenham. É importante a identificação do alérgeno, a fim de se manter a oferta alimentar qualitativa e quantitativamente adequada, evitando, portanto, o uso de dietas desnecessárias e muito restritivas (KOLETZKO et al., 2012).

A avaliação adequada do estado nutricional com o objetivo de planejar e adequar a ingestão às necessidades nutricionais da criança, de acordo com os tipos de alimentos permitidos, é uma prática que deve ser compreendida como prioritária. Todo empenho deve ser feito no intuito de realizar as substituições alimentares visando garantir a oferta nutricional adequada alcançando-se as suas necessidades

que devem obedecer as atuais recomendações nutricionais, como o Regulamento Técnico sobre a Ingestão Diária Recomendada (IDR) de Proteína, Vitaminas e Minerais da ANVISA publicado em 2004 (BRASIL, 2008).

Para lactentes, a ASBAI (2007), comenta que deve priorizar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses, com introdução da alimentação complementar posterior a esta idade. Nestas condições, caso identificada a APLV, submete-se a mãe à dieta de exclusão de leites e derivados com orientação nutricional adequada para ela e para a criança, por ocasião da introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2008).

Para o consenso do ESPGHAN (2012), a escolha de uma fórmula infantil deve ser baseada na idade da criança e na presença de outras alergias alimentares (KOLETZKO et al., 2012).

A utilização de fórmulas chamadas de hipoalergênicas ou H.A., que são as parcialmente hidrolisadas somente podem ser indicadas para prevenção, por conterem proteínas intactas do leite de vaca e, portanto, potencial alergênico.

Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), para ser considerada hipoalergênica, a fórmula infantil extensamente hidrolisada ou semi-elementar, não deve causar reações alérgicas em até 90% das crianças com alergia ao leite de vaca, comprovação esta realizada em testes de provocação duplo-cego controlados com placebo, em estudos prospectivos e randomizados.

Os preparados à base de soja em apresentações líquidas ou em pó (por não atenderem recomendações nutricionais para faixa etária e gênero e por não conterem proteínas isoladas e purificadas), assim como os produtos à base de leite de cabra, ovelha e outros mamíferos (pela similaridade antigênica) (JOHANSSON et al., 2004)

As fórmulas atualmente disponíveis no mercado adequadas para crianças menores de um ano e que podem ter indicação no manejo dietético da alergia às proteínas do leite de vaca são: 1) fórmulas à base de proteína isolada de soja, com proteínas purificadas e suplementadas para atingir as recomendações nutricionais do lactente; 2) fórmulas e dietas à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados protéicos), compostas por peptídeos e aminoácidos obtidos por hidrólise enzimática e/ou térmica ou por ultrafiltração; 3) dietas à base de aminoácidos livres, as únicas consideradas não alergênicas (BRASIL, 2008)

Com relação à prevenção, o ESPGHAN (2012) e o Consenso da ASBAI (2007) divergem com relação ao uso de probióticos para prevenção da alergia. ASBAI

defende o uso da cepa: *Lactobacillus rhamnosus*, como sendo importante para a prevenção, ao passo que o ESPGHAN, comenta que não há consenso sobre o uso de probióticos e prebióticos na prevenção de alergia alimentar (BRASIL, 2008), (KOLETZKO, 2012).

2.7 Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Intolerância à Lactose.

O diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca deve ser realizado com cautela, uma vez que sua única forma de tratamento é a exclusão do leite, o qual é importante fonte de nutrientes, sendo também capaz de modular funções fisiológicas específicas (ANTUNES e PACHECO, 2009).

O objetivo global do tratamento nutricional é evitar o desencadeamento dos sintomas, a progressão da doença e a piora das manifestações alérgicas e proporcionar à criança crescimento e desenvolvimento adequado. Neste sentido, o ESGHAN (2012) e ASBAI (2007), fazem referência à importância da equipe multidisciplinar, na execução desta dieta (BRASIL, 2008), (KOLETZKO et al., 2012).

No caso da intolerância à lactose, a exclusão dos produtos lácteos não precisa ser total. Cada paciente reage ao consumo de lácteos de forma diferente, ou seja, cabe ao profissional a sensibilidade de compreender como e em qual situação cada paciente reage à lactose para, então, montar uma dieta adequada garantindo o aporte ideal de macro e micronutrientes sem prejuízos nutricionais. Os fatores responsáveis por esta variabilidade incluem a osmolalidade, conteúdo de gordura do alimento, tempo de esvaziamento gástrico, sensibilidade à distensão abdominal produzida pela carga osmótica da lactose não hidrolizada, trânsito intestinal e a resposta do cólon à carga de carboidrato. De uma maneira geral, os alimentos com alta osmolalidade e conteúdo de gordura diminuem o esvaziamento gástrico e reduzem a gravidade dos sintomas induzidos pela lactose (MATTAR e MAZO, 2010).

Para os lactentes, o aleitamento materno ou as fórmulas infantis da categoria: “Sem lactose” são a melhor opção (LIBERAL, 2012). As fórmulas infantis são seguidas em categorias como, por exemplo: “Sem Lactose” de acordo com as

resoluções RDC n. 43, 44 e 45 de 2011 (Regulamento Técnico referente às fórmulas infantis para lactentes e às fórmulas infantis de seguimento) (BRASIL, 2011).

Para as crianças maiores, os adultos e idosos, o leite deslactosado possui redução de 80% a 90% de lactose. Os queijos com exceção dos frescos também são excelentes opções por conterem apenas traço de lactose, como por exemplo: Brie, Camembert, Cheddar, Reino, Emental, Gorgonzola, Parmesão, Prato, Provolone, Roquefort e Suíço. Os iogurtes também são tolerados pelos pacientes lactase não persistentes. A lactose contida no iogurte é fermentada em ácido láctico durante o processo de fabricação. Entretanto na maioria das fábricas, é adicionado ao produto, leite em pó ou soro de leite a fim de aumentar o teor de sólidos, melhora da textura e diminuição na perda durante a dessoragem. Desta forma, alguns iogurtes possuem praticamente o mesmo valor de lactose do leite comum, porém as culturas lácticas fermentadoras presentes nos iogurtes, apresentam a enzima β -D-galactosidase que continua ativa facilitando a quebra da lactose no trato digestivo humano (ANTUNES e PACHECO, 2009).

Batista et al. (2008), avaliaram cem marcas de iogurtes e oitenta de leites fermentados comercializados. O estudo analisou características físico-químicas como pH, acidez titulável e percentual de lactose. Com relação à lactose, os autores concluíram que há uma redução entre 1,2% e 39,8% de lactose em iogurtes, e entre 19,8% e 23,0% para os leites fermentados, quando comparados ao leite. Os resultados indicam que pacientes com hipolactasia podem tolerar quantidades diferenciadas de alguns produtos e até mesmo, tolerar marcas diferentes de uma mesma categoria.

Ainda é necessário o esclarecimento das famílias e dos pacientes com intolerância, a lerem e interpretarem rótulos dos alimentos e medicamentos. Devido suas fortes características tecnológicas, a lactose pode ser adicionada a alimentos para modificar textura, cor e capacidade de retenção de água, já nos medicamentos atuam como veículo ou excipiente. Portanto é grande a variedade de produtos não lácteos que contenha lactose (ANTUNES e PACHECO, 2009).

No tocante a intolerância à lactose, a qual não é necessária a restrição total de lácteos da dieta, algumas recomendações são importantes para garantir a ausência de sintomas no paciente, como: ingestão de lácteos junto com outros alimentos, o seu fracionamento ao longo do dia e o consumo de produtos fermentados e maturados

(MONTALTO et al, 2006). Todavia, mais estudos são necessários para determinar o melhor tratamento da intolerância (LIBERAL et al., 2012).

Com relação à alergia, o melhor tratamento dietoterápico para os lactentes é sempre o leite materno, porém caso não seja possível, deve-se usar as fórmulas infantis (DELGADO et al., 2010). As fórmulas infantis mais frequentemente prescritas em lactentes alérgicos consistem de hidrolisados de caseína ou de soro de leite. Fórmulas à base de proteína de leite de vaca totalmente ou extensamente hidrolisada são quase sempre eficazes (97%) em lactentes com alergia à proteína do leite de vaca de início imediato ou tardio (FERREIRA e SEIDMAN, 2007). Entretanto, nenhuma das fórmulas hidrolisadas está completamente livre de alérgenos e reações graves raras às fórmulas extensamente hidrolisadas já foram descritas. Em casos graves resistentes ao tratamento com fórmula totalmente hidrolisada ou em pacientes com alergias alimentares múltiplas, são necessárias fórmulas à base de aminoácidos livres (BRASIL, 2008).

O uso de fórmulas à base de proteína de soja para a alergia ao leite de vaca é controverso. Em geral, não se aconselha introduzir um novo alimento, como a soja, em pacientes com barreira da mucosa intestinal ativamente inflamada e lesada por pelos menos um mês, pois o alérgeno promove uma reação inflamatória na mucosa. Em consequência dessa inflamação, ocorre aumento adicional da permeabilidade da mucosa, que já é mais permeável pela própria imaturidade gastrointestinal dos lactentes, com maior penetração de macromoléculas, perpetuação do processo inflamatório e, na maioria das vezes, com aparecimento de sensibilidade também para a proteína da soja (PEREIRA e SILVA, 2008).

As fórmulas infantis à base de soja, amplamente utilizada para tratamento de APLV e IL, diferem das bebidas de à base de soja ou “Leites de Soja”, por sua indicação e refinamento na produção. As Fórmulas de soja (FS), são indicadas para tratamento de alergia à proteína do leite de vaca IgE mediada (à partir de 6 meses), intolerância à lactose, galactosemia, e opção familiar (vegetarianos ou vegans). As bebidas de soja são indicadas para crianças com alergia ou intolerância, à partir dos dois anos de vida. Como a soja, possui baixas concentrações de L-metionina, L-carnitina e taurina, compostos essenciais para os lactentes, as FS, são acrescidas desses nutrientes. Por apresentarem fitatos que atrapalham absorção e diminuem a biodisponibilidade de ferro e zinco, as fórmulas de soja, são suplementadas desses minerais, além de cálcio e fósforo, objetivando a adequada mineralização óssea

(YONAMINE et al., 2011). Além de fitatos, a soja também possui alto teor de alumínio e fitoestrógeno (representado na soja pela classe das isoflavonas, genisteína e daidzeína). Estudos guardam relação entre alto teor de fitoestrógeno e efeito no desenvolvimento sexual e reprodutivo (AGOSTINI et al., 2006), porém, são necessários mais trabalhos sobre os efeitos adversos do uso da soja em longo prazo (YONAMINE et al., 2011).

Estudo de provocação oral duplo cego controlado por placebo realizado com o leite de cabra mostrou que o uso deste é inseguro para pacientes com APLV, pois 92% dos 26 pacientes com APLV também apresentaram reações ao leite de cabra. Tanto o ESPGHAN (2012) quanto a AAP (2000), recomendam a exclusão de qualquer produto ou fórmula que contenha a proteína intacta ou parcial do leite, além de leites de outras espécies, como cabra e ovelha (KOLETZKO, 2012) (ACADEMY AMERICAN PEDIATRICS, 2000).

Além disso, as alergias concomitantes podem estar presentes em um indivíduo apesar de não ser mais utilizada a nomenclatura "reação cruzada". A prevalência de concomitante alergia à soja em lactentes com alergia ao leite de vaca varia consideravelmente de 0% a 60% em diferentes estudos, dependendo dos critérios usados (se estudos controlados por placebo foram realizados ou não) (KOLETZKO, 2012). O que contraindica o uso de soja para lactentes menores de seis meses (YONAMINE et al., 2011). Quando o alto custo e o sabor limitam o uso de fórmulas extensamente hidrolisadas, pode-se usar fórmulas à base de soja, desde que a partir dos 6 meses de vida, considerando o risco de indução à alergia também à soja, conforme descrito (KOLETZKO, 2012).

Estudos mostram que bebês a termo amamentados com fórmula de soja possuem um adequado ganho de peso e altura e mineralização óssea, porém não apresentam vantagens nutricionais quando comparado com bebês alimentados com fórmulas à base de leite de vaca (YONAMINE et al., 2011). Todavia, são contraindicadas para bebês prematuros, pois existem evidências de baixo ganho de peso e de níveis séricos de proteínas totais e albumina diminuídos (AGOSTINI et al., 2006).

O leite de cabra também tem sido utilizado como dieta substitutiva para alérgicos, provavelmente devido ao seu menor teor de α -caseína, porém, não é seguro devido ao risco de alergia concomitante de 92% dos casos (DRUNKLER et al., 2010)

A alergia alimentar é uma característica complexa influenciada não apenas pela herança poligênica, mas também por fatores ambientais. A maioria dos estudos preventivos até agora se preocupou com lactentes com histórico familiar positivo para alergia. Todavia, há dúvidas se esse critério de seleção é suficientemente sensível ou específico (BRASIL, 2008).

Foi demonstrado que a exposição a pequenas quantidades de fórmulas contendo leite de vaca durante os primeiros dias após o nascimento pode aumentar a probabilidade de alergia ao leite de vaca. Tanto a fórmula hidrolisada como o leite materno protegem contra a alergia ao leite de vaca, comparativamente ao uso rotineiro de uma fórmula infantil à base de leite de vaca (FERREIRA e SEIDMAN, 2007).

Embora as fórmulas totalmente hidrolisadas pareçam auxiliar na prevenção da alergia ao leite, problemas relacionados ao seu custo e palatabilidade levaram à criação de fórmulas parcialmente hidrolisadas ou HA (hipoalergênico). O objetivo de desenvolver esse tipo de produto foi tentar prevenir a sensibilização primária de lactentes e ao mesmo tempo estimular a tolerância oral aos antígenos do leite. Outras possíveis vantagens das fórmulas parcialmente hidrolisadas em relação às extensamente hidrolisadas, no tocante à prevenção, são suas propriedades organolépticas melhores, bem como seu custo mais baixo. No entanto, os peptídeos nas hipoalergênicas retêm a antigenicidade e são portanto contraindicados para tratamento da alergia ao leite. Evidências obtidas de vários estudos defendem o uso das parcialmente hidrolisadas para a prevenção de alergia em lactentes de alto risco (FERRERA e SEIDMAN, 2007).

Ainda que alguns estudos tenham mostrado o efeito benéfico da adesão da mãe a uma dieta sem leite durante o período final da gravidez e da lactação, não está claro se os benefícios foram devido às restrições alimentares maternas, à lactação, ou a ambas (FERREIRA e SEIDMAN, 2007). Além disto, outros estudos não conseguiram demonstrar o benefício de uma dieta restritiva durante a gravidez, e isso foi confirmado por uma meta-análise (KRAMER, 2000). Em acréscimo a esses achados negativos, o ganho ponderal materno ficou comprometido pela restrição de leite de vaca e de ovos, considerados alimentos essenciais durante a gravidez. Atualmente, existe o consenso de que não há embasamento científico para recomendar uma dieta restritiva durante o período final da gravidez (MORAIS et al., 2010), (ZEIGER, 2003).

Alguns estudos avaliaram a utilização de dietas de controle de alérgenos alimentares durante a lactação para a prevenção de doença atópica em lactentes de alto risco. Uma meta-análise desses estudos concluiu que o controle de alérgenos alimentares das mães durante a lactação pode reduzir temporariamente o desenvolvimento de eczema no início da infância (KRAMER, 2000). Os autores também observaram que as limitações metodológicas dos estudos relatados sugerem que se deve ter cuidado antes de implementar os resultados. Além disto, outros estudos apresentaram resultados contrários aos achados acima. Por essa razão, os comitês consultivos são mais prudentes quanto a esse assunto e sugerem a implementação de uma dieta materna restritiva durante a lactação somente após a avaliação do risco atópico e circunstâncias individuais de cada família (ZEIGER, 2003).

Membros da Academia Americana de Pediatria somente recomendam o controle de ingestão de amendoim porque o mesmo não é um alimento essencial, e a alergia ao amendoim é muito comum nos EUA. Todavia, demonstram que a exclusão do leite se for feita, deve ser calculada nutricionalmente com muita cautela. Em mães com dieta restritiva de leite, sugere suplementação com cálcio e uso de um complexo multivitamínico (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2000).

Entretanto, a partir da revisão de ensaios clínicos, o novo posicionamento da AAP sugere que não seja feito nenhum tipo de dieta de exclusão materna durante a gestação (MORAIS et al., 2010).

A fim de reduzir os impactos nutricionais da dieta de exclusão a suplementação medicamentosa de alguns nutrientes se faz necessária.

A suplementação ou complementação da oferta de cálcio na dieta das crianças com APLV deve ser realizada sempre que necessário, conforme evidenciado na história dietética. A suplementação pode ser feita utilizando-se os diversos tipos de sais de cálcio disponíveis no mercado brasileiro.

Ferro, zinco, fósforo, vitaminas A, C e D e complexo B, entre outros nutrientes, também são extremamente importantes e devem ser contemplados de forma adequada na dieta. Como se pode ver, o manejo dietético da APLV é complexo e vai além da eliminação do alérgeno alimentar da dieta.

É importante ressaltar que crianças com APLV que não apresentam evolução clínica e nutricional satisfatória com o manejo dietético adequado devem ser investigadas, principalmente, quanto a possíveis transgressões à dieta. Nos casos em que se tem certeza de

não haver qualquer tipo de erro na dieta e que a mesma não tenha sensibilizado o paciente, é recomendável reconsiderar o diagnóstico, pois possivelmente não se trata de APLV (MORAIS et al., 2010).

2.8 Impactos da Exclusão do Leite.

O leite é uma rica fonte de proteína de alto valor nutricional, gorduras, carboidratos, vitaminas e sais minerais, especialmente, cálcio, fósforo, ácido linoléico conjugado (ALC) e vitaminas B₂ e B₁₂ e no leite integral vitaminas A e D. O leite é um produto importante para os seres humanos por ser de alto valor nutricional (MATTANNA, 2011).

No tocante à intolerância, a exclusão total e definitiva da lactose da dieta deve ser evitada, pois pode acarretar prejuízo nutricional de cálcio, fósforo e vitaminas, podendo estar associada com diminuição da densidade mineral óssea e fraturas. Caso a exclusão seja necessária pela gravidade dos sintomas, a reintrodução dos produtos lácteos deve ser feita o mais breve possível, sempre respeitando o limiar de tolerabilidade do paciente (MATTAR e MAZO, 2010).

Segundo Ruzynyk e Still, (2001), 45% das mulheres intolerantes, restabelecem a habilidade de digerir a lactose durante a gestação. Antunes e Pacheco, (2009), sugerem que este fenômeno seja uma adaptação, tendo em vista que durante a gestação a necessidade dietética é aumentada em vários nutrientes, os quais o leite é rico, sobretudo o cálcio. Neste cenário a lactose também ocupa lugar de destaque por ter importante função durante a fase de amamentação para o lactente refletindo também na sua fase adulta. A lactose garante fonte importante de energia para o lactente e como acidifica o pH intestinal é um auxiliar na absorção do cálcio, além de guardar relação entre reforço do sistema imunológico e baixo pH intestinal (MEDEIROS et al., 2012)

Como o leite de vaca é importante fonte de nutrientes, a sua eliminação da dieta sem adequada substituição pode prejudicar o crescimento normal e a qualidade nutricional da dieta. Dessa forma, tão importante quanto à orientação aos pais é a avaliação da ingestão alimentar e do estado nutricional das crianças durante a dieta de exclusão. Esta necessidade é reforçada pelos resultados de estudos que demonstram menor ingestão de energia, podendo levar à desnutrição energético-

protéica, e deficiência de nutrientes, principalmente o cálcio, em crianças com alergia às proteínas do leite de vaca, quando comparadas a crianças sem alergia (MEDEIROS et al., 2004).

O tratamento da APLV é complexo e o envolvimento de diversos profissionais da área de saúde como, por exemplo, alergistas, assistentes sociais, gastroenterologistas, nutricionistas, em conjunto com o pediatra geral, beneficia os pacientes e os familiares permitindo que se sintam mais seguros e capazes de controlar a APLV (PEREIRA e SILVA, 2008).

Villares et. al. (2006) avaliaram a evolução do crescimento de 141 lactentes, com idade de 1 a 6 meses, e APLV isolada ou associada a outras alergias alimentares, dermatite atópica ou crise de sibilância. Os lactentes de todos os grupos receberam leite materno exclusivo até o momento do diagnóstico da APLV (3,8 meses com idade média de 1,5 meses) e posteriormente o leite materno associado à fórmula infantil especial (fórmula de soja ou hidrolisado protéico). Quando comparado o grupo de pacientes que só apresentaram APLV com os que tinham alergia a outros alimentos, observou-se, uma diferença significativa para o peso no momento do diagnóstico, com um ano e aos dois anos. Essas diferenças não foram constatadas para estatura. Os resultados mostraram que crianças com APLV isolada e que receberam fórmulas de substituição apresentaram, aos dois anos, um desenvolvimento pômbero-estatural similar à de uma população sadia. No entanto, a presença de outras alergias alimentares, dermatite atópica ou crises de sibilância afetaram negativamente o peso das crianças com APLV.

Medeiros et. al. (2004) comparam o estado nutricional de 26 crianças, com média de idade de 19,1 meses, que recebiam dieta isenta de leite de vaca e derivados, a 30 crianças, com média de idade de 16,8 meses, sem nenhum tipo de restrição alimentar. Os autores observaram que, o consumo de energia, lipídio, proteína, carboidrato, cálcio e fósforo, foi menor para o grupo de crianças com dieta restritiva quando comparada ao grupo controle. Em adição, o grupo em dieta isenta de leite de vaca e derivados, apresentou maior número de crianças com déficit, comparado ao grupo controle para todos os índices: Escore estatura/idade, peso/estatura, porém com diferença estatisticamente significativa somente para o índice peso/idade (MEDEIROS et al., 2004).

Christie et. al. (2002), compararam o consumo de 98 crianças com alergia alimentar (com média de idade de 3,7 anos) ao de 99 crianças sem alergia (com media

de idade de 4,1 anos) e observou que mais de 25% das crianças em ambos os grupos consumiram menos do que 67% das *Ingestões Dietéticas Recomendadas (DRIs)* para cálcio, vitamina D e vitamina E. Porém, 58% das crianças com APLV consumiram menos cálcio dietético do que as recomendações específicas para idade quando comparadas às crianças sem APLV (46%) e, ou alergia a um único tipo de alimento (25%) (CHRISTIE et al. 2002).

O raquitismo está relacionado à concentração de vitamina D, de cálcio e de fósforo, que podem se apresentar diminuídas por deficiência na dieta, alterações genéticas ou por metabolismo anormal desses minerais. É uma doença óssea caracterizada pela diminuição da mineralização da placa epifisária de crescimento. A deficiência de nutrientes, principalmente de vitamina D e cálcio, é a causa primária de raquitismo. O raquitismo que ocorre entre lactentes e crianças pode ser atribuído à baixa ingestão dietética de cálcio, quando expostos a dietas baseadas em cereais, com variedade limitada, e pouco acesso a produtos lácteos. Nessas situações, o uso de suplementos dietéticos pode garantir a cura da doença óssea (IMATAKA et al., 2004).

Yu et. al. (2006) acompanharam uma criança de 2 anos diagnosticada com alergia à proteína do leite de vaca em tratamento com dieta restritiva, e apresentando sinais clínicos e bioquímicos de raquitismo incluindo diminuição do cálcio sérico, fosfato e nível elevado de fosfatase alcalina. Foi feita a suplementação e houve redução completa dos sintomas, o que demonstra a necessidade de garantir que os requisitos essenciais nutricionais estejam garantidos para as crianças em dietas restritivas.

Tianien et. al. (1995) compararam a ingestão alimentar de 18 crianças com APLV e de 20 crianças saudáveis, com idade média de dois anos e observou que não houve diferença significativa no consumo de energia entre os grupos. No entanto, a quantidade de proteína consumida pelas crianças alérgicas foi menor (39g/d vs 48g/d) do que a encontrada no grupo de crianças saudáveis. Fórmulas à base de soja ou hidrolisado proteico foram utilizadas por 72% das crianças e o volume das fórmulas consumidas pelas crianças alérgicas foi menor do que o volume de leite consumido pelas crianças saudáveis (371 ml/d vs 559 ml/d). A média da ingestão de zinco, energia e ferro foram menores que a RDI preconiza para ambos os grupos.

Isolauri et. al. (1998) avaliaram 100 crianças com idade de 1 a 17 meses portadoras de dermatite atópica proveniente de APLV, e também observaram que a

média de peso e estatura dos lactentes que recebiam dieta de exclusão do leite de vaca foram menores quando comparadas às observadas pelo grupo controle, composto por 60 crianças saudáveis. No entanto, não foi encontrada diferença no total de energia consumida entre os grupos. Reação alérgica mantida durante a dieta de exclusão por um contato contínuo com o alérgeno, decorrente de transgressões à dieta ou reação à fórmula hipoalergênica, pode acarretar má absorção e perda de nutrientes além de influenciar o crescimento.

Um estudo observacional transversal realizado no Brasil avaliou 159 crianças de até 24 meses de idade que foram diagnosticadas com APLV. Destas, 15,1% apresentavam baixo peso para a idade, 8,7% com baixo peso para a altura, e 23,9%, com baixa altura para a idade. Destas crianças, 58% usavam fórmula infantil de soja, 11% usavam leite com baixo teor de lactose ou leite de cabra, para 5% destas crianças, nenhum substituo do leite foi indicado, 11% usavam fórmula infantil hidrolisada e 5% fórmulas a base de aminoácido livre. (VIEIRA et al., 2010).

2.9 Conhecimento dos profissionais da área de saúde que tratam a APLV e IL.

Em recente estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria realizado por meio de Sole et. al. (2007) através de questionário, avaliaram o conhecimento de pediatras sobre diagnóstico, sintomatologia e tratamento da APLV. 895 pediatras participaram da pesquisa que concluiu a necessidade de um consenso sobre o diagnóstico e o tratamento da alergia alimentar, com o objetivo de garantir critérios mínimos e evitar tentativas dietéticas desastrosas às crianças, com interferência no ganho pôndero-estatural e convívio social a que toda criança tem direito.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) percebeu ainda que, a não disponibilidade de método acessível para a confirmação diagnóstica da alergia alimentar torna a história clínica uma ferramenta de grande importância. Entretanto, o desconhecimento dos sintomas, assim como da sua evolução, tem favorecido o diagnóstico abusivo de alergia alimentar e, em consequência, há imposição de dietas de exclusão de forma inadequada. Outro ponto importante do trabalho diz respeito à melhora do quadro de alergia alimentar ao leite de vaca com o emprego de leite de cabra. Sabe-se que há homologia de 92% entre as proteínas do leite de vaca e o de

cabra, e que este não é a melhor alternativa terapêutica diante desses quadros. Mais uma vez, os dados fazem suspeitar de que o diagnóstico de alergia ao leite de vaca pode não ter sido adequado. Em relação ao substituto do leite de vaca, nota-se que muitos pediatras ainda utilizam o extrato de soja, mesmo em crianças de baixa idade, provavelmente em decorrência de seu baixo custo em relação às fórmulas infantis (SOLE, et.al., 2007)

Em outro estudo Cortez et. al. (2007), avaliaram o conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre APLV e concluíram, em termos gerais, que os pediatras e nutricionistas demonstraram erro conceitual no que se refere às principais recomendações terapêuticas na alergia às proteínas do leite de vaca. Este trabalho contou com a colaboração de 59 pediatras e 23 nutricionistas.

Avaliando a intervenção dietoterápica, observou que produtos como leite de cabra, fórmula láctea sem lactose e fórmula láctea parcialmente hidrolisada, que não são recomendados para o tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca, foram considerados adequados por alguns profissionais. Também se observou a indicação de uso de bebidas à base de extrato de soja como substituto do leite de vaca por 44% dos profissionais entrevistados. Notou-se que 66% dos pediatras e 48,3% dos nutricionistas prescreviam pelo menos um produto considerado inadequado para o tratamento da alergia ao leite de vaca. Além disto, constatou-se que cerca de 25 e 40% dos profissionais não apontaram, respectivamente, as fórmulas à base de hidrolisado protéico e fórmulas à base de aminoácidos como opções terapêuticas (CORTEZ et al., 2007).

Com relação à forma de avaliação da alimentação das crianças em dieta isenta de proteínas do leite de vaca, a maioria dos profissionais (97,6%) afirmou realizar, rotineiramente, a avaliação da dieta. Essa porcentagem diminuiu expressivamente, principalmente em relação aos pediatras, quando questionados se avaliam a dieta com mais detalhamento, incluindo o cálculo dietético quantitativo da ingestão de energia, macro e micronutrientes. No entanto, este resultado era esperado, visto que avaliar a dieta quantitativamente é uma das atribuições do nutricionista. Para tal, é necessário utilizar um padrão de referência para avaliar a ingestão diária de nutrientes (CORTEZ, et. al., 2007).

Com relação ao conhecimento sobre a recomendação da ingestão diária de cálcio, ambas as especialidades não responderam corretamente a quantidade preconizada em todas as faixas etárias questionadas. O cálcio é um dos principais

nutrientes passíveis de carência na dieta de exclusão, pois a principal fonte deste mineral na dieta é o leite de vaca e seus derivados. Logo, é importante encorajar a adoção de um padrão de recomendação de nutrientes pelos profissionais, a fim de auxiliar na avaliação da dieta e na prescrição de suplementos, principalmente de cálcio. A afirmação de que leites de outros mamíferos poderiam ser utilizados como substitutos do leite de vaca para crianças com alergias às proteínas do leite foi aceito por 15,2% dos pediatras e 13,7% dos nutricionistas (CORTEZ et. al., 2007).

A intolerância à lactose, muitas vezes, foi confundida com alergia às proteínas do leite de vaca. Os resultados mostraram que 30,8% dos pediatras e 17,2% dos nutricionistas consideraram necessária a retirada de todos os alimentos que contenham as proteínas do leite de vaca nos casos de intolerância à lactose. A exclusão de todos os alimentos que contêm proteínas do leite de vaca é a terapêutica adotada nos casos de alergia, pois o fator desencadeante das reações alérgicas é a presença das proteínas do leite. Por outro lado, na intolerância à lactose, o foco não deve ser as proteínas do leite, mas sim o carboidrato: a lactose. É preciso observar a tolerância individual, isto é, a quantidade de lactose que o indivíduo pode ingerir sem apresentar sintomatologia, não sendo necessária a exclusão obrigatória e total do leite e de seus derivados (CORTEZ, et. al., 2007).

2.10 Alimentos alternativos para suprir as necessidades nutricionais dos pacientes em dieta de exclusão do leite

Um estudo avaliou o tratamento da alergia à proteína do leite de vaca com leite processado a altas temperaturas (LPAT) ou “baked”. Este leite processado foi oferecido para 100 pacientes alérgicos com idade entre 2,1 a 17,3 anos, concluindo que 75% dos indivíduos com APLV, ou seja 68 crianças, toleraram “Leite Processado a Altas Temperaturas (LPAT)”, 23 tiveram reação ao leite modificado e 9 não toleraram o leite (NOWAK – WERGRZYN et al., 2008).

Em continuidade à esta coorte, 88 indivíduos dos 100 estudados anteriormente, com idade entre 2,5 e 21 anos, permaneceram no estudo. Estes indivíduos foram submetidos ao teste de provocação oral com bolinhos (mufins) contendo 1,3g de proteína de leite com tratamento térmico a 176,6°C por 30 a 40 minutos (LPAT). Os

23 indivíduos que tiveram reação foram instruídos a não consumir nenhum produto lácteo, e o teste de provocação oral foi repetido seis meses após o primeiro teste. Os 65 que toleram o LPAT, foram motivados a incluir diariamente produtos lácteos nas dietas e após seis meses o teste de provocação oral foi realizado com queijo assado, feito a partir de 4,6g de leite tratado a 218,33°C por 13 minutos. Após seis meses, foi realizado com este grupo um novo teste de provocação oral com leite sem nenhum tratamento. Destes 65, 39 toleraram o leite “in natura”. O grupo dos 23 indivíduos que não toleraram o LPAT, 2 toleraram ao final do estudo o leite cru (KIM et al., 2011). Apesar dos resultados motivadores, mais estudos com delineamento adequado são necessários, e no momento deve ser mantida as orientações estabelecidas (SOLÉ et al., 2012).

A partir dos trabalhos da literatura científica revisados pode-se constatar que, atualmente, não existem informações disponíveis sobre um substituto capaz que possa ser utilizado com o objetivo de ou reduzir os efeitos alérgicos às proteínas do leite de vaca ou ser utilizado como um substituto ao leite de vaca, atendendo os mesmos padrões nutricionais.

Nesse sentido, cabe aos profissionais da área da saúde e de processamento de alimentos estudarem, os potenciais produtos e as formulações que forneçam os resultados almejados.

Finalmente, é importante observar que, acima de tudo, é necessário estimular o aleitamento materno, uma vez que, os benefícios dessa prática são amplamente reconhecidos, principalmente, os relacionados com APVL (DRUNKLER et al., 2010).

2.11 A Pesquisa Qualitativa e o Discurso do Sujeito Coletivo

Na busca pela compreensão em maior profundidade do conhecimento dos profissionais da área de saúde e do assunto alergia à proteína do leite vaca e intolerância à lactose, a pesquisa qualitativa foi escolhida por sua grande relevância ao compor a estratégia metodológica utilizada neste trabalho. As perguntas abertas, que formam a base do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propiciaram um entendimento mais claro sobre o verdadeiro conhecimento que os profissionais da área de saúde possuem da APLV e IL. Ao contrário das perguntas abertas, caso fossem utilizadas as questões fechadas, induziríamos o profissional a responder uma conduta que não é peculiar à ele. O fato de gravar a entrevista, característica do DSC,

permitiu que nenhum fragmento de pensamento fosse perdido. O estudo qualitativo incorpora a questão do significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas (MINAYO, 2007).

De acordo com Alvântara e Vesce (2008), a investigação qualitativa trabalha com opiniões, representações, posicionamentos, crenças e atitudes, possuindo procedimentos de cunho racional e intuitivo para a melhor compreensão da complexidade dos fenômenos individuais e coletivos. Assim sendo, se caracteriza como uma abordagem de alto grau de complexidade, na medida em que aprofunda as interpretações e decifra seus significados.

Sendo assim, as Representações Sociais são fundamentais para a prática da pesquisa qualitativa e a sua compreensão, segundo Minayo (2007) pode ser entendida como a linguagem do senso comum, tomado como um campo de conhecimento e de interação social. Particularmente quando se trata da comunicação da vida cotidiana, as palavras são fundamentais. Elas são dotadas de ideologia e estão envoltas por tramas e relações sociais em todos os domínios e áreas do conhecimento. Ainda, segundo a autora:

As Representações Sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, ele possui graus diversos de clareza e nitidez em relação à realidade (MINAYO, 2007, p.236).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica metodológica que permite o resgate das representações sociais significativas presentes na sociedade e na cultura de um determinado universo (ALVÂNTARA e VESCE, 2008). Como procedimento nas pesquisas do DSC, são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado, preservando a sua característica qualitativa (LEFÈVRE e LEFRÈVRE, 2005).

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma idéia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado (LEFÈVRE et al., 2009, p. 1194).

O DSC viabiliza o surgimento de novas possibilidades de interação, no que se refere às Representações Sociais como objeto de pesquisa empírica, entre particular e coletivo, teórico e empírico, síntese e análise, qualitativo e quantitativo. Desta forma, justifica-se a inclusão do DSC no conjunto de reflexões e abordagens destinadas a atender temáticas complexas nas mais variadas áreas do conhecimento (LEFÈVRE et al., 2009).

2.12 Preconceitos e Mitos

O preconceito será descrito no trabalho com o seguinte significado:

1 Conceito ou opinião formados antes de ter os conhecimentos adequados. 2 Opinião ou sentimento desfavorável, concebido antecipadamente ou independente de experiência ou razão. 3 Superstição que obriga a certos atos ou impede que eles se pratiquem. 4 Atitude emocionalmente condicionada, baseada em crença, opinião ou generalização, determinando simpatia ou antipatia para com indivíduos ou grupos (WEISZFLOG, 2004).

Enquanto que mito será compreendido no trabalho com o seguinte significado:

1 Tradição que, sob forma alegórica, deixa entrever um fato natural, histórico ou filosófico. 2 Exposição simbólica de um fato. 5 Coisa inacreditável. 3 Enigma. 4 Utopia. 5 Pessoa ou coisa incompreensível (WEISZFLOG, 2004).

Ambos usados em sentido conotativo como ideias preconcebidas, erradas ou equivocadas da realidade.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Identificar o conhecimento dos profissionais da área de saúde, que tratam intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca e compreender a forma com que eles diagnosticam e tratam ambas as patologias.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever através do referencial teórico a diferença entre Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Intolerância à Lactose.

Compreender o conhecimento que profissionais da área de saúde têm sobre alergia à proteína do leite e intolerância à lactose.

Identificar preconceitos e mitos com relação ao consumo do leite de vaca.

Levantar a forma com que as dietas restritivas são prescritas e critérios usados para recrutar essa forma de tratamento.

Entender quais produtos lácteos alternativos são prescritos quando a restrição da lactose e da proteína láctea se fazem necessárias, levando em consideração a importância do leite, para o adequado aporte de macro e micro nutrientes, impactando diretamente no desenvolvimento e crescimento de crianças e manutenção da saúde na vida adulta.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Caracterização do Universo de Estudo

No estudo foi usada a estratégia metodológica em pesquisa qualitativa, construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) idealizada por Lefèvre e Lefèvre (2003) (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003). Esta pesquisa foi desenvolvida em cinco municípios do Estado de Minas Gerais, englobando a mesoregião Campo das Vertentes e a Zona da Mata. Representando a Zona da Mata, foram entrevistados profissionais residentes em Juiz de Fora, Cataguases, Muriaé e Ubá e no Campo das Vertentes, profissionais de Barbacena. A figura 2 mostra a localização da mesoregião Zona da mata dentro do mapa de Minas Gerais. A figura 3 mostra a localização da mesoregião Campo das Vertentes dentro do mapa de Minas Gerais.

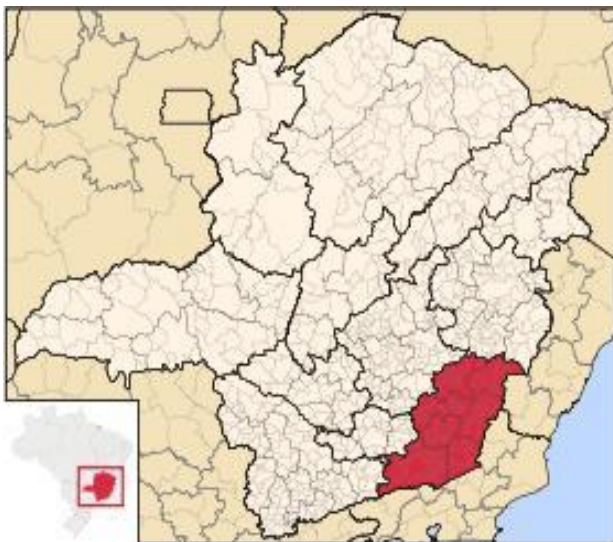


Figura 02: Localização da mesoregião Zona da mata onde foi realizada a pesquisa com os profissionais da área de saúde.

Fonte: Wikipedia, 2013. Acesso em <

http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_mesoregi%C3%B5es_de_Minhas_Gerais>.

Disponível em: 15 março 2012



Figura 3: Localização da mesoregião Campo das Vertentes onde foi realizada a pesquisa com os profissionais da área de saúde.

Fonte: Wikipedia, 2013.

Acesso

em:

<[#### 4.1.1 Sujeitos da pesquisa](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b9/MinasGerais_Meso_CampodasVertentes.svg/200pxMinasGerais_Meso_CampodasVertentes.svg.png&imgrefurl=http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o_do_Campo_das_Vertentes&usg=__KD9oZoBJm9SDy07hnCOtW_VJJ0=&h=162&w=200&sz=52&hl=ptBR&start=18&zoom=1&tbnid=YHzWlu30fjMkmM:&tbnh=84&tbnw=104&ei=haHtUfrvK66l4AOr4HYAg&prev=/search%3Fq%3Dmapa%2Bda%2Bregi%C3%A3o%2Bzona%2Bda%2Bmata%2Be%2Bvertentes%26hl%3Dpt%26gbv%3D2%26tbn%3Disch&itbs=1&sa=X&ved=0CE4QrQMwEQ>. Disponível em: 22 julho 2013</p>
</div>
<div data-bbox=)

A seleção e delimitação dos sujeitos que compõem o universo de investigação, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituem um desafio, já que se trata da base do trabalho e parte fundamental para compreensão mais ampla do problema delineado.

Os sujeitos da pesquisa são os responsáveis pela rotina de trabalho e tomada de decisão frente ao paciente alérgico ou intolerante ou um formador de opinião para o tema.

A seleção dos sujeitos foi obtida, com base em critérios de representatividade social, baseado no universo de estudo, contribuindo com sua cota de fragmento para o pensamento coletivo. Os profissionais foram escolhidos por fazerem parte de alguma instituição ou hospital que recebem esses pacientes. Todos os profissionais trabalham diretamente com alérgicos e intolerantes.

Os profissionais escolhidos são uma amostra representativa de diferentes atores no cenário de tratamento e venda de produtos para os portadores de reação adversa aos alimentos. Foram divididos da seguinte forma: sete nutricionistas, um farmacêutico, um nutrólogo, dois alergopediatra e nove pediatras gerais. Sendo o farmacêutico o responsável pelo estabelecimento comercial que dispensa fórmulas infantis usadas para tratamento da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e intolerância à lactose (IL). O pediatra geral é o primeiro profissional que fica em contato com o paciente, é ele quem faz o diagnóstico e oferece as primeiras orientações para o tratamento, antes de encaminhar ao especialista. Muitos pediatras gerais optam por tratar sozinho o paciente e não encaminham ao especialista. O nutricionista e o nutrólogo, foram cuidadosamente selecionados, por serem responsáveis pela dieta complementar quando o paciente for submetido à dieta de exclusão parcial ou total do leite de vaca. Uma vez que o objetivo da pesquisa, também é avaliar a qualidade nutricional e como é feita a dieta complementar, é de extrema importância que esse profissional seja escutado. O farmacêutico, está em contato direto com o paciente, é ele quem orienta e absorve as impressões que os pacientes e familiares têm dos produtos disponíveis no mercado. O alergologista, por ser o especialista trata muitos casos de alergia e intolerância.

4.1.2 Coleta de Dados

Após o delineamento dos sujeitos, foi elaborado o roteiro com questões abertas específicas para as entrevistas gravadas (Anexo 1). A entrevista é um instrumento importante na coleta de informações, pois possibilita acesso aos dados de caráter subjetivo como as ideias, crenças ou maneira de atuar (MINAYO, 2007). Na construção do roteiro de investigação, o pesquisador deve lançar mão de todo o seu tempo, criatividade, habilidade e experiência para que seja possível a elaboração de perguntas que respondam exatamente aquilo que deseja investigar. Assim, deve-se inicialmente ter muito claro o que se deseja saber, e isso deve ser feito por meio da descrição criteriosa dos objetivos que se pretende atingir com a pergunta formulada (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Visando à qualidade das entrevistas e dos resultados a serem obtidos, foram aplicados pré-testes em três sujeitos, buscando desta forma, melhor adequação e compreensão da população-alvo. Segundo Duarte (2002) a mudança do instrumento de pesquisa acontece quando existe a necessidade de explicar a pergunta ao entrevistado, nesse caso, deve-se retirá-la do roteiro. Lefèvre e Lefèvre (2005) confirmam a necessidade de testar as perguntas do roteiro previamente em indivíduos similares aos que serão entrevistados, com a finalidade de verificar se as perguntas elaboradas realmente levantam os objetivos propostos pela pesquisa (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Antes de iniciar cada entrevista, os participantes foram informados sobre a natureza, os objetivos do estudo e a importância da gravação assegurando o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora cujo número do parecer é 295.769.

Os depoimentos foram gravados individualmente por meio de gravador (Microgravador Panasonic® FP Fast Playback USB) seguindo rigorosamente as perguntas estabelecidas no roteiro.

O local das entrevistas variou entre hospitais, consultórios e ambulatórios, de acordo com a disponibilidade do entrevistado dentro da sua rotina de trabalho. Dessa forma, foram realizadas entrevistas na sala de recepção do leite na agroindústria, escritório ou na maioria das vezes, na casa do entrevistado que costuma residir próximo a planta de produção. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

4.1.3 Tabulação e análise de dados

O material verbal gravado foi transcrito na íntegra para o computador, armazenados em arquivo do Microsoft® Office Word® 2010. Os sujeitos foram identificados pelas iniciais dos nomes, separados por hífen da inicial da especialidade

(AV-A, FG-NU, AB-M,...), e anexados à pesquisa, para garantia de confiabilidade e legitimidade dos resultados.

Por conseguinte, estas entrevistas foram trabalhadas em um programa específico o Qualiquantisoft®, cuja licença de uso empresarial pertence a Embrapa Gado de Leite. Este software foi desenvolvido pelos autores do DSC, Ana Maria Lefèvre e Fernando Lefèvre, na USP, em parceria com a Sales & Paschoal Informática, com o objetivo de facilitar a realização de pesquisas quali quantitativas nas quais é utilizada a técnica do DSC, possibilitando maior agilidade e confiabilidade metodológica ao estudo (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005).

O software é composto pelos seguintes componentes:

- Cadastros: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas, perguntas, cidades e distritos entre outros;
- Análises: são quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção dos Discursos do Sujeito Coletivo;
- Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados de pesquisa;
- Relatórios: organizam e permitem a impressão dos principais resultados das pesquisas.

A metodologia do DSC é um processo complexo, subdividida em várias etapas realizadas no software, sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Para a construção dos discursos síntese ou DSCs são necessárias:

- Expressões-Chave (E-CH): trechos retirados dos depoimentos que sintetizam, melhor sinalizando o conteúdo das respostas;
- Ideias centrais (ICs): fórmulas sintéticas que identificam os sentidos de cada depoimento e de cada categoria de depoimento que possuem sentido semelhante ou complementar. Cabe ressaltar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.
- Os DSCs propriamente ditos: compilação das E-CH presentes nas falas dos sujeitos, que possuem ICs de sentido semelhante ou complementar, para dar-lhes a forma de frases encadeadas.

Com o material das E-CH das ICs semelhantes constroem-se discursos-síntese ou DSCs, sempre na primeira pessoa do singular, com um número variado de participantes, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Segundo, Nagai et al. (2007) o DSC pode expressar mais de uma ideia central na resposta de um mesmo sujeito ou vários indivíduos apresentarem uma mesma ideia central. Assim como, um determinado pensamento expresso por um determinado indivíduo pode não espelhar suficientemente o mesmo pensamento de outros. Logo, a resposta de um ajuda a entender, ou complementar, ou esclarecer, o pensamento de outro.

4.2 Percepção dos profissionais da área de saúde que tratam a alergia à proteína do leite e intolerância à lactose

A metodologia de pesquisa qualitativa avalia a percepção dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos/verbalizações de atores sociais diretamente envolvidos com o assunto (NAGAI et al., 2007). Neste trabalho, para estudo da percepção sobre alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose, utilizou-se a estratégia metodológica em pesquisa qualitativa, a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) idealizada por Lefèvre e Lefèvre (2003).

O Discurso do Sujeito Coletivo, como técnica de processamento de depoimentos, consiste em reunir, em pesquisas sociais empíricas, sob a forma de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular e conteúdos de depoimentos com sentidos semelhantes (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005). A proposta do DSC para o resgate e descrição das opiniões de coletividades é, assim, qualiquantitativa uma vez que, num mesmo processo de pesquisa, qualifica e quantifica as opiniões de coletividades (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2012).

A descrição dos conhecimentos e práticas do cotidiano, com depoimentos que apresentam sentidos distintos, expressando as opiniões existentes na coletividade, no momento da pesquisa, sobre o tema alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação e Análise Qualiquantitativa dos Discursos do Sujeito Coletivo

Para facilitar a visualização, os resultados que se seguem serão apresentados na forma de Discursos do Sujeito Coletivo e estão organizados por questão respondida.

As figuras metodológicas (Expressões-Chaves e Ideias Centrais) utilizadas para confeccionar os DSCs estão no Anexo 3.

5.1.1 PERGUNTA 1

“Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?”

A Figura 4 destaca o compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados nesta pesquisa, referentes à pergunta 01. Cada sujeito pode ter contribuído com mais de uma ideia central para a composição de cada DSC.

5.1.1 Pergunta 1

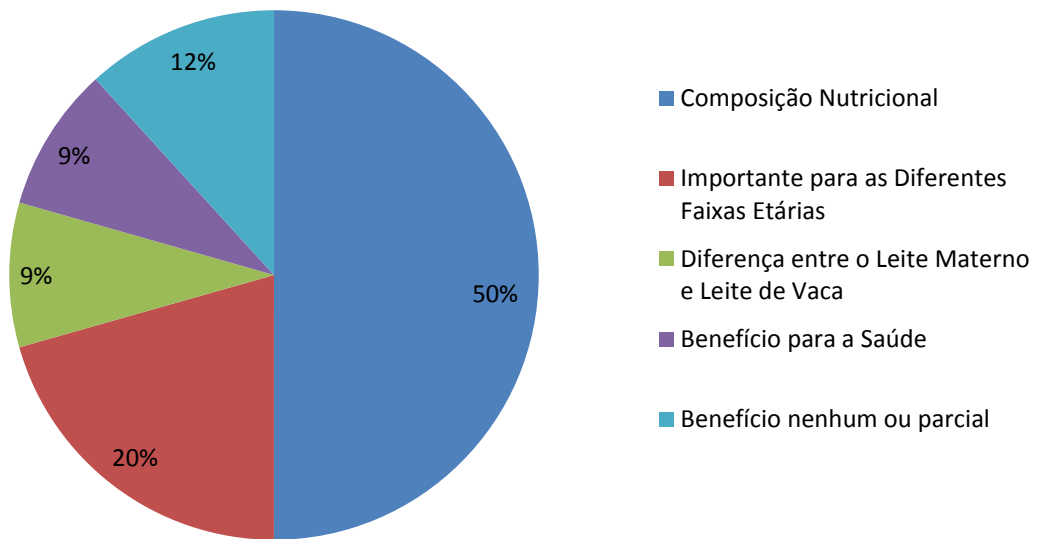


Figura 4 - Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?”

DSC 1A – Composição Nutricional

Crerios utilizados para a incluso das Expressões-Chave em Ideias Centrais: respostas nas quais os sujeitos referenciam que o leite possui valor nutricional.

“A base de tudo é nutricional, ele é rico em proteína de alto valor biológico, aminoácidos essenciais, fonte de cálcio, vitamina do complexo B, vitamina D, possui grande valor nutricional e oferta de oligoelementos. Benefício mais do que na nutrição.”

Sujeitos: C.Z. – M.; S.T. – M.; J.B. – A.; F.G. – NU.; P.T. – NU; J.S. – NU; F.B. – M.

DSC 1B – Importante para as Diferentes Faixas Etárias

CrITÉRIOS utilizados para a inclusão das Expressões-Chave em Ideias Centrais: respostas nas quais os sujeitos mencionam que o leite possui nutrientes específicos importantes para cada faixa etária.

“Importante na faixa etária pediátrica porque pra criança até os dois anos é o alimento principal, depois vai crescendo não é o alimento tão importante mais. O leite é fundamental no desenvolvimento inicial da vida e possui benefício principalmente pro adulto e adolescente. No adulto e idoso, importante na renovação celular. Cálcio é importante em todas as faixas etárias.”

Sujeitos: C.Z. – M.; S.T. – M.; J.B. – A.; F.G. – NU; R.A. – F.; P.T. – NU; J.S. - NU

DSC – 1C Diferença entre leite materno e leite de vaca

CrITÉRIOS utilizados para a inclusão das Expressões-Chave em Ideias Centrais: respostas nas quais os sujeitos mencionam quaisquer diferenças entre o leite de vaca e leite materno. Como os profissionais entrevistados trabalham diretamente com o paciente pediátrico, é comum que ao se falar em leite, o leite materno seja o mais referenciado.

“A coisa mais importante é que se use o leite materno até os dois anos. O benefício maior  do aleitamento materno. De preferência que se use o leite que seja mais próximo do produzido pela mãe.”

Sujeito: J.B. – A.; IM – NO; F.B. – M.

Os benefícios do consumo do leite materno são amplamente citados pela literatura (BRASIL, 2012) e é natural que seja percebido pelos profissionais que trabalham com pediatria como sendo referência em nutrição.

DSC – 1D Benefício para a saúde

CrITÉRIOS utilizados para a inclusão das Expressões-Chave em Ideias Centrais: respostas nas quais os sujeitos referenciam qualquer benefício que o leite possa trazer à saúde do indivíduo.

“Ganho nutricional, ganho no sistema imune, controle da obesidade, a questão da imunidade, questão do desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento neuromotor, controle de infecções, controle da obesidade, de hipertensão, crescimento de criança e renovação celular do adulto e idoso. É principalmente em crianças com alguns déficits nutricionais.”

Sujeito: F.G. – NU; F.B. – M.; R.A. – F.

DSC – 1E Benefício nenhum ou parcial

“Já ficou provado, benefício nenhum, inclusive sua pergunta tinha que ser quais são os malefícios para a saúde. O que difere é a concentração para avaliar o risco ou o benefício. Benefício para as crianças pequenas abaixo de 1 ano, é benefício nenhum, de preferência que até os dois anos ninguém tomasse outro leite, haja visto que a proteína do leite de vaca é muito agressora ao nosso organismo. Mas ele tem mais benefício do que perigo nutricional.”

Sujeitos: A.V – A.; C.Z. – M.; I.M. – NO; E.S. – M.

Os entrevistados conseguem distinguir que até um ano de idade o leite materno é o mais indicado, não podendo ser utilizado o leite de vaca por não possuir concentrações adequadas de alguns nutrientes específicos para essa faixa etária (como o ferro e ácidos graxos essenciais) ou por esses nutrientes não estarem na proporção esperada com os demais nutrientes, podendo levar a má absorção, como é o caso da relação vitamina C e ferro e relação vitamina D e cálcio (BRASIL, 2012). Os profissionais compreendem também, que essa informação não é válida para as demais faixas etárias (20,59% dos entrevistados), e percebem a importância do consumo do leite para a criança, o adulto e o idoso. Entretanto a insegurança em afirmar que o leite não agrega benefício ao indivíduo, demonstra certa contradição e falta de informação por esses profissionais sobre o leite.

É interessante ressaltar que 11,76% dos profissionais acreditam que o consumo do leite pode trazer malefícios para a saúde do indivíduo, porém 8,82% percebem sua devida importância. Resultado, este que está incongruente com os 50% que citaram nutrientes importantes contidos no leite, como o cálcio, vitamina D e com os 8,82% que citaram benefícios específicos como reforço do sistema imunológico e controle da hipertensão (um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil). Toda essa informação contraditória, reforça a importância de se discutir o tema leite e levar informações consubstanciadas cientificamente aos profissionais da área de saúde, que possuem a função de prover orientação nutricional ao indivíduo.

5.1.2 PERGUNTA 2

“Fale o que você sabe sobre a diferença entre intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca?”

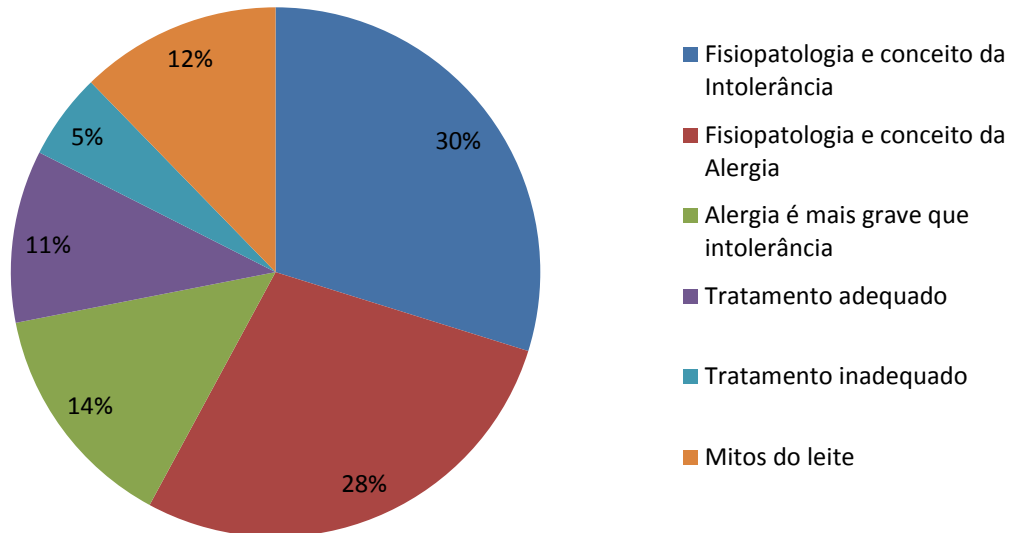


Figura 5 - Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Fale o que você sabe sobre a diferença entre intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca?”

DSC – 2A Fisiopatologia e Conceito da Intolerância

“A lactose é incapaz de gerar alergia, porque não é reconhecida pelo sistema de defesa. A intolerância à lactose é um distúrbio digestivo da absorção, que pode gerar uma dispepsia, distensão abdominal, gases, desconforto, diarreia, constipação, cólica e vômito, limita ao trato gastrintestinal, independente da reação de resposta humoral. É um problema mais enzimático, é a deficiência da lactase na digestão da lactose, ocorre quando a produção de enzimas é insuficiente ou ausente, então não quebra adequadamente a lactose, é uma questão bioquímica. Essa enzima fica nos enterócitos, na borda intestinal. Intolerância é um processo progressivo, dada à diminuição das vilosidades e capacidade de absorção de leite de vaca. Muitas das vezes em termos de diagnóstico, alergia pode sobrepor a intolerância, muitos diagnósticos de alergia...podem ser sintomas de intolerância...e são taxados como alergia. O

que a gente faz é excluir a lactose do leite, podendo manter a mesma fonte protéica, tem haver com a quantidade do leite ingerido, se você tomar um leite sem lactose, você não teria problema pra saúde.”

Sujeito: A.V. – A.; J.B. – A.; F.G. – NU; A.B. – M.; E.L. – M.; C.Z. – M.; I.M. – NO; H.L. – A.; H.T. – M.; F.B. – M.; I.M. – NU; R.A. – F; C.R. – NU; S.L. – NU; P.T. – NU; J.S. – NU; E.S. – M.;

DSC – 2B Fisiopatologia e Conceito da Alergia

“A Alergia a proteína do leite de vaca, é uma hipersensibilidade, é sensibilização às proteínas contidas no leite: a β – lactoglobulina, a α - lactoalbumina e a caseína. Pode formar IgE, monta um anticorpo contra a proteína do leite. A sensibilização alérgica depende apenas da proteína. Tolerância imunológica pode acontecer por volta dos 5 anos, depois o paciente pode aceitar o alimento. A avaliação é individual, depende de cada caso, usa-se o histórico familiar de alergia. No caso da proteína não pode consumir mesmo porque dá a reação de alergia. Ela pode ser IgE Mediada. A IgE mediada, normalmente é mais aguda com urticária e até insuficiência respiratória, ela é mais séria pode ter desde o componente cutâneo, de quando a criança encosta a boquinha na mamadeira faz aquele ruch vermelho...manifestar também sintomas digestivos como cólica, diarreia, diarreia com sangue. As mistas, ou as não IgEs podem ter sintomas mais comuns, diarreia, ganho de peso comprometido, muito choro, cólica. Pode ser desencadeada em qualquer faixa etária. A alergia não é dose-dependente, a intolerância sim. O paciente normalmente tem histórico familiar positivo de atopia de hipersensibilidade tipo 4. Aparece mais na infância e tem alguma adaptação ao longo do tempo. Também pode vir como intolerância à lactose secundária uma coisa pode levar a outra.”

Sujeitos: A.V. – A.; J.B. – A.; F.G. – NU; A.B. – M.; E.L. – M.; I.M. – NO; H.L. – A.; H.T. – M.; F.B. – M.; I.M. – NU; R.A. – F; S.L. – NU; P.T. – NU; J.S. – NU; E.S. – M.; S.T. – M.

DSC 2C – Alergia é mais grave que intolerância

“A intolerância não gera choque anafilático ou casos mais graves, é somente intolerância ao açúcar. E é mais transitório, comum, são quadros mais leves em relação à alergia.

Intolerância a lactose mais comum do que a proteína, então em primeiro lugar sempre vou pensar primeiro na intolerância a lactose. Alergia é uma coisa mais complexa, mais séria, uma coisa mais desenvolvida.”

Sujeitos: A.V. – A.; J.B. – A.; C.Z. – M.; E.L. – M.; S.T. – M.; H.T. – M.; C.R. – NU; P.T. – NU;

DSC 2D – Tratamento Adequado

“Ambos precisam ser tratados com cuidado, e pra cada um deles você tem um tipo de educação diferente. Leite com baixo teor de lactose não serve pra alergia à proteína do leite de vaca, porque ele contém proteínas do leite. Intolerância à lactose tem haver com a quantidade do leite ingerido. O intolerante pode consumir o leite delactosado ou então, consumir a enzima lactase à parte. Intolerância à proteína do leite de vaca, faz excluir o leite da alimentação, no menor de um ano a gente usa a dieta totalmente digerida e a cima de uma ano, a gente muda a fonte de proteica, o paciente tem que excluir o leite da alimentação, já.”

Sujeitos: J.B. – A.; S.T. – M.; I.M. – NO; H.T. – M.; R.B. – NU; C.R. - NU

DSC 2E – Tratamento Inadequado

“Na alergia, leite com baixo teor de lactose. A intolerância pode usar o leite, mas vai se sentir mal. No menor de um ano a gente faz uma dieta parcialmente digerida, quando a intolerância aparece, a gente muda a fonte de proteína, usa o leite de soja, sabendo que, também pode vir a ter intolerância cruzada com a soja.”

Sujeitos: J.B. – A.; H.T. – M.; A.B. – M.

A utilização de fórmulas com proteína parcialmente hidrolisada somente podem ser indicadas para prevenção de alergias. Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), para uma fórmula ser considerada extensamente hidrolisada, tal fórmula não deve causar reações alérgicas em até 90% das crianças com alergia ao leite de vaca, comprovação esta realizada em testes de provocação duplo-cego

controlados com placebo, em estudos prospectivos e randomizados (JOHANSSON et al., 2004).

Não são recomendadas as fórmulas parcialmente hidrolisadas, por conterem proteínas intactas do leite de vaca e, portanto, potencial alergênico. Os preparados à base de soja em apresentações líquidas ou em pó (por não atenderem recomendações nutricionais para faixa etária pediátrica e por não conterem proteínas isoladas e purificadas), assim como os produtos à base de leite de cabra, ovelha e outros mamíferos (pela similaridade antigênica) (JOHANSSON et al., 2004).

As fórmulas à base de proteína isolada de soja não são recomendadas na terapia nutricional de crianças com alergia às proteínas do leite de vaca, tanto pela Sociedade Européia de Alergologia Pediátrica e Imunologia Clínica (ESPACI) quanto pela Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (ESPGHAN) (JOHANSSON et al., 2004).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) sugere considerar tal fórmula somente nas alergias mediadas por IgE. Porém são unânimes em dizer que a fórmula de soja somente pode ser utilizadas para lactentes a cima de seis meses, não podendo ser utilizadas, para prematuros ou nascidos a termo com menos de seis meses (AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS, 2000).

As fórmulas à base de proteína de soja apresentam algumas diferenças em sua composição quando comparadas a fórmulas poliméricas à base de leite de vaca: maior conteúdo protéico (2,45g/100Kcal a 3,1g/100 kcal) devido ao menor valor biológico de suas proteínas, são isentas de lactose, contêm fitatos (cerca de 1% a 2%) e oligossacarídeos que interferem na absorção do cálcio, fósforo, zinco e ferro (os níveis de cálcio e fósforo, por exemplo, são superiores em 20% às fórmulas com proteína do leite de vaca), contêm glicopeptídeos da soja que interferem no metabolismo do iodo, conteúdo mais elevado de alumínio e presença de fitoestrógenos (isoflavonas, genisteína e daidzeína) (BRASIL, 2008).

Nas hipersensibilidades não mediadas por IgE e manifestadas como colites, enterocolites ou esofagites, o risco de sensibilização simultânea à soja pode chegar a 60%, não sendo, portanto, rotineiramente recomendado o seu uso, exceto em formas clínicas leves ou nas fases mais tardias de tratamento em algumas situações, após, no mínimo, seis a oito semanas de uso de dietas à base de proteína extensamente hidrolisada ou à base de aminoácidos livres.

Por apresentarem eficácia em 80% a 90% dos casos, as dietas à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados protéicos) são recomendadas, especialmente nas formas não mediadas por IgE, por todas estas sociedades científicas internacionais americanas e europeias, incluindo a Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI) e o Colégio Americano de Alergia, Asma e Imunologia (ACAAI).

Apenas uma pequena proporção de crianças, entre 5% e 10%, de todas as crianças avaliadas também demonstraram alergia a tais dietas, e podem apresentar reações alérgicas em resposta à presença de resíduos alergênicos. Crianças com persistência dos sintomas em uso de dieta extensamente hidrolisada (alergia ao hidrolisado protéico) ou síndrome de má absorção grave com intenso comprometimento da condição nutricional (escore z de peso para a estatura inferior a 2 desvios-padrão) são consideradas prioritárias para o uso das fórmulas à base de aminoácidos. Após a recuperação do quadro e da função intestinal, pode-se cogitar a possibilidade de substituição pelas fórmulas extensivamente hidrolisadas (BRASIL, 2008).

As fórmulas atualmente disponíveis no mercado adequadas para crianças menores de um ano e que podem ter indicação no manejo dietético da alergia às proteínas do leite de vaca são: 1) fórmulas à base de proteína isolada de soja, com proteínas purificadas e suplementadas para atingir as recomendações nutricionais do lactente; 2) fórmulas e dietas à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados protéicos), compostas por peptídeos, sobretudo, e aminoácidos obtidos por hidrólise enzimática e/ou térmica ou por ultrafiltração; 3) dietas à base de aminoácidos, as únicas consideradas não alergênicas (BRASIL, 2008)

DSC 2F – Mitos do Leite

“O Leite que para a maioria da população, é inofensivo, tem proteínas vilãs, principalmente a β -lactoglobulina, que é a mais vilã...tem a caseína, λ -lactoalbumina, mas a β – lactoglobulina é mais vilã. Já a intolerância à lactose, é uma deficiência secundária da falta da lactase. Intolerância à lactose é um processo alérgico, diferente, por exemplo, se você tomar um leite

sem lactose, não teria problema pra sua saúde, pra tudo. Intolerante pode consumir a enzima lactase à parte. Até nas últimas conversas que eu tive com a gastro, a gente ficou conversando sobre a alta incidência de intolerância á lactose no consultório em adultos, qualquer fase, ela me disse que já tem algumas populações no mundo que já tem intolerância absoluta, não têm nada de lactase, e que é uma questão hereditária...”

Sujeitos: A.B. – M.; J.B. – A.; S.T. – M.; H.L. – A.; I.M. – NU; C.R. – NU; P.T. – NU; J.S. - NU

Nesse discurso o mito do leite aparece em três diferentes vertentes: “proteína vilã do leite”, “leite sem lactose não teria problema para sua saúde” e “alta incidência de intolerância absoluta”. As proteínas possuem importante função estrutural na formação de tecidos (crescimento pômdero-estatural), na formação de enzimas e hormônios, atua como veículo de transporte como no caso da hemoglobina e como armazenamento de substâncias como a ferritina. Portanto, é importante ressaltar ao indivíduo que a proteína do leite somente seria contraindicada para os alérgicos, podendo ser consumida pelo restante da população. A expressão “proteína vilã do leite” possibilita uma associação negativa ao consumo do leite.

A lactose é o principal componente do leite materno, facilita a absorção de cálcio, fósforo e vitamina D atuando diretamente na mineralização óssea, por isso a afirmativa: “Tomar leite sem lactose não teria problema para saúde”, é um mito tendo em vista a importância da lactose para a promoção de saúde (SALOMÃO et al., 2012).

5.1.3 PERGUNTA 3

“Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?”

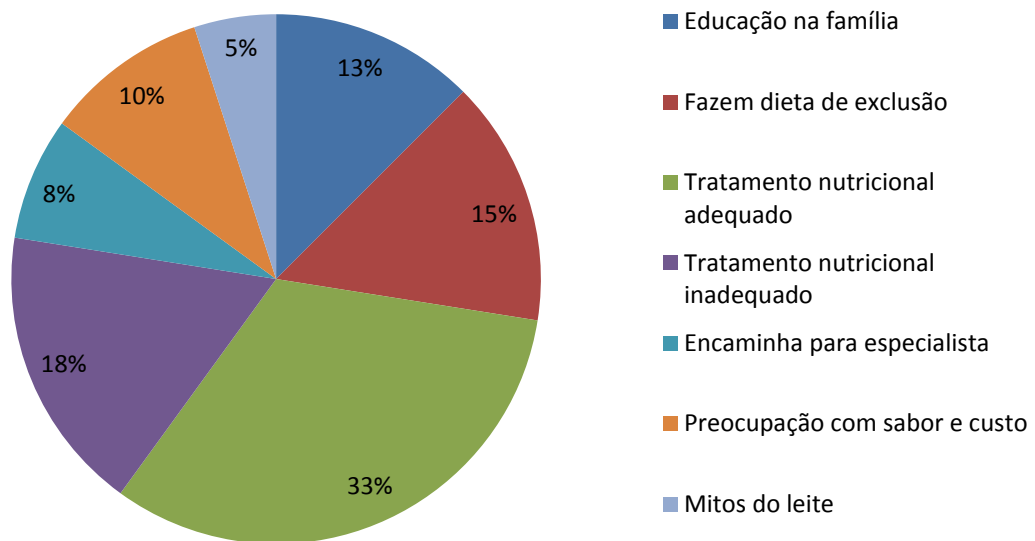


Figura 6 - Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite?”

DSC 3A – Educação na Família

“O trabalho baseia na educação, conhecer e entender a diferença. Sem conhecimento é impossível que o paciente faça adesão e se beneficie do seu tratamento. Importante saber que seu filho realmente foi diagnosticado para poder acompanhar. O primeiro passo é a família entender que precisa mexer na alimentação e entrar com a dieta. A família tem que entender, porque senão, é um avó que vai dar, na escola, creche, então, mobilizar pra ver que é algo importante. O grande problema que a gente tem é o convencimento da mãe, o tempo que a gente precisa pra criança aceitar essa dieta. Então, a primeira coisa que eu falo com os pacientes é diferenciar complexo, porque eles acham que a intolerância a lactose é uma alergia. Na intolerância, vai ter distensão e diarreia. Alergia é diferente: ela pode te matar. Se tiver uma reação muito exacerbada você pode até morrer. E é natural que gere divergência, contradição, expectativa, conflito na família. E que a família, tenda a seguir a opinião pediátrica mais fácil. Então, mostrar o profissional, seriedade, diagnóstico correto, primeiro você confirma por exame, pra família ver o resultado. O fundamental é educar.”

Sujeito: A.V. – A.; J.B. – A.; F.G. – NU; H.T. – M.; R.B. - NU

A dificuldade que a família tem em aceitar a dieta de exclusão deve ser compreendida pelo profissional, e a melhor forma de diminuir este impacto é a execução de uma dieta complementar equilibrada e com produtos lácteos alternativos (MEDEIROS et al., 2004). A indústria neste aspecto possui importante participação, no tocante ao desenvolvimento de novos produtos para os alérgicos e intolerantes. Os novos guidelines evidenciam a crescente prevalência e incidência da alergia (KOLETZKO, et al., 2012), o que mostra um importante mercado a ser explorado.

DSC 3B – Fazem dieta de Exclusão

“Indicando as coisas que são mais importantes de serem retiradas. Dieta de exclusão pra leite, tem que retirar, queijo, iogurte, Danone, tudo, fazer uma restrição importante. E explicar o que vai ser restrito. E caso a mãe estiver amamentando, também faz dieta de exclusão da mãe. Na alergia, eu retiro todo o leite da dieta.”

Sujeitos: J.B. – A.; F.G. – NU; F. B. – M.; C.R – NU; J.S. – NU; E.L. – M.

A base do tratamento da APLV disponível, até o momento, é a dieta de exclusão de LV e derivados. A dieta de exclusão deve ser respaldada por um diagnóstico preciso, pois a retirada desse alimento pode colocar o indivíduo em risco nutricional (SOLE et al., 2012). A dieta de exclusão, devido a importância do leite na alimentação, causa déficit de peso e estatura, déficit de proteínas, minerais como, cálcio, fósforo e zinco; vitaminas B₂, C, A e folato (CARDOSO, 2012) .

Apesar de necessária, a dieta de exclusão, deve ser feita por um período curto de tempo, sempre reavaliando o indivíduo objetivando a evolução da dieta. O teste de provocação oral deve ser realizado de duas a quatro semanas após o início do tratamento da APLV, e se for negativo, a dieta deve progredir e o leite de vaca poderá ser incluído na alimentação. A reavaliação em duas a quatro semanas é pertinente também à dieta de mães saudáveis que amamentam os filhos com APLV (BRASIL, 2007). O teste de desencadeamento oral é o padrão ouro em diagnóstico de alergia, o único com resultados fidedignos (BRASIL, 2007).

A tolerância oral (TO) é definida como um estado de não reatividade do sistema imunológico que é induzida por um antígeno administrado pela via oral. Ocorre quando o indivíduo que antes era diagnosticado com alergia alimentar passa a tolerar o alimento que antes era reconhecido como antígeno pelo sistema imunológico. Vários fatores contribuem para o desenvolvimento de TO entre esses, destacam-se a própria barreira física do muco e epitélio intestinal, a microbiota intestinal, os movimentos peristálticos, a acidez gástrica e de sucos digestivos e a ação do sistema imune de mucosas do trato gastrintestinal (TGI), o tecido linfóide intestinal (GALT), que inclui várias células imunocompetentes da mucosa intestinal (SOLE et al., 2012).

Os termos, “Teste de Desencadeamento Oral” e “Tolerância Oral”, bem como similares, não foram citados por nenhum dos entrevistados. O termo “Dieta de substituição” e “suplementação” foi citada somente por um dos profissionais da área de saúde, mostrando que o diagnóstico não é feito da forma indicada pela Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e que a dieta de exclusão tem sido feita sem a suplementação adequada e sem a dieta de substituição, que garantiria ao indivíduo um menor impacto da dieta sem leite (SOLE et al., 2012) . A dieta de exclusão indiscriminada não está em acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o Guideline do European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e a World Allergy Organization (BRASIL, 2012) (KOLETZKO, 2012).

O Conselho Regional de Nutricionistas, na sua 3º região, publicou uma diretriz contra-indicando o uso de dietas restritivas do leite, sob pena do profissional infringir o Código de Ética do Nutricionista (Resolução CFN nº 334/2004), por desrespeito ao Princípio Fundamental, explicitado no seu artigo 1º, e pelo descumprimento do artigo 6º, inciso VI (CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2010).

DSC 3C – Tratamento Nutricional Adequado

Na intolerância, pode consumir alimentos à base de leite que contenha baixo teor de lactose ou zero lactose e pode tolerar, dependendo do grau de intolerância, um iogurte, um queijo que tem baixo teor de lactose a resposta é individual, mas eu não tiro o leite de vaca, pra você se beneficiar da proteína. E a gente vai testando com alimentos que passaram por algum processo de fermentação iogurtes, queijos. E quando é adulto eu utilizo os substitutos do leite, laticínios como o queijo minas ou iogurte que tem baixa concentração de lactose e se eu vejo

que tem necessidade eu prescrevo a suplementação de cálcio. A intolerância vai restringir a lactose e alergia, nenhum alimento que contenha leite não vai poder ingerir, leite e derivado. Aprender a ler rótulo. Identificar a presença do leite naquele alimento. Então, biscoito, pão, então seria mais, uma orientação. Na alergia, eu retiro o leite da dieta, suplemento com cálcio e aumento alimentos fonte de cálcio de origem vegetal. E eu uso fórmula infantil, dependendo do poder aquisitivo da mãe, então, fórmula isenta de lactose ou hidrolisado protéico, hidrolisado total, e quando for maiorzinho, uso esses leites Sem lactose, baixo teor de lactose. Dependendo da faixa etária da criança eu não vou poder dar o leite de soja, a baixo de seis meses, mas a cima de seis meses eu posso utilizar hidrolisado ou a proteína isolada da soja. Mas sempre uma fórmula láctea como a prioridade. Na intolerância, interrompo temporariamente, porque é uma alergia temporária.”

Sujeitos: F.G. – NU; A.B. – M.; C.Z. – M.; E.L. – M.; S.T. – M.; H.L. – A.; H.T. – M.; F.B. – M. I.M. – NU; C.R. – NU; S.L. – NU; P.T. NU

DSC 3D – Tratamento Nutricional Inadequado

“Leite de Soja comum, leite de frango que eu nunca usei, que a gente aprende na faculdade. Na alergia à proteína, parcialmente hidrolisadas, mas a soja é a primeira indicação, depois o leite de cabra. E aí vai sendo testado a tolerância, porque dependendo do grau que tiver, se já tiver uma intolerância à lactose, é mais complicado ainda tem que ser um leite mais específico ainda. Mas alguns pacientes com alergia a proteína do leite não são crônicos, e podem não apresentar sensibilidade do leite. Intolerância à lactose, eu trato com leite vegetal ou com leite animal com baixo teor ou ausência de lactose, e leite em pó com definição diagnóstica.”

Sujeito: A.B. – M.; C.Z. – M.; E.L. – M.; H.T. – M.; F.B. – M.; C.R. – NU; P.T. – NU; J.S. - NU

Na segunda questão, 5,56% dos indivíduos citaram algum tipo de tratamento incorreto, na terceira questão 17,56% tratavam incorretamente os indivíduos intolerantes ou alérgicos, sendo que 7,50% disseram encaminhar para o especialista.

Muitos pacientes que apresentam o diagnóstico de APLV são orientados a ingerir leites de outros mamíferos, como o leite de cabra. O que é inadequado em função do aparecimento de outras manifestações clínicas adversas após sua ingestão. Além disso, as proteínas do LV podem ser encontradas no leite de outras

espécies de mamíferos. Esta similaridade reflete a relação filogenética entre as mesmas. A reação cruzada ocorre quando existe uma mesma sequência de aminoácidos contendo o domínio de epítomos ou quando a conformação tridimensional entre as moléculas permite a ligação a anticorpos específicos. Por este motivo, leites de cabra e de ovelha não devem ser utilizados como substitutos para o LV em pacientes com APLV (SOLE et al, 2012).

Além do uso do leite de outros mamíferos (p.ex.: cabra e ovelha), fórmulas parcialmente hidrolisadas e fórmulas poliméricas isentas de lactose não devem ser indicados para crianças com APLV. A homologia entre as proteínas do LV e cabra é importante, podendo ocorrer reatividade clínica cruzada em 92% dos casos. Os preparados e bebidas a base de soja e arroz não devem ser utilizados para lactentes com idade inferior a um ano. As fórmulas infantis à base de proteína isolada de soja, não são recomendadas como primeira opção pelas sociedades científicas internacionais. Preconiza-se portanto, sua utilização nas formas IgE mediadas de alergia sem comprometimento do trato gastrintestinal e em crianças com idade superior a seis meses. Apesar de seguras em relação ao crescimento pondero-estatural e mineralização óssea, estudos mostram que cerca de 10% a 15% das crianças com APLV IgE mediada podem apresentar, também, reação à soja (SOLE et al., 2012)

DSC 3E – Encaminha para Especialista

“Na alergia a proteína eu sempre peço auxílio pra gastroenterologista infantil, quando eu penso em tratar alergia sempre jogo junto do gastroenterologista infantil, não tenho capacidade pra isso, indico um médico ou nutricionista.”

Sujeitos: C.Z. – M.; E.L. – M.; R.A. – F.

Dos profissionais entrevistados, 13% encaminham o paciente para o especialista. Interessante ressaltar que o profissional farmacêutico não é habilitado para indicar dietas ou tratar a alergia ou intolerância, por isso encaminha para o médico ou nutricionista.

DSC 3F – Preocupação com sabor e custo

“Uma criança maior que tem a palatabilidade mais desenvolvida, o volume de leite ingerido por dia cai muito, então essas fórmulas mais digeridas mesmo usando os artifícios é muito difícil, a dieta muito digerida e quanto mais digerida a dieta pior é a palatabilidade, a gente tem que sempre mudando porque o sabor é complicado, então bate na fruta, põe essência de baunilha, usa um, farináceo junto, mas esse farináceo a gente tem que ter cuidado no uso dele porque ele também tem resíduo de leite de vaca. Fórmula hidrolisada, parcialmente hidrolisada sempre altera sabor, custo, aí vai depender do poder aquisitivo da mãe. Você sempre fica naquele receio: Será que o que eu estou fazendo em termos de custo pra essa família, e em termos de sabor pra essa criança, é verdade?”

Leite sem lactose, você não tem tanto problema em relação à palatabilidade.”

Sujeitos: C.Z. – M.; H.T. – M.; S.T. – M.; E.S. – M.

A preocupação dos profissionais da área de saúde com sabor e custo, foi demonstrada em 10% dos sujeitos entrevistados, afirmando a importância da indústria de lácteos no contexto de desenvolvimento de novos produtos. Uma dieta equilibrada, com produtos lácteos alternativos pode diminuir o impacto da dieta de exclusão (MEDEIROS et al., 2004).

DSC 3G – Mitos do Leite

“Eu utilizo a soja como substituto do leite. A alergia pode te matar, se tiver uma reação muito exacerbada pode até morrer.”

Sujeitos: F.G. – NU; C.R. - NU

Discursos contendo mitos do leite, foram encontrados em todas as questões e na terceira pergunta representa 5,0% do total de entrevistados. Os mitos do leite e o preconceito com seu consumo estão envolvidos na maioria dos discursos estudados, e a história do leite parece possuir ligação íntima com tais tabus. A chegada do primeiro rebanho no Brasil aconteceu em 1532, mas o consumo efetivo do leite somente teve início com a chegada da corte real no Brasil em 1808, o ciclo do café em 1850 e a abolição da escravidão que além de incentivarem o consumo de leite, proporcionaram melhores condições para a pecuária leiteira, devido à movimentação

causada na economia do país. A primeira fábrica de queijo foi inaugurada em 1880, mostrando que o consumo de leite era marginalizado pela população, contudo as estradas não carroçáveis, a falta de implementos agrícolas (latão de leite, foices e enxadas) e doenças incontroláveis dos animais ainda foram um entrave para o crescimento da pecuária (DIAS, 2012).

Ainda que a emigração da corte portuguesa tenha motivado o consumo de leite no Brasil, o mesmo só poderia ser ingerido puro por crianças, conforme mostra o tabu da época. Mito que surgiu para garantir o consumo do leite pela corte, uma vez que a escassez do produto ainda era uma constante. Assim surgiu o mito “Leite com manga, jaca, banana é veneno puro” (DIAS, 2012).

Dias (2012) mostra que o primeiro mito do leite aconteceu logo após a chegada do rebanho ao Brasil, uma vez que os índios passaram a chamar as vacas como, “cobaiguara”, o que significa anta de outras terras”. As vacas pastavam sem limites de propriedade por não haver cercas e arames, suas patas estragavam plantações e somente eram reconhecidas pelo prejuízo que causavam.

5.1.4 PERGUNTA 4

“Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?”

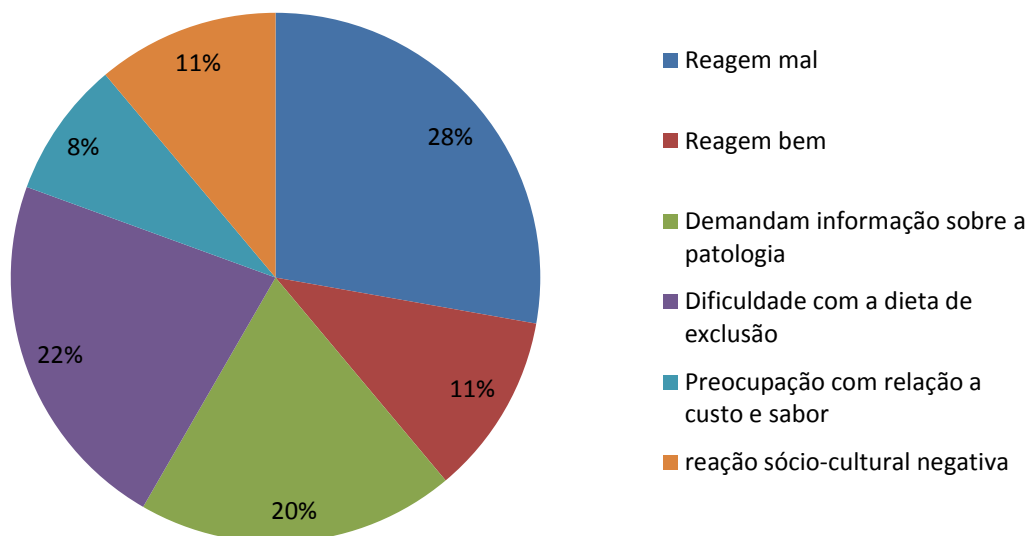


Figura 7 - Compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 20 profissionais entrevistados na pesquisa sobre a qualidade da água referente à questão “Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?”

DSC 4A – Reagem Mal

“É difícil, é muito difícil porque tudo leva leite, então exige um esforço, uma energia a mais. A reação pra família, eu acho que é o pior. Uma resistência tão visível que a mãe chora. A adesão dietética do paciente pediátrico é muito ruim. Uma resistência muito grande mas os meios de comunicação vêm ajudando um pouco mais. Existe a aceitação, só que como você quase não tem testes, principalmente em crianças muito pequena..., a prova é terapêutica, às vezes demora pra ter essa resposta, acaba gerando uma insegurança na família, mas principalmente na alergia quando você tira a proteína e dá um hidrolisado, e a criança melhora, aí você vê a família aliviada e confiante. Mas em termos de receptividade, isso não muda, eles não gostam. Inicialmente é bastante difícil, porque às vezes a intolerância à lactose dura a vida inteira.”

Sujeitos: A.V. – A.; F.G. – NU; A.B. – M.; C.Z. – M.; E.L. – M.; H.T. – M.; S.T. – M.; F.B. – M.; R.A. – F.; I.M. – NU;

A reação negativa da família foi demonstrada em 28% dos discursos produzidos, e baseada em duas vertentes: “tudo leva leite” e “quase não tem testes”. O “tudo leva leite” afirma a necessidade da indústria em desenvolver produtos lácteos alternativos para a dieta de exclusão do leite. E o fragmento “quase não tem testes”, mostrou que esses profissionais desconhecem o diagnóstico adequado da APLV e IL (SOLE et al., 2007). O diagnóstico incorreto gera exclusão alimentar em pacientes saudáveis e falta de intervenção terapêutica nos indivíduos alérgicos, mas em todos os casos o desequilíbrio nutricional ocasiona impacto na saúde do indivíduo (CORREA et al., 2010) (MEDEIROS et al., 2004).

DSC 4B - Reagem Bem

Explicando pro paciente eles entendem bem. As pessoas já sentem os sintomas antes, então automaticamente já se preparam para aquilo que ele realmente quer escutar, por isso a reação é muito positiva. Depende da preferência, a grande maioria gosta de leite e seus derivados, o queijo, os adultos consomem muito, e as crianças o leite, mas eles não reagem de forma ruim, às vezes as pessoas lidam muito bem com isso, porque tem os substitutos, leite sem lactose e os fermentados.”

Sujeitos: H.L. – A.; R.B. – NU; P.T. – NU; E.S. – M.

A reação positiva do diagnóstico foi relatada por 11% dos profissionais entrevistados. Todavia é interessante ressaltar que a dieta de exclusão deve ser realizada com cautela e que essa criança deve fazer o teste de provocação oral periodicamente para que haja reintrodução do leite na dieta (BRASIL, 2008). O fragmento do discurso: “...Já se preparam para aquilo que ele realmente quer escutar...” estão em acordo com os estudos relatados abaixo, nos quais, a alergia à proteína do leite foi superestimada na maioria dos casos.

Em um estudo de corte de 480 recém-nascidos investigados durante seus primeiros 3 anos de vida, apenas 8% das crianças reagiu a alimentos suspeitos num teste de provocação oral duplo-cego e controlado com placebo. Em contrapartida, os pais acreditaram que seus filhos tinham alergia alimentar em 28% dos casos (BOCK, 1987). Tal informação, ainda se faz atual, segundo o Guideline do ESPGHAN de 2012, a maioria dos pais que acreditam que seus filhos possuem alergia à proteína do leite comprovam o erro do diagnóstico ao submetê-los ao teste de provocação oral (KOLETZKO, 2012).

Recente estudo realizado no Brasil, objetivando avaliar resultados de testes de desencadeamento oral, mostrou que o teste foi negativo em 93 (76,8%) dos 121 pacientes que acreditavam ter alergia à proteína do leite de vaca. O que resultou na suspensão da dieta de exclusão do leite e derivados. Essa conduta representou uma importante redução dos custos com a dieta substitutiva, em especial com uso de fórmulas com proteínas extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos e, ainda, a redução dos riscos nutricionais aos quais está sujeito o paciente em dieta de exclusão. Neste estudo, é importante ressaltar o período pelo qual os pacientes permaneceram em dieta de exclusão: 20 pacientes estavam em dieta de exclusão por 48 semanas

(aproximadamente 11 meses), e 42 estavam entre 24 e 48 semanas (CORREA et al., 2010).

DSC 4C – Demandam Informação sobre alergia

“Coloco todos os riscos para a saúde, depois faz o tratamento, e coloca no final o diagnóstico, primeiro faz uma abordagem do que é, coloca a importância do tratamento. Pode comer um pouquinho de leite, isso é desconhecimento, uma informação ruim, um diagnóstico mau-feito, fica resistente àquela primeira restrição que você faz, aí você chama a mãe, vizinha, madrinha que cuida da criança e explica que existe a alergia a proteína do leite de vaca, até eles acreditarem mesmo que a dieta é importante e a gente explica que é um processo transitório, que a medida que a criança vai crescendo, a chance dela se tornar tolerante é muito maior. O mais difícil mesmo é o trabalho da família, porque aí o problema são os coleguinhas, o contato muito próximo, aquele troca-troca de alimentos. Agora, quando a criança já passa por uma fase que ela entende o que pode ou o que não pode, aí é interessante, a criança te ajuda muito mais do que a família. Mas não basta só ter o diagnóstico, tem que acreditar nele acatar, manter e respeitar a recomendação. E orientar para estar olhando os rótulos, os ingredientes, ele tem intolerância, tem alergia, antigamente custava para chegar nesse contexto. Quando você faz uma restrição de um alimento, até eles acreditarem que aquilo está dando reação, demora um tempo, até fazer uma reação importante. Mas eu trabalho com receitas, então, vou adaptando a receita do bolo, da vitamina.”

Sujeitos: A.V. – A.; J.B. – A.; F.G. – NU; H.T. – M.; F.B. – M.; I.M. – NU; C.R. – NU;

A necessidade da família compreender a intolerância à lactose e alergia proteína do leite de vaca foi citada por 20% dos sujeitos entrevistados. O conhecimento sobre o diagnóstico, sintomatologia, fisiopatologia é crucial para a adesão do paciente à dieta prescrita (ANTUNES e PACHECO, 2009).

DSC 4D – Dificuldade com a Dieta de Exclusão

“Primeiro a dificuldade é fazer a restrição do leite, dado que boa parte dos alimentos, são derivados de leite ou têm alguma coisa na fórmula. Então, obrigatoriamente será feita a exclusão. Depois futuramente faz a reintrodução dessa alimentação, mas hoje sabidamente boa parte da população adulta são intolerantes ao leite de vaca, não têm a capacidade de absorver, nesse caso você elimina os derivados e tolera isso de forma parcial, embora com alguma sintomatologia. A dificuldade é a substituição, destacando principalmente que a alimentação láctea é fundamental para a criança nos primeiros três anos de vida. Mas a restrição total de leite todo mundo assusta, elas dizem: “mas meu filho comia de tudo!” Quase tudo leva leite, Mas em um primeiro momento acham que a dieta é coisa sem importância, um pouquinho não vai fazer mal, deixa eu dar uma balinha, um docinho, pedacinho de bolo, pra ver o que vai dar. Dá um pouco de leite, não faz a restrição exclusiva igual tem que ser. Então fazer dieta de exclusão é de exclusão mesmo, tanto para aquilo, quanto para os derivados daquele alimento. Ainda que faça a escolha por uma fórmula de leite adequada tem que fazer dos derivados também, às vezes a mãe gasta muito com uma fórmula, mas a criança come de tudo e não tem melhoras dos sintomas e não acredita na fórmula, ela continua dando os biscoitos de maisena e os fermentados e não dá mais a fórmula. Quando você faz a dieta restritiva e a criança melhora e as mães observam os benefícios que isso traz ao filho, depois é até difícil reintroduzir quando é necessário, mas, aí eles entendem e trabalhar com o especialista da área, porque a família se sente mais preparada. Existe a cultura de achar que a criança vai aguar, mesma que faça aquela distinção entre oralidade e fome.”

Sujeitos: A.V. – A.; J.B. – A.; C.Z. – M.; S.T. – M.; H.L. – A.; H.T. – M.; F.B. – M.; E.S. – M.

A dificuldade com a dieta de exclusão foi relatado em 22% dos sujeitos entrevistados, o que mostrou principalmente a necessidade da indústria desenvolver produtos lácteos alternativos, o que é corroborado com o fragmento “A dificuldade é a substituição”.

DSC 4E – Preocupação com relação a custo e sabor

“Geralmente os pais reclamam que essas dietas têm alto custo, reclamam por causa da questão financeira, quando vai fazer uma dieta, sempre imaginam o leite específico ou algum produto específico. Por mais que você dê receita de um biscoito que não leva leite, de bolo sem leite, o desafio que a gente encontra é a palatabilidade. Eles perguntam: “Você já provou este leite?”, se tivesse provado aquilo não passava pra ninguém”

Sujeitos: A.B. – M.; R.A. – F.; H.T. – M.

A preocupação com sabor e custo demonstrada pelos sujeitos do estudo, mostram a dificuldade de se prescrever uma dieta complementar, por haver poucos produtos no mercado com sabor agradável e preço justo para esses indivíduos. Os 10% (terceira questão) e os 8,33% (quarta questão) dos entrevistados que citaram a preocupação com relação a custo e sabor na terceira e quarta questão respectivamente do questionário, aliado aos índices crescentes da incidência da intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca, sustentam a importância de se pesquisar produtos lácteos alternativos que possam ser usados por esses indivíduos. Produtos que garantam ao paciente um menor impacto sócio-cultural, e que possa reintroduzi-lo a eventos naturais como confraternizações, que antes era marcado pela privação alimentar.

DSC 4F – Reação sócio-cultural negativa

“Leite é o principal alimento, ele é a base da alimentação infantil, então parece que retirar aquele alimento, vai ter uma deficiência nutricional, um comprometimento do crescimento, mas é a falta do conhecimento do substituto aí, eu vou adaptando a receita, e eles conseguem viver tranquilamente sem o leite.” Uma vez, uma mãe veio me dizendo, “mas meu filho não pode comer?” coitadinho, ele é uma criança. Mãe você vai dar um veneno pro seu filho? O leite pra ele é um veneno” “O que eu vou fazer com essa criança quando for em alguma festinha de aniversário?” E mesmo que a gente fale “se você levar a criança com a barriguinha cheia ela não vai querer comer nada, o problema maior não é a criança em si, o problema é a família”.

Sujeitos: A.V. – A.; F.G. – NU; H.T. – M.; C.R. - NU

O impacto sócio-cultural negativo foi citado por 11,11% dos profissionais entrevistados, o que demonstra estar em acordo com Caffarelli et al. (2010), que afirma que pais submetem seus filhos à dieta de exclusão do leite por tempo maior que o necessário sob o risco de raquitismo, deficiência na mineralização óssea, anemia, baixo crescimento, hipoalbuminemia e gastroenteropatia crônica grave. Segundo o Guideline do ESPGHAN a maioria dos pais que acreditam que seus filhos

possuem alergia à proteína do leite, comprova o erro do diagnóstico ao submetê-los ao teste de provocação oral (KOLETZKO, 2012).

É compreensível que os pais de alérgicos e intolerantes criem aversão ao leite de vaca, após serem treinados a executar uma dieta restritiva sob argumentos como: “leite para o seu filho é um veneno” e “alergia mata, ela pode te matar”.

5.2 Resultados obtidos com relação aos mitos sobre a importância do leite para a saúde

Em todas as quatro perguntas feitas aos profissionais, foram encontradas ideias centrais que se referiam a mitos do leite. Na pergunta um, 11,76% dos entrevistados acreditavam que o leite possui “Benefício nenhum ou parcial”, para a saúde dos indivíduos. Nas questões dois e três, 12% e 5%, respectivamente dos entrevistados, demonstraram em seus discursos algum “Mito do Leite”. Na quarta pergunta 11%, apresentaram reação sócio-cultural negativa sobre o leite.

Fragmentos como: “...Benefício nenhum do leite, já ficou provado...”, “...Proteína vilã do leite...”, “...Leite para o seu filho é um veneno...”, “...Se você tomar leite sem lactose não tem problema para sua saúde...”, “...Alta incidência de intolerância absoluta, quando o indivíduo não tem nada de lactose, essa intolerância é hereditária”, “...Alergia é diferente ela pode te matar”, “...Utilizo a soja como substituto do leite...”, “...Leite é o principal alimento, ele é a base da alimentação infantil, então parece que retirar aquele alimento, vai ter uma deficiência nutricional, um comprometimento do crescimento, mas é a falta do conhecimento do substituto...”, “...Eles conseguem viver muito bem sem leite”, “ A mãe pergunta: “o que eu vou fazer com essa criança quando for em alguma festinha de aniversário?” E a gente fala: “se você levar a criança com a barriguinha cheia ela não vai querer comer nada...”.

Em desalinho com todos esses fragmentos de discurso, estão as evidências de que o leite é extremamente importante para a saúde dos indivíduos nas diferentes faixas etárias. Relação positiva entre o consumo de leite e diminuição de doenças crônico-degenerativas, reforço do sistema imunológico, regulação do índice glicêmico e prevenção do câncer, estão evidenciados (ANTUNES e PACHECO, 2009). O baixo consumo do leite pode prejudicar o adequado ganho de peso e altura, a diminuição

do consumo de cálcio, fósforo e vitamina D com impacto direto na mineralização óssea e raquitismo (YU et al., 2006), (IMATAKA et al., 2004), (VIEIRA et al., 2010).

A intolerância congênita que é de fato hereditária, não possui alta incidência como se acredita, ao contrário, ela é extremamente rara e somente foi encontrada em 42 pacientes de 35 famílias finlandesas de 1966 até 2007, cuja incidência é de 1:60.000 (MATTAR e MAZO, 2010). Sendo assim, a intolerância primária não deve ser confundida com a congênita por apresentarem diferentes formas de tratamento. Na deficiência congênita a dieta de exclusão deverá ser rigorosa e executada diariamente sem apresentar chance de regressão da dieta. A Intolerância primária, que de fato possui alta incidência, não deve apresentar um plano alimentar de restrição total, e se houver melhoras dos sintomas, os lácteos podem ser reintroduzidos com monitoramento (MATTAR e MAZO, 2010). Confundir os dois conceitos, portanto, significa entregar ao paciente primário uma dieta restritiva sem necessidade, porém com alto impacto negativo.

A soja não pode ser compreendida como substituto do leite de vaca por ter propriedades nutricionais diferentes. Tanto nas fórmulas infantis de soja quanto nos extratos de soja, são encontrados fitatos, conteúdo mais elevado de alumínio e manganês, glicopeptídeos que podem interferir no metabolismo do iodo e de isoflavonas, o que compromete sua segurança nutricional (NUNES, 2011). A fração protéica da soja não é considerada adequada por apresentar baixo teor de metionina e lisina (NUNES, 2011). Apesar do *Codex Alimentarius*, recomendar a adição de metionina nas fórmulas infantis de soja, em sua forma L, os extratos não seguem a mesma legislação (CODEX ALIMENTARIUS, 1981). Estudos recentes demonstram eventos adversos como a antecipação na idade da menarca de meninas que utilizaram fórmulas de soja antes dos quatro meses de idade (SOLÉ et al., 2012).

5.3 Resultados encontrados sobre o conhecimento dos profissionais da área de saúde no tocante ao conceito e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

Equívocos de conceito e tratamento foram encontrados durante a pesquisa. Trechos de discurso exemplificam essa afirmação: "...A lactose, a base da gordura ela é incapaz de gerar alergia, porque ela, a gordura, não é reconhecida pelo sistema de

defesa. A intolerância a lactose é um distúrbio digestivo da absorção da gordura em excesso...”, “...Intolerância à lactose, é uma deficiência secundária da falta da lactase...”, “...Intolerância é alergia ao açúcar específico do leite...”, “ A gente faz a dieta parcialmente digerida...”, “...Uso leite de soja...”, “...Mamadeira de frango”, “...Leite de cabra...” É de extrema importância que o profissional compreenda a diferença entre intolerância à lactose e alergia à proteína do leite de vaca para que consiga traçar a estratégia mais adequada do tratamento. Outros estudos, avaliaram o conhecimento dos profissionais à cerca do IL e APLV e os resultados obtidos foram semelhantes (SOLE et al., 2007) (CORTEZ et al., 2007).

Em Sole et al. (2007) foram analisados 895 questionários respondidos pelos pediatras afiliados à Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo que 65% usavam a proteína isolada da soja para tratamento de alergias, 47,8% usavam extrato de soja, 26,5% leite de cabra e somente 37,9% hidrolisado protéico. Do total de profissionais entrevistados 96,2%, afirmaram ter realizado ao menos um diagnóstico de alergia alimentar em toda sua carreira profissional (SOLE et al., 2007).

Em Cortez et al. (2007) 66,7% dos pediatras e 48,3% das nutricionistas usavam produtos não adequados para tratamento da alergia à proteína do leite de vaca, como substitutos do leite (CORTEZ et al., 2007).

5.4 Resultados encontrados com relação à dieta de exclusão

A prescrição da dieta de exclusão foi citada por 15% dos profissionais ao questionar: “Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?”. Dos entrevistados 22,22% citaram algum tipo de dificuldade em prescrever uma dieta restritiva ao serem questionados: “Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?”

Entretanto, dos vinte profissionais entrevistados, houve somente um que citou a dieta de substituição e suplementação de cálcio, entretanto não houve reflexões sobre os impactos da dieta de exclusão e os critérios para fazê-la de forma segura.

Em dissonância com os resultados obtidos no estudo, está o pronunciamento do Conselho Regional de Nutricionistas, (3º região):

- “1) O leite de vaca e de outras espécies animais são excelentes fontes de nutrientes e podem fazer parte de uma dieta normal de indivíduos em todas as fases do desenvolvimento, especialmente na infância;
- 2) A recomendação indiscriminada para restrição ao consumo de leite e derivados não encontra atualmente respaldo científico com nível de evidência convincente e está em desacordo com o Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar (2007);
- 3) A restrição ao consumo de leite e derivados somente deve ser feita aos pacientes com diagnóstico clínico confirmado de Intolerância à Lactose, sensibilidade à proteína do leite (Alergia à Proteína do Leite de Vaca – APLV) ou de outras condições fisiológicas e imunológicas. Deve-se salientar que o diagnóstico clínico é de competência exclusiva do médico;
- 4) O descumprimento dessa diretriz aponta indícios de infringência ao Código de Ética do Nutricionista (Resolução CFN nº 334/2004), por desrespeito ao Princípio Fundamental, explicitado no seu artigo 1º, e pelo descumprimento do artigo 6º, inciso VI, sujeitando os infratores a Processo Disciplinar e às penalidades previstas na legislação” (CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2010).

Interessante ressaltar que os mesmos profissionais ao serem questionados sobre os benefícios do consumo de leite (Pergunta I - Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?), responderam sobre os benefícios nutricionais (50%), os benefícios nas diferentes faixas etárias (20,59%) e benefício para a saúde (8,82%). Sendo assim, os mesmos profissionais que prescrevem a dieta de exclusão sem citar a dieta de substituição, acreditam que o leite é importante para a saúde dos indivíduos em todas as faixas etárias. A contradição entre: assumir os benefícios do consumo do leite, mas prescrever a dieta restritiva sem critérios, leva à reflexão sobre a falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde atrelada à presença constante dos mitos do leite e de preconceitos existentes sobre o tema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Preconceitos com o uso do leite foram citados em um número expressivo das repostas. A crença de que o leite não agrega benefício à saúde deve ser desmistificada a fim de evitar os impactos de uma dieta sem leite.

Os termos, “teste de desencadeamento oral” e “Tolerância oral”, bem como similares, não foram citados por quaisquer dos entrevistados. Os termos “Dieta de substituição” e “suplementação” foram citados somente por um dos profissionais entrevistados, mostrando que o diagnóstico não é feito da forma indicada pela Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e que a dieta de exclusão tem sido feita de forma indiscriminada e sem a suplementação adequada, ou seja uma dieta de substituição.

A falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde, não acontece somente no conceito e distinção da alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose, passa também pelo diagnóstico e tratamento totalmente equivocados, podendo afetar de forma direta a saúde do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTONI, C., et al. Soy protein infant formulae and follow-on formulae: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 42, n. 4, p. 352-361, 2006.

ALVÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2008, Curitiba. **Anais...** Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere_2008/anais/pdf/724_599.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. **Journal of the American Academy of Pediatrics**, v. 106, n. 2, p. 346-349, 2000. Disponível em:< <http://pediatrics.aappublications.org/content/106/2/346.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 junho 2012.

ANTUNES, A. E. C.; PACHECO, M. T. B. **Leite para adultos: mitos e fatos frente à ciência**. 1. ed. São Paulo: Varela, 2009.

BATISTA, A. et al. Lactose intolerance: possibility of ingesting fermented dairy products. **Milchwissenschaft**, v. 63, n. 4, p. 364-367, 2008.

BOCK, S. A. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. **Journal Pediatrics**, v. 79, n. 5, p. 683-687, 1987. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3575022>>. Acesso em: 21 fevereiro, 2013.

BRANUM, A. M., LUKACS, S. L. Food allergy among children in the United States. **Journal of the American Academy Pediatrics**, v. 124, n. 6, p. 1549 - 1555, 2009.

BRASIL. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. **Revista Brasileira de Alergia e Imunologia**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 64-89, 2008.

Brasil. Saúde Resolução SS-336, de 27 de novembro de 2007. Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais á pacientes com alergia a proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema único de Saúde, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação de do tratamento proposto. Elaborado por pediatras e Nutricionistas das escolas médicas e alguns hospitais públicos da cidade de São Paulo. Disponível em: <<http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=2949&word=alergia%20ao%20leite>>. Acesso em: 24 março 2013.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2012. 148 p.

CAFFARELLI, C. et al. Cow's milk protein allergy in children: a practical guide. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 36, n. 5, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<http://www.ijponline.net/content/36/1/5>>. Acesso em: 7 dezembro, 2012.

CARDOSO, A. L. Manejo nutricional na alergia à proteína do leite de vaca. **Revista Pediatria Moderna**, v. 48, n. 11, p. 452-460, 2012.

CHRISTIE, L.; HINE, J. R.; PARKER, J. G.; BURKS, W. Food allergies in children affect nutrient intake and growth. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 11, p. 1648-1651, 2002. Disponível em: <[http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yjada/article/S0002-8223\(02\)90351-2/fulltext](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yjada/article/S0002-8223(02)90351-2/fulltext)>. Acesso em: 28 junho 2012.

CODEX ALIMENTARIUS. **Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants**: Codex Stan n. 72, 1981. Disponível em: <www.codexalimentarius.org/input/download/standards/288/CXS_072e.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTA – 3º REGIÃO. Suprimento dietético de cálcio: uma questão para a prática do nutricionista. Parecer aprovado na 932ª Reunião Plenária Extraordinária de 25/03/2010.

CORREA, F. F. et al. Teste de desencadeamento aberto no diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 163-166, 2010.

CORTEZ, A. P. B.; MEDEIROS, L. C. S.; SPERIDIÃO, P. G. L.; MATTAR, R. H. G.; NETO, U. F.; MORAIS, M. B. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 106-113, 2007.

DELGADO, A. F.; CARDOSO, A. L.; ZAMBERLAN, P. **Nutrologia básica e avançada**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2010.

DIAS, J. C. **As raízes leiteiras do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Barleus, 2012.

DRUNKLER, D. A.; FARINA, L. O.; KASKANTZIS NETO, G. Alergia ao leite de vaca e possíveis substitutos dietéticos. **Revista do Instituto de Laticínios Cândido Tostes**, v. 65, n. 374, p. 3-16, 2010. Disponível em: <http://www.revistadoilct.com.br/detalhe_artigo.asp?id=388>. Acesso em: 20 abril 2013.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>> Acesso em: 15 janeiro 2013.

FERREIRA, C. T.; SEIDMAN, E. Alergia alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p. 7-20, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572007000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 março 2013.

FIOCCHI, A. et al. World Allergy Organization (WAO) diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA) guidelines. **WAO Journal**, v. 3, p. 57-161, 2010. Disponível em: <http://www.worldallergy.org/publications/WAO_DRACMA_guidelines.pdf>. Acesso em: 21 fevereiro 2012.

HOST, A. Frequency of cow's milk allergy in childhood. **Annals of Allergy, Asthma and Immunology**, v. 89, n. 6, p. 33-37, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12487202>>. Acesso em: 3 janeiro, 2013.

IMATAKA, G.; MIKAMI, T.; YAMANOUCHI, H.; KANO, K.; EGUCHI, M. Vitamin D deficiency rickets due to soybean milk. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 40, n. 3, p. 154-155, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009584>>. Acesso em 21 fevereiro 2013.

ISOLAURI, E.; SUTAS, Y.; SALO, M. K.; ISOSOMPPI, R.; KAILA, M. Elimination diet in cow's milk allergy: risk for impaired growth in young children. **Journal of Pediatrics**, v. 132, n. 6, p. 1004-1009, 1998.

JOHANSSON S, et al. A revised nomenclature for allergy for global use: report of the nomenclature review Committee of the World Allergy Organization. **Journal Allergy Clinical Immunology**, v. 56, p. 832-836, 2004.

KIM, J. S. et al. Dietary baked milk accelerated the resolution of cow's milk allergy in children. **Journal of American Academy of Pediatrics**, v. 130, n.1, p. 125-131, 2011. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/Supplement_1/S13.1.full>. Acesso em: 14 de junho de 2013.

KOLETZKO, S. et al. Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 55, p. 221-229, 2012.

KRAMER, M. S. Maternal antigen avoidance during lactation for preventing atopic disease in infants of women at high risk. **The Cochrane Library**, v. 2, n. 132, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. da C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do sujeito coletivo e o resgate das coletividades opinantes**. São Paulo: IPDSC - Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, 2012. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showcat.php?id=8>> Acesso em: 10 novembro 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública / USP, 2003. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/qualisaude/>>. Acesso em: 10 novembro 2012.

LIBERAL, E. F. et al. **Gastroenterologia Pediátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LOMER, M. C. E. et al. Review article: lactose intolerance in clinical practice - myths and realities. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v. 27, n. 2, p. 93-103, 2008.

MATANNA, P. **Desenvolvimento de requeijão cremoso com baixo teor de lactose produzido por acidificação direta e coagulação enzimática**. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia dos Alimentos) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2011. Disponível em: <http://jararaca.ufsm.br/websites/ppgcta/download/Dissertaco/PMattanna.pdf>. Acesso em: 19 mar 2013.

MATTAR, R.; MAZO, D. F. de C. Intolerância à lactose: mudanças de paradigmas com o biologia molecular. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 230-236, 2010.

MEDEIROS, L. C. da S.; LEDERMAM, H. M.; MORAES, M. B. Lactose malabsorption, calcium Intake, and bone mass in children and adolescents. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 54, n. 2, p. 204- 209, 2012.

MEDEIROS, L. C. et al. Nutrient intake and nutritional status of children following a diet free from cow's milk and cow's milk by-products. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 363-370, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MORAIS, M. B. et al. Alergia à proteína do leite de vaca. **Revista Pediatria Moderna**, v. 46, n. 5, p. 165-182, 2010. Disponível em: <C:\Documents and Settings\User\Meus documentos\Bibliografia mestrado tese\REVISTA pediatria moderna.mht>. Acesso em: 21 novembro 2012.

MONTALTO, M. et al. Management and treatment of lactose malabsorption. **World Journal Gastroenterology**, v. 12, n. 2, p. 187-191, 2006.

NOWAK-WEGRZYN, A. et al. Tolerance to extensively heated milk in children with cow's milk allergy. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 122, p. 342-347, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18620743>>. Acesso em: 29 de junho de 2013.

NUNES, R. M. **Avaliação da qualidade protéica de diferentes cultivares de soja e farinha mista de soja e milho e análise proteômica da soja**. Dissertação (Doutorado em Biologia Celular Estrutural) - Universidade federal de Viçosa, MG, 2011. Disponível em: < http://www.tede.ufv.br/tesesimplificado/tde_arquivos/30/TDE-

2013-04-01T135630Z-4363/Publico/texto%20completo.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2013.

PEREIRA FILHO, D.; FURLAN, S. A. Prevalência de intolerância à lactose em função da faixa etária e do sexo: experiência do laboratório Dona Francisca, Joinville (SC). **Revista Saúde e Ambiente**, Joinville, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2004.

PEREIRA, P. B.; SILVA, C. P. Alergia a proteína do leite de vaca em crianças: repercussões da dieta de exclusão e da dieta substitutiva sobre o estado nutricional. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 100-106, 2008.

REYES, E. E.; GARCÍA-HERNÁNDEZ, G.; MARTÍNEZ-GIMENO, A., NAVA-OCAMPO, A. A. Effect of extensively hydrolyzed milk formula on growth and resistance to bronchitis and atopic dermatitis in infants and toddlers. **Journal Investigacion Allergology Clinical Immunology**, v. 16, n. 3, p. 183-187, 2006.

ROMAGNUOLO, J. et al. Using breath tests wisely in a gastroenterology practice: an evidence-based review of indications and pitfalls in interpretation. **The American Journal Gastroenterology**, v. 97, n. 5, p. 1113-1126, 2002.

RUZYNYK, A.; STILL, C. Lactose intolerance. **The Journal of the American Osteopathic Association**, v. 101, p. 10-12, 2001.

SALOMÃO, A. N. et al. Ingestão de cálcio e densidade mineral óssea em mulheres adultas intolerantes á lactose. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n.5, p. 587–595, 2012.

SILVA, A. P. A.; ZAMBERLAN, P. **Manual de dietas hospitalares em pediatria: guia de conduta nutricional**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOLE, D. et al. Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca mediada pela imunoglobulina E. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 35, n. 6, p. 203–233, 2012. Disponível em: <<http://www.scai.cl/sites/default/files/Bibliografia%20Sugerida%20Guia%20pratica%20de%20diagnostico%20y%20tratamiento%20APLV.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2013.

SOLE, D. et al. O conhecimento de pediatras sobre alergia alimentar: estudo piloto. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 311-316, 2007.

SPOLIDORO, J. V. et al. Cow's milk protein allergy in children: a survey on features in Brazil. **Journal Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 29, n. 1, p. s.27, 2005.

TIAINEN, J. M.; NUUTINEN, O. M.; KALAVAINEN, M. P. Diet and nutritional status in children with cow's milk allergy. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 49, p. 605-612, 1995. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7588511>>. Acesso em: 26 março 2013.

VIEIRA, M. C. et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. **Journal BMC Pediatrics**, v. 10, p. 25, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873518/>>. Acesso em: 11 junho 2013.

VILLARES, M. J. M.; LEAL, O. L.; PERAL, T. R.; PAREDES, L. C.; MARTINEZ-GIMENO, A.; GARCIA-HERNANDEZ, G. Cómo crecen los lactantes diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca? **Journal Anales de Pediatría**, v. 64, n. 3, p. 244-247, 2006.

WEIZFLOG, Walter. **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. 1 ed. São Paulo: Melhoramentos, 2004.

ZEIGER, R. S. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. **Journal of the American Academy of Pediatrics**, v. 111, p. 1662-1671, 2003.

YONAMINE, G. H. et al. Uso de fórmulas à base de soja na alergia à proteína do leite de vaca. **Revista Brasileira de Alergia e Immunopatologia**, v. 34, n. 5, p. 187 – 182, 2011.

YU, J. M.; PEKELES, G.; LEGAULT, L.; MCCUSKER, C. T. Milk allergy and vitamin D deficiency rickets: a common disorder associated with an uncommon disease. **Annals of Allergy Asthma and Immunology**, v. 96, n. 4, p. 615-619, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DAS QUESTÕES ABERTAS ESPECÍFICAS PARA AS ENTREVISTAS GRAVADAS

LIGAR O GRAVADOR E DIZER CÓDIGO DO ENTREVISTADO

- 1) Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?

- 2) Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

- 3) Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?

- 4) Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**TÍTULO DA PESQUISA: Alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose: abordagem nutricional, pesquisa qualitativa e perspectivas para produtos lácteos**

Convidamos você a participar de um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Embrapa Gado de Leite e o Instituto de Laticínio Cândido Tostes (ILCT).

Sua colaboração irá contribuir para identificarmos a dificuldade de diagnóstico, diferenciação dos conceitos, diretrizes do tratamento e impacto nutricional e social da dieta de exclusão nas diferentes faixas etárias, da pediatria à gestação.

A participação nesta pesquisa é livre e voluntária, tendo como garantia de que será mantido o anonimato dos participantes, ressaltamos ainda que os resultados das análises durante a pesquisa estarão à disposição de seus respectivos participantes e que de forma alguma esses resultados servirão como ferramenta de fiscalização destes. Esta pesquisa tem caráter acadêmico com objetivo exclusivo de levantar as dificuldades de diagnóstico e tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Intolerância à Lactose.

Todas as declarações serão usadas somente para fins desse estudo e sua divulgação e transcrição estarão dentro do contexto da investigação.

Estarão garantidos o sigilo, privacidade, anonimato e ausência de qualquer tipo de punição para as pessoas que participarem da pesquisa e também para aqueles se recusarem a participar da pesquisa.

Em caso de quaisquer dúvidas encontramos-nos no endereço e telefone abaixo.

Juiz de Fora ____ de _____ de 2012.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:**Vanísia Cordeiro Dias**

Nutricionista

Especialista em Nutrição materno Infantil

Mestranda em Ciência e Tecnologia de leites e Derivados

Rua Benjamim Constant 864, Santa Helena, (32) 32139853

Prof. Marcelo Henrique Otenio, D.Sc.

Pesquisador A - Análise de água, Efluentes e Reuso; Análise de Resíduos

Embrapa Gado de Leite

Rua Eugênio do Nascimento, 610, Bom Bosco. Juiz de Fora – MG

Tel : (32) 9117 9239 ou (32) 3311-7514

otenio@cnpql.embrapa.br

Prof. Dr. Paulo Henrique Fonseca da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

ICB - Departamento de Nutrição

Campus Universitário

CEP: 36036-330 - Juiz de Fora - MG

32 2102-3234

32 9908-2585

paulo.henrique@ufjf.edu.br

Eu, _____, após ter obtido esclarecimento da pesquisa, por meio de leitura do Termo de Consentimento, estou de acordo em participar da referida pesquisa. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não participar desta pesquisa, ainda, sem qualquer prejuízo para mim.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura

ANEXO 3

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**1 - Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?**

	Expressões Chave	Idéia Central	
A.V._A.	a base de tudo é nutricional... ele é rico em minerais, proteínas, carboidratos, gordura	Composição Nutricional	A
J.B._A.	...concentração proteica o cálcio é importante...	Composição Nutricional	A
F.G._NU	...conteúdo nutricional, proteína de alto valor biológico, aminoácidos essenciais...Importante fonte de cálcio, vitamina do complexo B, vitamina D...	Composição Nutricional	A
A.B._M.	Ingestão de cálcio...	Composição Nutricional	A
E.L._M.	...suplementação de cálcio, proteína...	Composição Nutricional	A
I.M._NO	...benefícios, sobretudo, proteico e cálcio...	Composição Nutricional	A
S.T._M.	...Cálcio...proteína...	Composição Nutricional	A
H.L._A	...Cálcio, proteínas, vitaminas, sais minerais.	Composição Nutricional	A
H.T._M.	...Oferta proteica e oferta de oligoelementos, principalmente o cálcio.	Composição Nutricional	A

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**1 - Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?**

	Expressões Chave	Idéia Central	
F.B._M.	...Benefícios mais do que na nutrição...	Composição Nutricional	A
R.B._NU	...Cálcio, a absorção do cálcio, fonte de vitamina, principalmente vitamina D.	Composição Nutricional	A
I.M._NU	...O cálcio, o valor proteico...	Composição Nutricional	A
C.R._NU	...Aporte proteico, cálcio...	Composição Nutricional	A
S.L._NU	...Necessidades nutricionais de cálcio diárias, valor proteico, leite é fonte de proteína de alto valor biológico...	Composição Nutricional	A
P.T._NU	...Proteína com alto valor biológico, perfil de aminoácidos, o teor de cálcio é indiscutível...	Composição Nutricional	A
J.S._NU	...Fonte de proteína e minerais e o cálcio...	Composição Nutricional	A
C.Z._M.	...Proteína animal com alto valor biológico...	Composição Nutricional	A
C.Z._M.	...Mas em qual idade?...Pro adulto, oferta de proteína...	Importante para as diferentes faixas etárias	B
S.T._M.	...À partir de qual idade?...benefício, principalmente pro adulto e adolescente...	Importante para as diferentes faixas etárias	B

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
1 - Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?

Expressões Chave	Idéia Central		
J.B._A.	...importante na faixa etária pediátrica, porque pra criança até os dois anos é o alimento principal, depois vai crescendo não é o alimento tão importante mais é bem importante... fundamental no desenvolvimento inicial da vida...	Importante para as diferentes faixas etárias	B
F.G._NU	...Importante para crescimento de criança, na renovação celular do adulto e idoso...	Importante para as diferentes faixas etárias	B
R.A._F.	...Principalmente em crianças...	Importante para as Diferentes Faixas Etárias	B
P.T._NU	...Cálcio é importante para todas as faixas etárias..	Importante para as Diferentes Faixas Etárias	B
J.S._NU	..Para os adultos...	Importante para as Diferentes Faixas Etárias	B
J.B._A.	...De preferência o leite que seja mais próximo do produzido pela mãe.	Diferença entre o Leite Materno e Leite de Vaca	C
I.M._NO	...Em termos de leite, você primeiro perguntou leite! A coisa mais importante é que se use o leite materno até os dois anos...	Diferença entre o Leite Materno e Leite de Vaca	C
F.B._M.	...Benefícios do aleitamento materno...	Diferença entre o Leite Materno e Leite de Vaca	C
F.G._NU	... crescimento de criança, e renovação celular do adulto e idoso...	Benefício para a saúde	D

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
1 - Para você quais são os principais benefícios do consumo de leite para a promoção da saúde?

Expressões Chave	Idéia Central		
F.B._M.	...Ganho nutricional, ganho no sistema imune, controle da obesidade, a questão da imunidade, questão do desenvolvimento cognitivo, questão do desenvolvimento motor, controle de infecções, controle de obesidade, de hipertensão...	Benefício para a saúde	D
R.A._F.	...Principalmente em crianças com alguns déficits nutricionais...	Benefício para a Saúde	D
A.V._A.	...O que difere é a concentração para avaliar risco e benefício. Mas ele tem mais benefício do que perigo nutricional.	Benefício Nenhum ou Parcial	E
C.Z._M.	... Pro adulto oferta de proteína, pras crianças pequenas abaixo de 1 ano, benefício nenhum...	Benefício Nenhum ou Parcial	E
I.M._NO	... De preferência que até os dois anos ninguém tomasse outro leite, haja vista que a proteína do leite de vaca é muito agressora ao nosso organismo...	Benefício Nenhum ou Parcial	E
E.S._M.	... Benefício nenhum... já ficou provado, sua pergunta tinha que ser quais são os malefícios para a saúde.	Benefício Nenhum ou Parcial	E

ANEXO 4

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?**

Expressões Chave		Idéia Central	
A.V._A.	...A lactose, é incapaz de gerar alergia, porque, não é reconhecida pelo sistema de defesa...A intolerância a lactose é um distúrbio digestivo da absorção, que pode gerar uma dispepsia, uma distensão abdominal, diarreia e vômito....	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
J.B._A.	Intolerância a lactose, é um problema mais enzimático, é a deficiência da lactase na digestão da lactose.	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
F.G._NU	"...A intolerância ela é gastrointestinal, geralmente vai desenvolver diarreia, distúrbio abdominal, limita ao trato gastrointestinal..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
A.B._M.	Intolerância senti gases, desconforto...."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
E.L._M.	...Intolerância são quadros com distensão abdominal, irritabilidade, flatulência, que tá envolvido com a lactose...	Fisiopatologia e Conceito adequado da Intolerância	A
C.Z._M.	"...Os sintomas, numa criança são mais parecidos, porque a criança vai ter sintomas subjetivos, é... azia, mal estar, dispepsia, diarreia, constipação, é... então muitas das vezes em termos de diagnóstico um pode sobrepor ao outro...muitos diagnósticos de alergia...podem ser sintomas de intolerância...e são taxados como alergia..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
I.M._NO	"...São dois eventos diferentes...A intolerância a lactose é uma deficiência enzimática, da lactase, tem haver com a quantidade do leite ingerido. Essa enzima fica nos enterócitos, na borda intestinal..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
H.L._A	...Intolerância à lactose é uma dissacaridase e é o açúcar do leite...	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?**

Expressões Chave		Idéia Central	
H.T._M.	"...Intolerância à lactose, é uma intolerância devido ao carboidrato geralmente a maior manifestação é diarreia normalmente osmolar, dor abdominal, flatulência, cólica...o que a gente faz é excluir a lactose do leite, pode manter o leite mesma fonte protéica...Completamente diferente..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
F.B._M.	...A intolerância refere-se a sintomas digestivos, dispépticos, como vômitos, diarreia, problemas na digestibilidade da lactose... não digestibilidade, independente da reação de resposta humoral	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
I.M._NU	...Intolerância, ela é só mesmo a lactose, tanto é, que se você tomar um leite sem lactose, você não teria um problema pra sua saúde, pra tudo.	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
R.A._F.	...Intolerância à lactose é uma alergia ao açúcar específico do leite, que seria a lactose...não consegue ter boa absorção dessa lactose...	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
C.R._NU	"...Intolerância à lactose é intolerância ao açúcar..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
S.L._NU	"..Intolerância a lactose é uma deficiência da enzima lactase.	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
P.T._NU	"...Intolerância à lactose é a deficiência da lactase..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
J.S._NU	"...Intolerância ocorre quando, a produção de enzimas é insuficiente ou ausente..."	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A
E.S._M.	Intolerância é um processo progressivo...dada a diminuição das vilosidades e capacidade de absorção de leite de vaca...na intolerância tem dor abdominal...	Fisiopatologia e Conceito da Intolerância	A

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

Expressões Chave	Idéia Central		
A.V._A.	"...A Alergia a proteína do leite de vaca, é sensibilização à proteínas contidas no leite: a γ - lactoglobulina, a γ - lactoalbumina e a caseína. A sensibilização alérgica depende apenas da proteína...Tolerância imunológica pode acontecer por volta de 5 anos, depois pode aceitar o alimento...Avaliação é individual, depende de cada caso, usa histórico familiar de alergia..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
F.G._NU	"...alergia é uma hipersensibilidade... é o seu sistema imunológico que vai responder àquele alimento...a alergia é a fração proteica do leite..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
A.B._M.	"...A proteína não pode usar mesmo porque dá uma reação de alergia..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
E.L._M.	"...alergia pode ser IgE Mediada...a IgE mediada, normalmente é mais aguda e ...de urticária e até insuficiência respiratória...as mistas, ou as não IgEs que pode ter sintomas mais comuns... diarreia... ganho de peso, muito choro, cólica..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
J.B._A.	"...alergia a proteína do leite de vaca é uma reação alérgica de formar IgE...monta um anticorpo contra a proteína do leite...o problema é com a proteína..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
S.T._M.	"...Alergia pode ser ou não imunomediada e está relacionada a proteína do leite de vaca, pode ser desencadeada em qualquer faixa etária..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
I.M._NO	"...A alergia a proteína do leite de vaca é uma reação imunológica, geralmente IgE mediada que a proteína do leite...é um antígeno, para qual o indivíduo faz anticorpos... São dois eventos diferentes, alergia não é dose-dependente..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

Expressões Chave	Idéia Central		
H.L._A	"...Alergia a Proteína do Leite é alergia à caseína, lactoalbumina..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
H.T._M.	"...A intolerância à proteína do leite de vaca, tem vários tipos, mediada por IgE que é mais grave, mais séria pode ter desde o componente cutâneo, de quando a criança encosta a boquinha na mamadeira faz aquele ruf vermelho...manifestar também sintomas digestivos como cólica, diarreia, diarreia com sangue...Completamente diferente..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
F.B._M.	"...E a alergia à proteína, envolve o mecanismo alérgico, com mediadores inflamatórios, alérgicos, histamínicos...com histórico familiar positivo de atopia de hipersensibilidade tipo 4..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
I.M._NU	"...Alergia...tem uma resposta muito rápida, ela é mediada..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
R.A._F.	"...Alergia a proteína são pacientes que possuem reações alérgicas à proteína do leite..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
S.L._NU	"...Alergia é um processo alérgico desenvolvido pelo organismo, que reage à presença da proteína..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
P.T._NU	"...Alergia a proteína do leite de vaca é mais desenvolvida...aparece mais na infância...e que também pode vir como intolerância à lactose secundária uma coisa pode levar a outra...a questão da diarreia, a intolerância a lactose por si, ela não precisa dar diarreia, mas a alergia dá diarreia..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
J.S._NU	"...A Alergia é reação imunológica, que geralmente é despertada pela proteína..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

Expressões Chave		Idéia Central	
E.S._M.	"...Alergia é mais inicial e depois tem alguma adaptação ao longo do tempo...a alergia você tem a presença do vômito, às vezes a lesão de pele..."	Fisiopatologia e Conceito da Alergia	B
A.V._A.	"A intolerância não gera choque anafilático ou casos mais graves..."	Alergia é mais grave que intolerância	C
J.B._A.	"...A intolerância é mais transitório..."	Alergia é mais grave que intolerância	C
C.Z._M.	"...intolerância é mais comum do que a proteína...intolerância a lactose mais comum do que a proteína...em primeiro lugar sempre vou pensar primeiro na intolerância a lactose."	Alergia é mais grave que intolerância	C
E.L._M.	"...Intolerância são quadros mais leves em relação a alergia."	Alergia é mais grave que intolerância	C
S.T._M.	"...Alergia é uma coisa mais complexa..."	Alergia é mais grave que intolerância	C
H.T._M.	"...Já a intolerância á proteína do leite de vaca, é uma coisa mais séria..."	Alergia é mais grave que intolerância	C
C.R._NU	"...Intolerância à lactose é somente intolerância ao açúcar do leite..."	Alergia é mais grave que intolerância	C
P.T._NU	"...Alergia a proteína do leite de vaca seria uma coisa mais desenvolvida..."	Alergia é mais grave que intolerância	C

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

Expressões Chave		Idéia Central	
J.B._A.	"...Leite com baixo teor de lactose não serve pra alergia a proteína ao leite de vaca, porque ele contém proteínas do leite..."	Tratamento Adequado	D
S.T._M.	"...Ambos precisam ser tratados com cuidado e pra cada um deles você tem um tipo de educação diferente..."	Tratamento Adequado	D
I.M._NO	"...Intolerância a lactose é tem haver com a quantidade do leite ingerido..."	Tratamento Adequado	D
H.T._M.	"...Intolerância á proteína do leite de vaca, faz excluir o leite de vaca da alimentação, no menor de um ano totalmente digerida e a cima de uma ano...a gente muda a fonte de proteína, usar o leite de soja, sabendo que, também pode vir a ter intolerância cruzada com a soja."	Tratamento Adequado	D
R.B._NU	"...Na alergia...nem pode ingerir os produtos com baixo teor de lactose..."	Tratamento Adequado	D
C.R._NU	"...Alergia o paciente tem que excluir o leite da alimentação, já o intolerante pode consumir o leite deslactosado ou então, consumir a enzima lactase à parte."	Tratamento Adequado	D
J.B._A.	"...Leite com baixo teor de lactose..."	Tratamento Inadequado	E
H.T._M.	"...No menor de um ano a gente faz uma dieta parcialmente digerida...quando a intolerância aparece...mudar a fonte de proteína, usar o leite de soja, sabendo que, também pode vir a ter intolerância cruzada com a soja."	Tratamento Inadequado	E

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
2 - Fale o que você sabe sobre a diferença entre Intolerância a Lactose e Alergia a Proteína do Leite de vaca?

Expressões Chave		Idéia Central	
A.B._M.	"...A intolerância pode usar, mas vai se sentir mal."	Tratamento Inadequado	E
J.B._A.	"...proteína vilã do leite, principalmente a β -lactoglobulina, que é a mais vilã...tem a caseína, β -lactoalbumina, mas a β -lactoglobulina é mais vilã..."	Mitos do Leite	F
S.T._M.	"...Intolerância à lactose é uma deficiência secundária da falta da lactase... tem uma característica de povos do mediterrâneo e dos descendentes de povos do mediterrâneo..."	Mitos do Leite	F
H.L._A	"...Intolerância à lactose é um processo alérgico, diferente..."	Mitos do Leite	F
I.M._NU	"...Se você tomar um leite sem lactose, não teria um problema pra sua saúde, pra tudo..."	Mitos do Leite	F
C.R._NU	"...Intolerante pode consumir a enzima lactase à parte."	Mitos do Leite	F
P.T._NU	"...Nas últimas conversas que eu tive com a gastro, a gente ficou conversando sobre a alta incidência de intolerância à lactose no consultório em adultos, qualquer fase, ela me disse que já tem algumas populações no mundo que já tem intolerância absoluta, não têm nada de lactase, e que é uma questão hereditária..."	Mitos do Leite	F
J.S._NU	"...Leite, que é para a maioria da população, é inofensiva..."	Mitos do Leite	F

ANEXO 5

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?**

	Expressões Chave	Idéia Central	
A.V._A.	"...O trabalho baseia na educação...conhecer e entender a diferença. Sem conhecimento é impossível que faça adesão e se beneficie do seu tratamento. Importante saber seu filho realmente diagnosticado para poder acompanhar...é natural que gera divergência, contradição, expectativa, conflito na família...tende a seguir a opinião pediátrica mais fácil. Então, mostrar o profissional, seriedade, diagnóstico correto pode ter um problema muito grande na vida daquele paciente.Fundamental educar..."	Educação na Família	A
J.B._A.	"...Primeiro confirma por exame, pra família ver...problema e precisa fazer uma dieta. O primeiro passo é a família entender que precisa mexer na alimentação e entrar com a dieta... A família entenda, porque senão é um avô que vai dar, na escola, creche, então...mobilizar pra ver que é algo importante cuidar daquilo..."	Educação na Família	A
F.G._NU	"...A primeira coisa que eu falo com os pacientes é diferenciar complexo, porque eles acham que a intolerância a lactose é uma alergia...intolerância, vai ter é uma distensão e diarreia. Alergia é diferente: ela pode te matar...Se tiver uma reação muito exacerbada você pode até morrer..."	Educação na Família	A
H.T._M.	"...O grande problema que a gente tem é o convencimento da mãe, o tempo que a gente precisa pra criança aceitar essa dieta..."	Educação na Família	A
R.B._NU	"...Trabalho orientando e prescrevendo..."	Educação na Família	A
J.B._A.	"...Indicando as coisas que são mais importantes de serem retiradas...Dieta de exclusão pra leite, tem que retirar, queijo, iogurte, Danone, tudo...fazer uma restrição importante."	Fazem Dieta de Exclusão	B

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose**3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?**

	Expressões Chave	Idéia Central	
F.G._NU	"...Explicar o que vai ser restrito..."	Fazem Dieta de Exclusão	B
F.B._M.	"...Com exclusão..."	Fazem Dieta de Exclusão	B
C.R._NU	"...Na alergia, eu retiro o leite da dieta..."	Fazem Dieta de Exclusão	B
J.S._NU	"...O tratamento eu ia excluir os alimentos que têm na sua composição uma proteína igual a que esse paciente tem alergia..."	Fazem Dieta de Exclusão	B
E.L._M.	"...Alergia a proteína do leite de vaca, a gente faz a dieta de exclusão, em caso a mãe amamentando da mãe..."	Fazem Dieta de Exclusão	B
F.G._NU	"...Pode consumir alimentos à base de leite que contenha baixo teor de lactose ou zero lactose...pode tolerar, dependendo do grau de intolerância...um iogurte, um queijo que tem baixo teor de lactose a resposta é individual. A intolerância vai restringir a lactose e alergia, nenhum alimento que contenha leite não vai poder ingerir, leite e derivado. Aprender a ler rótulo. Identificar a presença do leite naquele alimento. Então, biscoito, pão, então seria mais, uma orientação..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
A.B._M.	"...Uso fórmula isenta de lactose ou hidrolisado proteico. "E quando for maiorzinho?" Esses leites Sem lactose, Baixo teor de lactose..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
C.Z._M.	"...Na intolerância a lactose uma fórmula sem lactose. Na alergia a proteína eu fórmulas hidrolisadas, hidrolisado total. Na intolerância, interrompem temporariamente, é uma alergia temporária..."	Tratamento Nutricional Adequado	C

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?

Expressões Chave	Idéia Central		
E.L._M.	"...Alergia a proteína do leite de vaca, no caso do bebê as fórmulas de substituição com as extensamente hidrolisadas..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
S.T._M.	"...Intolerância a lactose, um complemento isento de lactose, mas eu não tiro o leite de vaca, pra você se beneficiar da proteína, dependendo do poder aquisitivo da mãe fórmulas infantis...A proteína dependendo da faixa etária da criança eu não vou poder dar o leite de soja, a baixo de seis meses... a cima de seis meses eu posso utilizar hidrolisado ou a proteína isolada da soja..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
H.L._A	"...Leite Sem Lactose e Leite sem a proteína do leite, leite mesmo de vaca sem a proteína, hidrolisado proteico..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
H.T._M.	"...De lactose, trata com leite sem lactose..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
F.B._M.	"...Substituição por fórmula isenta de lactose...Mas sempre uma fórmula láctea como a prioridade.	Tratamento Nutricional Adequado	C
I.M._NU	"...A lactose seria um leite sem lactose, e alergia a proteína ao leite, conforme a idade leite de soja, um outro substituto nesse sentido."	Tratamento Nutricional Adequado	C
C.R._NU	"...Quando é criança fórmula Sem Lactose e adulto eu utilizo os substitutos do leite, laticínios como o queijo minas ou iogurte que tem baixa concentração de lactose e se eu vejo que tem necessidade eu prescrevo a suplementação de cálcio... Na alergia, eu retiro o leite da dieta, suplemento com cálcio e aumento alimentos fonte de cálcio de origem vegetal..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
S.L._NU	"...Indicaria, alimentos que passaram por algum processo de fermentação iogurtes, queijos..."	Tratamento Nutricional Adequado	C

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?

Expressões Chave	Idéia Central		
P.T._NU	"...Com relação à lactose a gente vai testando com fermentados, o iogurte, os leites fermentados, queijo. Os leites sem lactose ou com baixo teor de lactose..."	Tratamento Nutricional Adequado	C
J.S._NU	"...Excluir os alimentos que têm na sua composição proteína igual a que esse paciente tem alergia...alguns pacientes com alergia a proteína do leite não são crônicos, e podem não apresentar sensibilidade do leite."	Tratamento Nutricional Adequado	C
A.B._M.	"...Leite de Soja comum, leite de frango que eu nunca usei, que a gente aprende na faculdade..."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
C.Z._M.	"...Na alergia a proteína, parcialmente hidrolisadas..."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
E.L._M.	"...Alergia a proteína do leite de vaca, a parcialmente hidrolisadas..."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
H.T._M.	"...De lactose, trata com leite vegetal ou com leite animal com baixo teor ou ausência de lactose..."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
F.B._M.	"...Fórmula hipoalergênica, a fórmula de soja, fórmula láctea, leite em pó com definição diagnóstica..."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
C.R._NU	"...Utilizo a soja como substituto do leite."	Tratamento Nutricional Inadequado	D
P.T._NU	"...Na alergia, a soja a primeira indicação, depois o leite de cabra...E aí vai sendo testado a tolerância, porque dependendo do grau que tiver, se já tiver uma intolerância à lactose, é mais complicado ainda tem que ser um leite mais específico ainda."	Tratamento Nutricional Inadequado	D

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?

Expressões Chave		Idéia Central	
C.Z._M.	"...Na alergia a proteína eu sempre peço auxílio pra gastroenterologista infantil...quando eu penso em tratar alergia sempre jogo junto do gastroenterologia infantil..."	Encaminha para Especialista	E
E.L._M.	"...Alergia ao leite de vaca com o apoio dos nossos colegas gastros."	Encaminha para Especialista	E
R.A._F.	"...Não tenho capacidade pra isso, indico um médico ou nutricionista..."	Encaminha para Especialista	E
C.Z._M.	"... Fórmula hidrolisada, parcialmente hidrolisada altera sabor, custo...Você sempre fica naquele receio: Será que o que eu estou fazendo em termos de custo pra essa família, e em termos de sabor pra essa criança, é verdade?..."	Preocupação com Sabor e Custo	F
H.T._M.	H.T._M."...Uma criança maior que tem a palatabilidade mais desenvolvida, o volume de leite ingerido por dia cai muito...então essas fórmulas mais digeridas mesmo usando os artifícios é muito difícil, a gente tem que sempre mudando porque o sabor...bate na fruta, põe essência de baunilha, usa um, farináceo junto, mas esse farináceo a gente tem que ter cuidado no uso dele porque ele também tem resíduo de leite de vaca...Leite sem lactose, você não tem tanto problema em relação à palatabilidade...Dieta muito digerida e quanto mais digerida a dieta pior é a palatabilidade...artifícios, bate na fruta, põe essência de baunilha, usa um farináceo..."	Preocupação com Sabor e Custo	F
S.T._M.	"...dependendo do poder aquisitivo da mãe fórmulas infantis..."	Preocupação com Sabor e Custo	F
E.S._M.	"...Eu indico sem lactose, soja e hidrolisado dependendo da condição da família."	Preocupação com Sabor e Custo	F

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

3 - Como você trabalha com seu público/paciente quando você precisa indicar dietas restritivas de lactose e proteína do leite de vaca?

Expressões Chave		Idéia Central	
F.G._NU	"...a alergia é diferente: ela pode te matar...se tiver uma reação muito exacerbada pode até morrer..."	Mitos do Leite	G
C.R._NU	"...Utilizo a soja como substituto do leite."	Mitos do Leite	G

ANEXO 6

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
4 - Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

Expressões Chave	Idéia Central	
A.V._A.	"... Resistentes. Uma resistência tão visível que a mãe chora. Uma resistência muito grande mas os meios de comunicação vêm ajudando um pouco mais.."	Reagem Mal A
F.G._NU	" Reação pra família, eu acho que é o pior."	Reagem Mal A
A.B._M.	"...É difícil, é muito difícil porque tudo leva leite..."	Reagem Mal A
C.Z._M.	" De forma razoável, não muito boa, eles não gostam muito. Existe a aceitação, só que como você quase não tem testes, principalmente em crianças muito pequena..., a prova é terapêutica, às vezes demora pra ter essa resposta, acaba gerando uma insegurança na família, mas principalmente na alergia quando você tira a proteína e dá um hidrolisado, e a criança melhora, aí você vê a família aliviada e confiante. Mas em termos de receptividade, isso não muda, eles não gostam."	Reagem Mal A
E.L._M.	" Com tranquilidade, mas com preocupação, porque exige um esforço, uma energia a mais."	Reagem Mal A
S.T._M.	"... Inicialmente é bastante difícil...porque às vezes a lactose dura a vida inteira, mas principalmente da alergia é difícil..."	Reagem Mal A
H.T._M.	" É muito difícil..."	Reagem Mal A
F.B._M.	" Pessimamente. A adesão dietética do paciente pediátrico é muito ruim..."	Reagem Mal A

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
4 - Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

Expressões Chave	Idéia Central	
I.M._NU	"...Há uma resistência..."	Reagem Mal A
R.A._F.	"...Reagem muito mal..."	Reagem Mal A
H.L._A	"...Explicando pro paciente eles entendem bem."	Reagem Bem B
R.B._NU	"...As pessoas já sentem os sintomas antes...automaticamente já se prepara para aquilo que ele realmente quer escutar...reação é muito positiva..."	Reagem Bem B
P.T._NU	"...Depende da preferência, a grande maioria gosta de leite e seus derivados...o queijo, os adultos consomem muito...e as crianças o leite...eles não reagem de forma ruim porque tem os substitutos, leite sem lactose, os fermentados..."	Reagem Bem B
E.S._M.	"...Muitas vezes as pessoas lida muito bem com isso..."	Reagem Bem B
A.V._A.	"...Coloca todos os riscos para a saúde, depois faz o tratamento, e coloca no final o diagnóstico, primeiro faz uma abordagem do que é, coloca a importância do tratamento...Pode comer um pouquinho de leite, isso é desconhecimento, uma informação ruim, um diagnóstico mau-feito, fica resistente àquela primeira restrição que você faz, aí você chama a mãe, vizinha, madrinha que cuida da criança e explicar que existe a alergia a proteína do leite de vaca..."	Demandam Informação sobre a Patologia C
J.B._A.	"...Até acreditarem mesmo a dieta que a dieta é importante. Quando você faz uma restrição de outro alimento, até acreditarem que aquilo tá dando reação, demora um tempo, até fazer uma reação importante..."	Demandam a Informação da Patologia C

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

4 - Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

Expressões Chave		Idéia Central	
F.G._NU	"... Quando é alergia a gente explica que é um processo transitório..."	Demandam Informação sobre a Patologia	C
H.T._M.	"... A medida que a criança vai crescendo, a chance dela se tornar tolerante é muito maior. O mais difícil mesmo é o trabalho da família, porque aí o problema são os coleguinhas, o contato muito próximo, aquele troca-troca de alimentos . Agora, quando a troca já passa por uma fase o que ela pode ou o que não pode, aí é interessante, a criança te ajuda muito mais do que a família..."	Demandam Informação sobre a Patologia	C
F.B._M.	" Não basta só ter o diagnóstico, tem que acreditar nele acatar, manter e respeitar a recomendação..."	Demandam Informação sobre a Patologia	C
I.M._NU	"...Orientar para estar olhando os rótulos, os ingredientes, ele tem intolerância, tem alergia. Antigamente custava para chegar nesse contexto..."	Demandam Informação sobre a Patologia	C
C.R._NU	"...Eu trabalho com receitas, vou adaptando a receita do bolo, da vitamina..."	Demandam Informação sobre a Patologia	C
A.V._A.	"...Mas meu filho comia de tudo..."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
J.B._A.	" Achar que é uma coisa sem importância, um pouquinho não vai fazer mal, deixa eu dar uma balinha, um docinho, pedacinho de bolo, pra ver o que vai dar. Dá um pouco de leite, não faz a restrição exclusiva igual tem que ser...Então fazer dieta de exclusão é de exclusão mesmo, tanto para aquilo, quanto para os derivados daquele alimento"	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
C.Z._M.	"...Restrição é maior, família, normalmente tem uma certa restrição para isso, entendam, aceitam, quando você faz a dieta restritiva e a criança	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose

4 - Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

Expressões Chave		Idéia Central	
S.T._M.	melhora, aí eles entendem...trabalhar com o especialista da área, porque a família se sente mais preparada..." "...Quase tudo leva leite, mas quando as mães observam os benefícios que isso traz ao filho, depois é até difícil reintroduzir quando é necessário, então, essas são as mães ansiosas que tudo pegam para ler..."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
H.L._A	"...A restrição total de leite todo mundo assusta..."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
H.T._M.	"...Existe a cultura de achar que a criança vai aguar, mesma que faça aquela distinção entre oralidade e fome..."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
F.B._M.	"...Ainda que faça a escolha por uma fórmula de leite adequada não faz dos derivados, ele gasta muito com uma fórmula, mas come de tudo e não tem melhoras dos sintomas e não acredita na fórmula, ela continua dando os biscoitos de maisena e os fermentados e não dá mais a fórmula..."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
E.S._M.	"...Primeiro a dificuldade é fazer a restrição do leite, dado que boa parte dos alimentos, são o leite ou o leite e seus derivados com alguma coisa na fórmula...Obrigatoriamente será feita a exclusão depois futuramente faz a reintrodução dessa alimentação, hoje sabidamente boa parte da população adulta são intolerantes ao leite de vaca, não têm a capacidade de absorver...elimina os derivados e tolera isso de forma parcial, embora com alguma sintomatologia. A dificuldade é a substituição, destacando principalmente a alimentação láctea que é fundamental para a criança nos primeiros três anos de vida."	Dificuldade com a Dieta de Exclusão	D
A.B._M.	"...Hoje está tendo mais coisa sem leite, mas é caro. Tem a opção mas é caro."	Preocupação com relação à custo e sabor	E

Alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose
4 - Como os pacientes e seus cuidadores reagem à restrição de produtos lácteos?

Expressões Chave	Idéia Central		
R.A._F.	"...Geralmente essas dietas tem alto custo, reclamam por causa da questão financeira, quando vai fazer uma dieta, sempre imaginam o leite específico ou algum produto específico..."	Preocupação com relação à custo e sabor	E
H.T._M.	"...Por mais que você dê receita de um biscoito que não leva leite, de bolo sem leite...O desafio que a gente encontra é a palatabilidade. "Você já provou este leite?", se tivesse provado aquilo não passava pra ninguém..."	Preocupação com relação a custo e sabor	E
A.V._A.	Uma mãe veio dizendo, "mas meu filho não pode comer?" coitadinho, ele é uma criança. Mãe você vai dar um veneno pro seu filho? O leite pra ele é um veneno..."	Reação Sócio-cultural Negativa	F
F.G._NU	"...Leite é o principal alimento, ele é a base da alimentação infantil, então parece que retirar aquele alimento, vai ter uma deficiência nutricional, um comprometimento do crescimento, mas é a falta do conhecimento do substituto..."	Reação Sócio-cultural Negativa	F
H.T._M.	"... O que eu vou fazer com essa criança quando for em alguma festinha de aniversário?"E mesmo que a gente fale "se você levar a criança com a barriguinha cheia ela não vai querer comer nada...o problema maior não é da criança em si, o problema é da família."	Reação Sócio-cultural Negativa	F
C.R._NU	"...Vou adaptando a receita, aí eles conseguem viver tranquilamente sem o leite."	Reação Sócio-cultural Negativa	F

