

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

THAIS VASSALLO ROCHA LANSCHI

**ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E A POLÍTICA DE ACESSO ÀS
FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS**

VITÓRIA
2016

THAIS VASSALLO ROCHA LANSCHI

**ALERGIA A PROTEINA DO LEITE DE VACA E A POLÍTICA DE ACESSO ÀS
FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

VITÓRIA
2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L294a Lanschi, Thais Vassallo Rocha, 1980-
 Alergia a proteína do leite de vaca e a política de acesso às
 fórmulas infantis especiais. / Thais Vassallo Rocha Lanschi. -
 2016.
 122 f.

Orientador: Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Hipersensibilidade ao leite. 2. Política de saúde. 3.
Fórmulas infantis. 4. Assistência farmacêutica. I. Silva, Valmin
Ramos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 614.39

THAIS VASSALLO ROCHA LANSCHI

**ALERGIA A PROTEINA DO LEITE DE VACA E A POLÍTICA DE ACESSO ÀS
FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 21 março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador

Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Profa. Dra. Rosana Alves
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

À Deus, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos.

Aos meus pais, fonte de minha inspiração, pelo apoio e incentivo durante toda a caminhada.

Ao meu marido, pelo carinho, compreensão e incentivo nesta jornada e na vida.

A minha querida filha, tradução do amor de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder sabedoria, coragem, força e proteção.

Agradeço aos meus pais Edílson Souza Rocha e Maria das Graças Vassallo Rocha e a meu irmão Túlio Vassallo Rocha por estarem sempre presente em minha vida me apoiando e me incentivando a seguir em frente.

Agradeço a meu marido José Augusto Lanschi Ferreira Filho pelo amor, companheirismo, compreensão e pela família linda que construímos juntos.

Agradeço a minha filha Luísa Rocha Lanschi que chegou em um momento tão especial da minha vida e a cada dia que passa me torna uma pessoa mais feliz.

Agradeço aos amigos que estiveram comigo nessa jornada, em especial Dra. Bruna Junger de Lima Tanure e Dra. Roberta Paranhos Fragoso.

Agradeço ao professor Dr. Valmin Ramos da Silva pelos ensinamentos e pela experiência dividida.

Agradeço aos professores e funcionários do Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM que sempre me atenderam de forma tão carinhosa e atenciosa, especialmente a funcionária Yara Mussiello Barcelos.

Agradeço aos amigos tão especiais que encontrei durante o curso e participaram desta caminhada.

Agradeço aos profissionais da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo, principalmente as nutricionistas Carolina Dadalto Rocha Fernandes, Flavianne Miranda de Aguiar e Giuliana Rizzo Taveira que muito contribuíram para que esse trabalho fosse possível.

“Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco; à medida que vamos adquirindo conhecimentos, instala-se a dúvida. ”

(Johan Goethe)

RESUMO

A alergia alimentar é muito frequente em crianças e encontra-se em ascensão. Dentre os alimentos alergênicos mais comuns, o leite de vaca é o principal agente causador nessa faixa etária. As manifestações mais comuns estão localizadas principalmente no trato gastrointestinal, cutâneo e respiratório. Fatores associados à diminuição da prevalência da amamentação podem contribuir para o aumento da prevalência da alergia alimentar e para o comprometimento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, principalmente quando as substituições são feitas sem orientação médica e nutricional e quando as famílias não têm acesso ao tratamento. O tratamento é baseado na exclusão do alimento responsável pela alergia, nesse caso, o leite de vaca, e na substituição deste por fórmulas hipoalergênicas. No entanto, o custo elevado das fórmulas limita o seu uso por famílias de baixa renda e faz com que a retirada do leite seja seguida pela utilização de alimentos que não apresentam o mesmo valor nutricional podendo causar prejuízos ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Por se tratarem de fins terapêuticos, em 2010 as fórmulas infantis especiais (FIE) utilizadas como substitutas ao leite de vaca foram incluídas pela Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo na lista de medicamentos de alto custo liberados pelo estado. Entretanto, com o aumento da prevalência e os diagnósticos superestimados, parece ter havido aumento nas solicitações de FIE, gerando maior custo para o Estado e maior tempo para acesso pelos usuários. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a indicação e o tempo de acesso às fórmulas infantis especiais em pacientes com alergia a proteína do leite de vaca (APLV), no período de janeiro a dezembro de 2014. Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, quantitativo e de corte transversal, realizado na Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica e no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves, referência estadual para perícia médica de candidatos à utilização de FIE. Informações foram obtidas a partir de processos do usuário e prontuários médicos. Em 2014, 754 usuários protocolaram novas solicitações de fórmulas infantis especiais na Secretaria do Estado da Saúde. Entre os 242 processos avaliados, 160 tiveram o pedido deferido, com tempo médio para obtenção de fórmula de 31,8 dias. Nesse período, 50 usuários que não atenderam aos critérios da portaria estadual

foram submetidos a perícia médica, com liberação da fórmula solicitada em 68% dos casos e tempo médio de acesso de 83,5 dias. O indeferimento ocorreu pelo preenchimento inadequado, falta de documentos e de critérios clínicos, além de ausência de justificativa para o tratamento solicitado, o que contribuiu para aumento no tempo de acesso ao tratamento. O estudo mostrou-se relevante por colaborar com a identificação das características demográficas e clínicas dos usuários, além de identificar as principais causas que mais contribuíram para retardar o tempo de acesso a FIE, indicando o impacto econômico e social no sistema de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, principalmente na população de baixa renda.

Palavras-chave: Hipersensibilidade a leite. Política de saúde. Fórmulas infantis. Assistência farmacêutica.

ABSTRACT

Food allergy is very common in children and is on the rise. Among the most common allergenic foods, cow's milk is the main causative agent in this age group. The most common manifestations are located primarily in the gastrointestinal, skin and respiratory tract. Factors such as the decline in breastfeeding prevalence may contribute to the increased prevalence of food allergy and impaired growth and development of these children, especially when substitutions are made without medical and nutritional counseling and when families do not have access to treatment. The treatment is based on the exclusion of food responsible for allergy, in which case the cow's milk, and replacing it with hypoallergenic formulas. However, the high cost of these formulas limits its use by low-income families and makes the removal of milk is followed by the use of foods that do not have the same nutritional value may cause damage to the growth and development of children. Thus, since they are therapeutic purposes, in 2010 the special infant formula used as a substitute to cow's milk were included by the Espírito Santo's public health department in the list of high-cost drugs released by the state. However, with increasing prevalence and diagnosis overestimated, it seems to have been an increase in requests for special infant formula, creating greater cost to the state and long for access to treatment by users. The aim of this study was to analyze the statement and the access time to the special infant formula in patients with allergy to cow's milk protein, with reference to the period January to December 2014. This is an observational retrospective study of descriptive and comparative, quantitative cross-sectional, conducted in pharmaceutical care management and children state hospital and maternity Alzir Bernadino Alves, state reference to medical examination of candidates using special infant formula. Information was obtained from processes of users and medical records. In 2014, 754 users have filed new requests for special infant formula in the state public health department. Among the 242 evaluated cases, 160 had their request granted, with an average time to obtain formula of 31.8 days. During this period, 50 users who did not meet the criteria of the state ordinance underwent medical expertise, with release of the requested formula in 68% of cases and mean time of 83.5 days

access. The rejection took place by inadequate filling, lack of documents, clinical criteria, and lack of justification for the treatment requested, which contributed to an increase in the time of access to treatment. The study shows to be relevant for supporting the identification of demographic and clinical characteristics of users, in addition to the points that more delay time access to special infant formula in order to optimize public systems of treatment for the disease and reduce the economic impact of social and in health care and quality of life of individuals, particularly in the low-income population.

Keywords: Milk hypersensitivity. Health policy. Infant formula. Pharmaceutical services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema do processo de acesso à fórmula infantil especial, desde a solicitação médica até o acesso do usuário.....	58
Gráfico 1 -	Número de solicitações de fórmulas infantis especiais na Farmácia Cidadã, n=242.....	66
Gráfico 2 -	Procedência dos usuários avaliados no HEIMABA, n=50	67
Gráfico 3 -	Distribuição dos usuários atendidos pela SESA em 2014 de acordo com as macrorregiões do estado do Espírito Santo (n=242)	68
Gráfico 4 -	Distribuição dos usuários atendidos pela SESA em 2014 de acordo com as microrregiões do estado do Espírito Santo (n=242)	68
Gráfico 5 -	Natureza (público/privada) dos serviços solicitantes de fórmulas infantis especiais, n =242	69
Gráfico 6 -	Distribuição das especialidades pediátricas de acordo com a origem pública ou privada, n= 232.....	70
Gráfico 7 -	Manifestações clínicas mais prevalentes em usuários pediátricos de fórmulas especiais, com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca a GEAF, n=242.....	71
Gráfico 8 -	Distribuição da idade dos avaliados (meses) de início dos sintomas clínicos, n=104.....	71
Gráfico 9 -	Tempo de aleitamento materno exclusivo relatado (meses), n=159	72
Gráfico10 -	Origem do desmame precoce relatado (lactante ou lactente), n= 131.....	73
Gráfico11 -	Principais causas de desmame precoce entre os participantes que iniciaram processo de solicitação de fórmulas especiais, n=131.....	73
Gráfico12 -	Tipos de dietas solicitadas devido a alergia a proteína do leite de vaca, n=242.....	74

Gráfico13 -	Tipo de dieta solicitada de acordo com o tamanho proteico independente da faixa etária, n= 242.....	74
Gráfico14 -	Especialidades solicitantes de fórmulas especiais para crianças com suspeita de APLV e submetidas a perícia médica, n=50	78
Gráfico15-	Manifestações clínicas em crianças com suspeita de APLV submetidas a perícia médica para obtenção de fórmulas especiais, n=50	79
Gráfico16-	Idade de início dos sintomas clínicos em crianças com suspeita de APLV na perícia médica, n=50.....	79
Gráfico17-	Idade máxima de aleitamento materno exclusivo em crianças com suspeita de APLV e que solicitaram fórmulas especiais, n=50.....	80
Gráfico 18-	Causas atribuídas aos desmame precoce em crianças com suspeita de APLV e que solicitaram fórmulas especiais, n=50...	81
Quadro 1 -	Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno	38
Quadro 2 -	Requisitos para os hospitais se habilitarem a IHAC, além dos dez passos	41
Quadro 3 -	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Dez passos para o sucesso da amamentação	42
Quadro 4 -	Fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas a serem disponibilizadas pelo estado para crianças com alergia a proteína do leite de vaca	55
Quadro 5 -	Critérios para indicação de fórmulas especiais para crianças de zero a 12 meses	56
Quadro 6 -	Critérios de indicação de dietas enterais para crianças de um a 10 anos de idade	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos usuários atendidos de acordo com a faixa etária, n= 242.....	67
Tabela 2 - Distribuição das especialidades de acordo com a origem pública ou privada, n= 242.....	69
Tabela 3 - Tempo de aleitamento materno exclusivo de acordo com a origem, n= 242.....	72
Tabela 4 - Deferimento da liberação de fórmulas especiais para crianças com APLV de acordo com a especialidade do solicitante, n=242...	75
Tabela 5 - Tempo de acesso de acordo com origem (pública ou privada), n=242.....	76
Tabela 6 - Municípios de procedência das crianças com suspeita de APLV e que pleitearam dietas especiais de acordo com a natureza solicitação pública e privada na perícia médica, n=50.....	77
Tabela 7 - Tipo de parto de acordo com a origem dos pacientes (pública ou privada) em crianças com suspeita de APLV que pleitearam fórmulas especiais, n=50.....	81
Tabela 8 - Idade gestacional de acordo com a natureza dos serviços de saúde público e privados em crianças com suspeita de APLV que realizaram perícia médica, n=50.....	82

LISTA DE SIGLAS

ABRAN	Associação Brasileira de Nutrologia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APLV	Alergia a proteína do Leite de Vaca
ASBAI	Associação Brasileira de Alergia e Immunopatologia
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
FEH	Fórmulas Extensamente Hidrolisadas
FIE	Fórmula Infantil Especial
FNE	Fórmula Nutricional Especial
GEAF	Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica
HAC	Hospital Amigo da Criança
HEIMABA	Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IgE	Imunoglobulina E
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
NBCAAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
NCAL	Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNIAM	Plano Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
RNBLH	Rede Nacional de Banco de Leite Humano
SAN	Segurança Alimentar Nutricional
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SBAN	Sociedade Brasileira de Nutrição
SBNPE	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TPO	Teste de Provocação Oral
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTIN	Unidade de Terapia Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.....	20
2.1.1 Impacto da APLV no crescimento e desenvolvimento.....	31
2.2 POLÍTICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	32
2.2.1 Alojamento Conjunto	35
2.2.2 Método Mãe-Canguru	36
2.2.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	37
2.2.4 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras	43
2.2.5 Licença Maternidade	45
2.2.6 Semana Mundial da Amamentação (SMAM)	47
2.2.7 Rede Nacional de Banco de leite Humanos (RNBLH)	48
2.3 PLANO DE SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL	49
2.4 POLÍTICA ESTADUAL DE FORNECIMENTO DE FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL	54
3 OBJETIVOS	60
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	60
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
4.1 CASUÍSTICA	61
4.2 REVISÃO DE LITERATURA	62
4.3 TIPO DE ESTUDO	62
4.4 CENÁRIO DE ESTUDO	63
4.5 COLETA DE DADOS	64
4.6 QUALIDADE DA COLETA DE DADOS	65
4.7 ANÁLISE DE DADOS	65
4.8 QUESTÕES ÉTICAS	65
5 RESULTADOS	66

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (GEAF) NA CONCESSÃO DE FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS NO ANO DE 2014.....	67
5.1.1 Perfil demográfico	67
5.1.2 Perfil clínico	70
5.2 PERFIL DAS CRIANÇAS COM APLV SUBMETIDAS A PERÍCIA MÉDICA PARA OBTENÇÃO DE FÓRMULAS ESPECIAIS SOLICITADAS AO GEAF/SESACOM-ES (2014)	76
5.2.1 Perfil demográfico	77
5.2.2 Perfil clínico	78
6 DISCUSSÃO	83
7 CONCLUSÃO	98
8 OUTRAS CONSIDERAÇÕES.....	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	112
APÊNDICE A.....	113
APÊNDICE B.....	114
APÊNDICE C.....	115
ANEXOS	117
ANEXO A.....	118
ANEXO B.....	119
ANEXO C.....	120
ANEXO D.....	122

1 INTRODUÇÃO

A alergia alimentar é caracterizada por uma reação adversa ao componente proteico do alimento e envolve mecanismo imunológico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2012). É muito frequente em crianças e encontra-se em ascensão, com estimativa de aproximadamente 6% em menores de três anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008). Nessa faixa etária, o leite de vaca é a principal causa de alergia (BATISTA; FREITAS; HAACK, 2009).

A prevalência parece estar aumentando em função de fatores genéticos e ambientais (FERREIRA; SEIDMAN, 2007; VENTER, 2009). Dentre os fatores ambientais, destaca-se a diminuição da amamentação (TORO-MONJARAZ et al., 2015).

Dentre as manifestações causadas pela ingestão de alérgenos alimentares estão os acometimentos cutâneos, gastrintestinais, respiratórios e, às vezes, sistêmicos e potencialmente fatais, como a anafilaxia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008), sendo na prática, o aparelho digestório e a pele os mais acometidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2011).

O diagnóstico definitivo é baseado no teste de provocação oral e o tratamento consiste na exclusão do alimento alergênico com a substituição adequada. No caso da alergia à proteína do leite de vaca, em crianças em aleitamento materno exclusivo, a mãe deve realizar a dieta isenta de leite e derivados e naquelas que por algum motivo já estão em uso de fórmula infantil, uma fórmula ou dieta especial deve ser utilizada adequada à faixa etária. Porém, o custo elevado destas fórmulas infantis substitutas usadas em situações de alergia ao leite de vaca limita seu consumo por famílias de baixa renda e faz com que, por vezes, a retirada do leite e derivados, em crianças que não estão em aleitamento materno seja seguida da utilização de alimentos que não apresentam o mesmo valor nutricional, podendo causar déficit de crescimento,

desnutrição proteico-calórica e/ou deficiência de ferro e outros minerais e vitaminas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2011).

Por se tratar de itens terapêuticos de alto custo, as fórmulas infantis especiais (FIE) foram incluídas na política nacional que visa à assistência farmacêutica e o acesso pleno dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (FINK et al., 2010).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada em 6 de maio de 2004 pela resolução 338 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), surgiu como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo compreendida como política pública norteadora da formulação de políticas setoriais, entre as quais as políticas de medicamentos e de ciência e tecnologia, visando o acesso do medicamento e seu uso racional.

No Espírito Santo, em 29 de abril de 2010, foi publicado no Diário Oficial do Estado, os Critérios de uso de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais (ESPÍRITO SANTO, 2010c) com base na Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano. A Portaria contempla pacientes com desnutrição, má absorção, intolerância a lactose, alergia ao leite de vaca, entre outras.

Fatores como a diminuição da prevalência da amamentação contribuem não só para o aumento da prevalência da alergia alimentar como também para o possível comprometimento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, principalmente quando as substituições são feitas sem orientação médica e nutricional e quando as famílias não têm acesso ao tratamento (AGOSTONI et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Por isso a importância da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e da Política de Segurança Alimentar Nutricional. Através dessas políticas é possível estimular o aumento da prevalência de aleitamento materno, prevenindo doenças como a alergia alimentar e assegurando o direito desses pacientes ao tratamento eficaz quando indicado.

Nesse caso, faz-se necessário uma melhor avaliação e entendimento da política de liberação de fórmulas infantis especiais no Estado do Espírito Santo, com o intuito de melhorar e ampliar o atendimento à população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordada a alergia à proteína do leite de vaca na criança e o impacto no seu crescimento e desenvolvimento, assim como a importância das políticas de incentivo ao aleitamento materno, como forma de prevenção da alergia alimentar. Na sequência, trataremos do plano de segurança alimentar nutricional, como forma de garantir o tratamento adequado dos pacientes, para finalmente abordar a política estadual de fornecimento de fórmula infantil especial.

2.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Os alimentos são necessários para fornecer energia e nutrientes para a manutenção da vida, no entanto, alguns indivíduos podem apresentar reações adversas quando ingerem alimentos que não causam problemas à maioria das pessoas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 2012).

As reações adversas aos alimentos são representadas por qualquer reação anormal à ingestão de alimentos ou aditivos alimentares e podem ser classificadas em tóxicas e não tóxicas. As reações tóxicas podem estar relacionadas à substância ingerida devido à presença de toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados ou pelas propriedades farmacológicas de determinadas substâncias, como por exemplo, cafeína no café e tiramina em queijos maturados. As reações não tóxicas são aquelas que dependem de susceptibilidade individual e podem ser classificadas em não imunomediadas (intolerância alimentar) ou imunomediadas (hipersensibilidade ou alergia alimentar) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Muitas vezes, as alergias e intolerâncias alimentares são confundidas pelos profissionais de saúde, pacientes e pelo público, podendo assim contribuir para o diagnóstico superestimado de alergia alimentar pelos pacientes e suas famílias, assim

como ser esquecida nos cuidados primários de atenção à saúde da criança, o que atrasa o diagnóstico e traz prejuízos para os pacientes (CARVALHO; FERREIRA, 2012).

Estima-se que um quinto da população acredita ter reações adversas aos alimentos, enquanto a prevalência da alergia alimentar IgE mediada varia de 4 a 7% em escolares e de 1 a 2% em adultos (TURNBULL; ADAMS; GORARD, 2015). Isso indica a necessidade de melhorar a qualidade do diagnóstico.

As intolerâncias alimentares são inespecíficas, e os sintomas resultantes têm outras queixas comuns, e muitas vezes se sobrepõem com sintomas encontrados em distúrbios funcionais, como a síndrome do intestino irritável (TURNBULL; ADAMS; GORARD, 2015).

A alergia alimentar é uma reação imunitária aberrante contra substâncias alimentares inofensivas, tais como proteínas do leite de vaca, que são introduzidas cedo na alimentação de muitas crianças. Por isso, a alergia à proteína do leite de vaca é uma das alergias alimentares mais comuns nessa faixa etária (JO et al., 2014).

As reações de hipersensibilidade (alergia) aos alimentos podem ser classificadas de acordo com o mecanismo imunológico envolvido, isto é, mediadas por IgE, não mediadas por IgE ou mistas (mediadas por IgE e por células) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

No primeiro caso, as manifestações são imediatas e ocorrem em função da formação de anticorpos específicos da classe IgE contra os alergenos alimentares. São mais comuns as reações cutâneas (angioedema, urticária), gastrintestinais (anafilaxia gastrointestinal, alergia oral), respiratórias (rinoconjuntivite aguda, broncoespasmo agudo) e reações sistêmicas (choque anafilático). Na alergia não mediada por IgE, destaca-se a hipersensibilidade mediada por células, caracterizada por quadros de proctocolite, enterocolite e enteropatia induzida pela proteína alimentar, além da dermatite de contato e hemossiderose pulmonar. Quanto às reações mistas, merece destaque a esofagite eosinofílica, gastroenteropatia eosinofílica, dermatite atópica e

asma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008; CARVALHO; FERREIRA, 2012).

A alergia alimentar é uma doença muito frequente em crianças, sendo a prevalência estimada em aproximadamente 6% nos menores de três anos de idade e estes valores parecem estar aumentando (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008), considerando que Foucard (1985) relatou prevalência de apenas 1 a 2% em menores de 2 anos de idade.

Entre os alergenios alimentares mais comuns estão o leite de vaca, ovo, amendoim, nozes, soja, marisco e peixes, com destaque para o leite de vaca na faixa etária pediátrica (BATISTA; FREITAS; HAACK, 2009). Estima-se que 2 a 3 % de todas as crianças apresentem alergia à proteína do leite de vaca, mas nesse caso, a tolerância geralmente é transitória e se desenvolve com a idade, com resolução em cerca de 85% dos casos entre 3 e 5 anos de idade (KIEWIET et al., 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2011; TURNBULL; ADAMS; GORARD, 2015).

Algumas pesquisas sugerem que esse aumento possa estar mais associado a fatores ambientais, como o modo de preparo dos alimentos, aumento do uso de antiácidos, uso de antimicrobianos durante o período perinatal, prematuridade, tipo de parto, fatores dietéticos ou ambientais durante a gravidez e diminuição da amamentação (CARVALHO; FERREIRA, 2012; TORO-MONJARAZ et al., 2015), mas outros pesquisadores consideram o genótipo como fator mais importante (VENTER, 2009). Em um estudo realizado no México em crianças com diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca observou-se relação estatisticamente significativa entre a alergia à proteína do leite e o uso de antimicrobianos durante a gestação assim como a duração da amamentação. O mesmo resultado não foi encontrado quando analisados a idade gestacional e o tipo de parto (TORO-MONJARAZ et al., 2015).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e reafirma que a substituição do leite

materno pelo leite de vaca antes de completados os seis meses de idade aumenta a probabilidade de reações alérgicas (BATISTA; FREITAS; HAACK, 2009), tendo em vista que o lactente é mais susceptível à absorção de macromoléculas e ao desenvolvimento de reações de hipersensibilidade devido a imaturidade gastrointestinal e do sistema imune. Por isso, a alergia à proteína do leite de vaca usualmente se apresenta com as primeiras manifestações clínicas nesse período (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2011).

A apresentação clínica é variável, sendo mais comuns as reações cutâneas, deficiência de crescimento, distúrbios gastrointestinais, respiratórios e anafilaxia. Além desses sintomas, a literatura tem documentado também envolvimento neurológico, manifestando-se com crises convulsivas. Acredita-se que isso ocorra em função da propagação de resposta inflamatória periférica do Sistema Nervoso Central (SNC). Há evidências de que as citocinas pró-inflamatórias sejam responsáveis por interromper a barreira hematoencefálica, causando inflamação do SNC e desencadeando convulsões focais, embora sejam necessários mais estudos para esclarecer a relação entre atopia e suas manifestações neurológicas (FALSAPERLA et al., 2014).

Robles-Vargas et al. (2014) após avaliação de 252 pacientes com suspeita de APLV encontraram os seguintes sintomas: coriza, obstrução e prurido nasal, dor abdominal, diarreia, distensão abdominal e xerose.

Romero et al. (2014) destacaram a (procto) colite eosinofílica como a apresentação mais comum de alergia à proteína do leite de vaca com manifestações gastrointestinais, acometendo principalmente lactentes jovens, com sangramento retal persistente.

Outra manifestação gastrointestinal associada é a síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar. A suspeita clínica ocorre em crianças apresentando sintomas 2 a 4 horas depois da ingestão da proteína. Os sintomas mais marcantes são vômitos, letargia e palidez e os principais diagnósticos diferenciais incluem gastroenterite, sepse, intoxicação alimentar e anormalidades cirúrgicas (HWANG, 2014; LUDMAN et

al., 2014). Para exemplificar essa condição Sopo et al. (2014) descreveram dois casos de enterocolite induzida por proteína do leite de vaca em lactentes em aleitamento materno exclusivo. Os sintomas clínicos caracterizados foram regurgitação, cólica, diarreia e déficit de crescimento.

Zaher, Ahmed e Morsy (2014) relataram o caso de uma criança do sexo masculino, com frequentes ataques de hematêmese (vômito com sangue) desde os três meses de idade após ingerir leite de vaca e seus derivados. O diagnóstico foi confirmado pela medição de IgE específica para proteína de soro de leite de vaca e pela endoscopia digestiva alta.

Na avaliação diagnóstica da alergia à proteína do leite de vaca a história clínica tem papel fundamental e o seu valor depende muito da capacidade recordatória do paciente e da habilidade médica em distinguir manifestações causadas por hipersensibilidade daquelas relacionadas a outras situações. Essa avaliação crítica irá direcionar a solicitação de exames, quando esta for necessária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Atualmente, os principais exames complementares são os testes cutâneos (Prick test), dosagem sérica de IgE total e específica para componentes alergênicos e o teste de provocação oral (TPO) duplo-cego controlado por placebo (LOMIDZE; GOTUA, T; GOTUA, M, 2015).

O Prick test e a dosagem sérica de Imunoglobulina E (IgE) podem ser úteis, dependendo da fisiopatologia envolvida (IgE mediado ou não). No entanto, os testes de provocação oral são considerados os únicos métodos fidedignos utilizados para se estabelecer, com segurança, o diagnóstico de alergia alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Estudos recentes mostraram que a prevalência de suspeita de alergia alimentar, pelo paciente é de 17,3%, mas a confirmação por teste de provocação oral ocorre em apenas 0,9% dos casos (LOMIDZE; GOTUA, T; GOTUA, M, 2015). No estudo de

Robles-Vargas et al. em 2014, das 252 crianças atendidas no ambulatório de Alergia e Imunologia na cidade do México com hipótese diagnóstica de alergia alimentar, apenas 15% tiveram o diagnóstico confirmado após o teste de provocação oral. Portanto, esse é um campo que merece melhor investigação.

A utilidade clínica do Prick test e da dosagem sérica da Imunoglobulina E (IgE) tem sido avaliada em vários estudos populacionais. Neste caso, os resultados são mais valiosos quando são negativos, já que possuem alta sensibilidade. Além disso, o teste positivo está associado como reações clínicas somente em cerca de 50% das vezes e pode ainda continuar positivo algum tempo depois da resolatividade clínica (CHAPMAN, 2006).

Em relação a outros testes, apesar de na alergologia, o teste de contato (patch test) ser utilizado há vários anos, seu valor diagnóstico na alergia alimentar é bastante discutido. Mowszet; Matusiewicz e Iwanczak (2014) avaliaram 61 crianças com diagnóstico confirmado de alergia à proteína do leite de vaca por teste de provocação oral utilizando o teste de contato (patch test) e concluíram que a sensibilidade na detecção de alergia a proteína do leite de vaca (APLV) em crianças com sintomas gastrointestinais é baixa e, portanto, o diagnóstico deve ser verificado por meio de testes de provocação oral.

Martino et al. (2015), na tentativa de buscar exames que pudessem prever de forma mais fidedigna os resultados do teste de provocação oral (TPO), pesquisaram biomarcadores genômicos de alergia alimentar e descobriu que a metilação do DNA (genoma CpG) previu os resultados clínicos. Além disso, quando comparada às dosagens de IgE e aos testes cutâneos alérgeno-específicos, ela superou os resultados, tendo apresentado previsão correta do diagnóstico com uma precisão de 79,2%.

Outra perspectiva não para diagnóstico, mas para seguimento desses pacientes e avaliação quanto a evolução da tolerância à proteína do leite em pacientes alérgicos foi descrita por Sommanus et al. (2014). Neste estudo, os autores pesquisaram alterações na resposta imunológica em pacientes com APLV durante episódios sintomáticos e assintomáticos de tolerância à proteína do leite. Os resultados

apontaram para dosagens de IL-10, beta-lactoglobulina-IgG4 e relação betalactoglobulina-IgG4/IgE maiores em pacientes que já haviam adquirido a tolerância.

No entanto, apesar dos avanços tecnológicos, o teste de provocação oral atualmente é considerado o único método fidedigno para estabelecer o diagnóstico. Esse método consiste na oferta do alimento e/ou do placebo em doses crescentes e intervalos regulares com supervisão médica em ambiente adequado, mas na prática este método enfrenta algumas dificuldades para a sua realização, o que contribui para o diagnóstico superestimado na prática clínica.

A base do tratamento da alergia alimentar consiste na exclusão dos alimentos contendo os alergenossuspeitos, com a substituição da alimentação proteico calórica apropriada para a faixa etária da criança. Assim, na criança que se encontra em aleitamento materno exclusivo, a dieta de restrição ao leite de vaca e derivados deve ser realizada pela mãe.

Nos casos em que as crianças não possam receber leite materno por alguma razão no primeiro ano de vida, estas devem receber fórmulas que se assemelhem às características qualitativas e quantitativas ao leite humano, em relação aos macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídios) e aos micronutrientes (vitaminas, minerais e oligoelementos), considerando que nenhuma fórmula poderá oferecer as características imunológicas e afetivas para o desenvolvimento das crianças (SPERIDIÃO; MORAIS, 2009).

As fórmulas substitutas utilizadas quando o lactente deixa de ser alimentado com leite materno em sua maioria contêm leite de vaca e na presença de alergia a essa proteína, fórmulas especiais devem ser utilizadas (SPERIDIÃO; MORAIS, 2009).

Atualmente, as fórmulas e dietas especiais disponíveis para tratamento são as extensamente hidrolisadas, ou a base de aminoácidos. Esta última recomendada para os casos de anafilaxia ou para aqueles que não respondem a fórmulas extensamente hidrolisadas (VANDENPLAS et al, 2014).

Infelizmente, o custo dessas fórmulas ainda é muito alto, impedindo o consumo pela maioria das crianças de médio e baixo poder aquisitivo, impondo a essas crianças os riscos advindos da APLV, com possibilidade de agravos ao crescimento e ao desenvolvimento infantil, limitando o seu potencial no desenvolvimento humano, com possibilidade de redução no seu quociente intelectual (QI), com risco de manutenção do ciclo da pobreza, em função da redução de oportunidades de ampliação da escolaridade e em consequência de melhor emprego. Por isso, a importância da política pública de acesso a essas fórmulas especiais.

Quanto às fórmulas à base de proteínas isoladas de soja, muito utilizadas na prática diária pelo seu menor custo, atualmente não são recomendadas pela Sociedade Europeia de Gastroenterologia, sendo seu uso considerado pela Academia Americana de Pediatria apenas nas alergias mediadas por IgE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

O Ministério da Saúde, através de documento publicado em setembro de 2014, sobre a inclusão de fórmulas nutricionais no SUS, para tratamento de crianças com alergia a proteína do leite de vaca recomenda o uso de fórmulas à base de proteína isolada de soja como primeira opção somente para crianças de seis a vinte e quatro meses com APLV mediadas por IgE, já que para crianças menores de seis meses, devido aos riscos de efeitos adversos, não é recomendado pelas sociedades científicas internacionais e nacionais (BRASIL, 2014).

Vale lembrar, que nos casos, de alergia mediada por IgE, além da terapia primária com a exclusão rigorosa dos alimentos causais/suspeitos, os pacientes também devem receber instruções sobre um plano de ação de emergência que inclua administração de epinefrina auto injetável (LOMIDZE; GOTUA, T; GOTUA, M, 2015), considerando a gravidade das manifestações da doença.

Em relação ao tempo de tratamento, este vai depender do tempo para desenvolvimento da tolerância. No caso da alergia a proteína do leite de vaca, a maioria dos pacientes supera sua sensibilidade no final da infância, com resolução

mais precoce (até os três anos de idade) para os casos não mediados por IgE (CARVALHO; FERREIRA, 2012).

Estudos recentes mostraram que a administração contínua do alimento agressor, em vez de uma dieta de eliminação da proteína do leite de vaca, pode promover o desenvolvimento e manutenção da tolerância oral, pois o trânsito intestinal de proteínas dos alimentos e sua interação com o tecido linfoide associado ao intestino seria o pré-requisito essencial para a tolerância oral. Porém, apesar das pesquisas demonstrarem que a imunoterapia oral pode induzir dessensibilização e modular respostas imunitárias específicas de alergenos, mais trabalhos para avaliar a eficácia em longo prazo e segurança desta terapia estão em curso e são necessários antes de serem utilizados no atendimento de crianças ou adultos com alergia alimentar (JONEJA, 2012; BADINA et al., 2012; LOMIDZE, GOTUA T, GOTUA M, 2015), portanto, esse é um campo aberto a novas pesquisas.

Uma alternativa em andamento é o uso de probióticos. Os primeiros resultados indicam que algumas cepas probióticas de bactérias, como *Lactobacillus rhamnosus* GG ou *Lactobacillus* F19, podem reduzir a sensibilização alérgica (JONEJA, 2012). Outra perspectiva é o uso de imunobiológicos. Nilsson et al. (2014) relataram sua experiência clínica no tratamento com o uso do Omalizumabe em cinco crianças, de 6 a 16 anos de idade, com alergia grave ao leite, incluindo episódios de anafilaxia. Nesse estudo, todas as crianças apresentaram desafio oral negativo após quatro meses de tratamento. Porém, mais estudos são recomendados para avaliar a segurança e eficácia.

O papel da prevenção primária (prevenção da sensibilização) da doença alérgica tem sido debatido nos últimos 40 anos e não há dúvida que seja muito importante. As estratégias de intervenção devem considerar: prever crianças de risco; demonstrar efetividade da prevenção; utilizar intervenções aceitáveis; minimizar efeitos adversos e avaliar custo-efetividade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Um pequeno número de estudos, que tiveram uma influência considerável sobre as práticas de alimentação recomendadas, relataram efeitos de proteção associados ao

atraso na introdução de alimentos comumente alergênicos, como leite de vaca, ovos e nozes (JONEJA, 2012).

No entanto, estratégias como a amamentação exclusiva prolongada (maior que seis meses) associada ao atraso do desmame para alimentos sólidos, foram recentemente questionadas, pois apesar das recomendações mais conservadoras, a prevalência da alergia alimentar continuou a aumentar (LACK, 2012; SHREFFLER, RADANO, 2011).

Assim, para a prevenção de alergia alimentar em bebês de risco a recomendação é evitar a exposição a alimentos altamente alergênicos até que o sistema digestivo e imunológico do bebê estejam suficientemente desenvolvidos para lidar com o alérgeno. Considera-se bebês de risco, além da exposição a alimentos, história de atopia em pais ou irmãos com rinite alérgica, dermatite atópica, asma e alergia alimentar (JONEJA, 2012).

A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição publicaram orientações sobre nutrição precoce e prevenção de alergias em bebês e crianças recomendando o aleitamento materno exclusivo até 4-6 meses, seguido de introdução de alimentos complementares, individualmente (JONEJA, 2012; SAUSENTHALER, HEINRICH, KOLETZKO, 2011).

A SBP reconhece a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e total até dois anos ou mais como forma eficaz de prevenção de alergia alimentar e considera que a alimentação complementar deva ser introduzida somente a partir do sexto mês (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA 2008), sendo essa também, a posição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c).

Para avaliar a relação entre aleitamento materno e alergia, Liao et al. (2014) participaram de um estudo populacional denominado PATCH. Para isso, pesquisaram a contagem absoluta de eosinófilos, de IgE total e de IgE específica durante os três primeiros anos de vida e concluíram que a amamentação exclusiva está de fato associada com um risco reduzido de sensibilização à proteína do leite de vaca durante a primeira infância.

Quanto às eventuais restrições de dieta da mãe, que não sejam a de seus próprios alérgenos durante a gravidez e a amamentação, são contraindicadas (JONEJA, 2012; FERREIRA, SEIDMAN, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Apesar de alguns estudos terem mostrado o efeito benéfico da adesão da mãe a uma dieta sem leite durante o período da gravidez e da lactação, não está claro se os benefícios foram devidos às restrições alimentares maternas, à lactação, ou a ambas. Por isso, atualmente há consenso de que não há embasamento científico para recomendar uma dieta restritiva nesse período (FERREIRA; SEIDMAN, 2007).

No período de lactação se o bebê não puder ser exclusivamente amamentado até quatro a seis meses de idade e apresentar risco elevado de alergia, as fórmulas e dietas extensa ou parcialmente hidrolisadas podem ser utilizadas para a prevenção, com maior efeito protetor para as extensamente hidrolisadas. No entanto, o custo elevado dessas fórmulas limita sua utilização de forma ampla como prevenção em crianças de alto risco de atopia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

A Academia Americana de Pediatria considera uma fórmula hipoalergênica aquela que não causa reações alérgicas em pelo menos 90% das crianças com alergia ao leite de vaca submetidas ao teste de provocação oral duplo-cego. Essas fórmulas são constituídas de proteínas do leite extensivamente hidrolisadas, encontradas na forma de peptídeos. Já as fórmulas parcialmente hidrolisadas, além de peptídeos contêm em sua formulação proteínas intactas e, portanto, potencial alergênico, por isso, só pode ser utilizado na prevenção e não no tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

As fórmulas à base de soja não parecem demonstrar efeitos benéficos na prevenção primária de crianças com risco familiar de atopia, assim como o leite de outros mamíferos (caprinos e ovinos) por sua similaridade antigênica ao leite de vaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008).

Recentemente o uso de probióticos também tem sido pesquisado na prevenção de alergias, mas os resultados ainda são contraditórios. Allen et al. (2014) avaliaram o uso de probióticos na prevenção de eczema atópico na primeira infância e o estudo não mostrou evidência de que os probióticos tenham impedido ou reduzido a gravidade do eczema durante sua realização.

2.1.1 Impacto da APLV no crescimento e desenvolvimento

Alergia às proteínas do leite de vaca é uma condição desafiadora na primeira infância, pois crianças alérgicas podem estar predispostas a deficiências de crescimento tanto pela doença em si quanto pelas limitações nutricionais de macro e micronutrientes da dieta de exclusão que devem seguir (AGOSTONI et al., 2016).

Isso ocorre porque a doença acomete predominantemente crianças muito jovens, em um período em que apresentam acelerado crescimento pondero-estatural, para as quais o leite exerce importante papel no atendimento às necessidades nutricionais de macro e micronutrientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2008; WEFFORT; LOPES; RAMOS-SILVA, 2014).

Vieira et al. (2010), identificaram alta prevalência de déficit nutricional em lactentes com sintomas sugestivos de APLV. Entre os 159 pacientes atendidos, 8,7% apresentava magreza, 15,1% baixo peso para idade e 23,9% baixa estatura para idade, sendo este um indicador de desnutrição crônica.

Mukaida et al. (2010) avaliaram o crescimento das crianças em idade escolar que evitaram ovos, leite ou trigo devido a sintomas alérgicos na infância e encontraram escore significativamente mais baixos para peso/idade em relação as crianças que não fizeram restrição. No entanto, não houve diferença na prevalência de baixo peso. Outro estudo comparou o crescimento, estado nutricional e ingestão de nutrientes entre crianças que evitaram somente o leite de vaca e leite de vaca e trigo. A conclusão foi que a extensão da eliminação na dieta alimentar não teve qualquer

impacto sobre o crescimento e estado nutricional de crianças alérgicas a alimentos quando a dieta foi complementada adequadamente (BERRY et al., 2015).

Resultados semelhantes foram descritos por Villares et al. (2006). Avaliando o crescimento em uma coorte de lactentes com APLV encontraram um bom desenvolvimento pôndero-estatural aos dois anos de idade, semelhante ao da população sã quando utilizado fórmula de substituição (hidrolisado ou preparado de soja).

Portanto, é necessária a orientação de fórmula infantil substituta ao leite de vaca adequada para prevenir e tratar os sintomas da alergia assim como para evitar os distúrbios do crescimento e da nutrição (PINASCO et al., 2015).

2.2 POLÍTICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é a melhor forma de alimentar o lactente visto que o leite humano tem composição específica e supre as necessidades nutricionais e imunológicas do bebê, garantido o crescimento e desenvolvimento adequado (VANNUCHI et al., 2004).

O desmame precoce diminui a resposta imunológica, expõe a criança a doenças infecciosas diversas, como gastroenterites e infecções de vias aéreas, aumenta a morbimortalidade e prejudica o crescimento e desenvolvimento adequados (REIS et al., 2008).

No entanto, apesar das vantagens de a amamentação ser apresentadas com contundência pela comunidade científica, e de se ter observado uma considerável melhora nos índices de amamentação registrados no Brasil entre as décadas de 80 e 90, observa-se também que existe uma espécie de tendência latente ao desmame historicamente presente na sociedade, levando as mulheres a desmamarem os seus filhos de forma precoce (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Caldeira e Goulart (2000) estudando variáveis que afetam ou influenciam o desmame precoce ou a extensão da amamentação encontrou resultados estatisticamente

significantes em variáveis demográficas (peso de nascimento), socioeconômica (escolaridade da mãe, trabalho do pai), de assistência pré-natal (número de consultas, experiência prévia de amamentação) e assistência pós-natal (dificuldade inicial, tempo até a primeira mamada, incentivo pelo médico na puericultura). Os autores verificaram ainda que a maioria das mães do grupo de desmame precoce pertencia à classe média, enquanto que a maior parte das mães do grupo de aleitamento materno prolongado pertencia à classe média inferior.

Na assistência médica, no pré-natal, os aspectos focados costumam ser puramente obstétricos e no pós-natal, o maior índice de cesarianas, provoca recuperação mais lenta da puérpera e dificuldades para o aleitamento materno (ISSLER, 2008).

As causas do desmame também estão ligadas ao processo de urbanização e industrialização. Os múltiplos papéis da mulher na sociedade moderna, o surgimento dos produtos lácteos exclusivos para lactentes, a propaganda excessiva, a valorização da mama como símbolo sexual e a escassez de programas educativos eficientes são alguns dos fatores envolvidos (ISSLER, 2008).

Outro fator importante é a questão cultural. No Brasil, o aleitamento materno era a regra geral entre os índios até a chegada dos descobridores europeus, que trouxeram, em sua bagagem cultural, o hábito do desmame (BOSI; MACHADO, 2005). Para as mulheres europeias daquela época, pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama. Por isso, em Lisboa a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabia às camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

No século XIX, com a consolidação do papel social da medicina, buscou-se resgatar, na ordem natural do instinto, a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos, teoria higienista emblematicamente resumida em um único slogan: “A saúde de seu filho depende de você. Amamente” (ALMEIDA; NOVAK, 2004, p. S123).

Nesse período, a mãe sentia-se responsabilizada pelo sucesso ou fracasso da amamentação. E em certos grupos, as mulheres não conseguiam amamentar em virtude do pequeno volume de leite produzido, da crença de este ser fraco ou pelo fato de secar com facilidade. Essa situação de insucesso frente ao cumprimento de todas as regras se configurou em um problema para o qual o modelo higienista não dispunha de resposta. Para contornar essa crise paradigmática, o higienismo criou e introjetou na cultura brasileira a figura do leite fraco (HERNANDEZ; KÖHLER, 2011).

No entanto, o que era para ser exceção se tornou epidemia e passou a ser pelo menos razoável supor que a instituição da figura de um novo ator social, capaz de assumir todas as culpas, configurar-se-ia em uma estratégia interessante para contornar o problema então emergente (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Assim, sob o avanço do conhecimento científico, construiu-se a hipogalactia em um mesmo período que chegaram ao Brasil as primeiras remessas de sucedâneos do leite materno, que combinados com a mamadeira possibilitaram a configuração de uma alternativa terapêutica para a antiga impossibilidade clínica de amamentar: o mito do leite fraco (BOSI; MACHADO, 2005).

A partir do início década de 1980, a indústria perdeu o seu tradicional espaço e passou a se defrontar com um crescente estreitamento de mercado devido à valorização do aleitamento materno na sociedade brasileira (BOSI; MACHADO, 2005).

Por isso, como não havia mais condições de tentar superar as vantagens da amamentação natural com o endosso da ciência, os fabricantes de leites modificados elegeram um novo nicho mercadológico, construindo socialmente a biologia da excepcionalidade no cenário da amamentação para aqueles que vivenciam situações particulares, a exemplo da prematuridade e de alergias alimentares (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado em 1981 no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde. Em 1998, com a extinção do INAN, o programa passou a ser inserido na área de Saúde da Criança, também do Ministério da Saúde e passou a implementar

outras ações além das já existentes para melhorar as taxas de aleitamento materno no país (REIS et al., 2008).

O PNIAM teve papel fundamental para articulação e mobilização de esforços de diversos segmentos da sociedade brasileira como órgãos do governo, entidades de classe dos profissionais de saúde, organizações não-governamentais, empresas privadas, veículos de comunicação de massa e associações comunitárias. Esta mobilização contribuiu para a normatização do alojamento conjunto nas maternidades e do método Mãe Canguru; implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); formalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL); ampliação da licença maternidade para 120 dias; instituição da Semana Mundial da Amamentação (SMAM), realizada anualmente, e da constituição da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH) (RITO, 2009), descritos a seguir.

2.2.1 Alojamento Conjunto

Até o início do século, o parto e o nascimento eram eventos domiciliares. Porém, com a ascensão dos hospitais e as novas técnicas que surgiam, eles se tornaram o local de escolha. Essa nova forma de atendimento afastava os recém-nascidos de suas mães, confinando os bebês em berçários até a alta a fim de evitar infecções. No entanto, no final dos anos 1940, os pesquisadores alertaram para a fragilização e ruptura dos vínculos familiares advindo da separação do binômio mãe-filho e com isso, surgiu um novo caminho para acolher as crianças saudáveis ao nascimento (UNGERER; MIRANDA, 1999).

O Alojamento Conjunto surgiu no Brasil na década de 1970 a partir das necessidades de proporcionar melhores condições de relacionamento entre mãe e filho desde os primeiros momentos pós-parto, permitindo assim que a mãe fosse estimulada a amamentar e a cuidar da sua criança tão logo quanto possível (REIS et al., 2008).

A primeira experiência de implantação ocorreu em 1971, no primeiro Hospital Distrital de Brasília, mas a recomendação pelo Ministério da Saúde de que os bebês sem risco devessem ficar ao lado de suas mães só ocorreu em 1977 (UNGERER; MIRANDA, 1999).

Somente 16 anos depois foi publicada a portaria ministerial MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993 que aprovou as normas básicas para a implantação do sistema de alojamento conjunto em todo o território nacional.

Nesse sistema, o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecia com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar (BRASIL, 1993). Isto possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde da mãe e do filho, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo melhor entre eles desde o nascimento, além de proporcionar a segurança emocional para os pais quanto aos cuidados com o bebê e incentivar o aleitamento materno.

2.2.2 Método Mãe-Canguru

Alternativa de cuidado neonatal para os bebês nascidos de baixo peso, o Método Mãe-Canguru foi criado em 1979 por médicos colombianos, trazido para o Brasil em 1991 e implantado no Hospital “Guilherme Álvaro”, em Santos, São Paulo (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Em 1992, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) passou adotar o mesmo modelo e em 1997 este modelo foi premiado pela Fundação Getúlio Vargas no quesito **Gestão Pública e Cidadania** (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

A partir de então houve uma considerável expansão do modelo no país. Assim, em 05 de julho de 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 693 (BRASIL, 2000), estabelecendo as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Essa norma, atualizada na Portaria 1.683, de 12 de julho de 2007, contém informações

necessárias à aplicação do programa, especificando a população-alvo, os recursos necessários, as normas gerais e as vantagens para a promoção da saúde do bebê (VÉRAS; TRAVERSO-YÉPEZ, 2010).

A prática que surgiu da necessidade de encontrar soluções para superlotação das unidades neonatais, também teve como objetivo assegurar o acompanhamento de recém-nascido após a alta hospitalar com intuito de assegurar e proporcionar altas taxas de amamentação adequadas (REIS et al., 2008).

O método se baseia em princípios simples, como o contato do bebê com a mãe por grandes períodos, gerando calor necessário, favorecendo o aleitamento materno e desta forma, oferecendo imunoproteção, além do amor da mãe (COLAMEO; REA, 2006; REIS et al., 2008).

2.2.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Conhecendo a importância do aleitamento materno e preocupados com o desmame precoce, em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância) emitiram declaração conjunta para definir o que as maternidades deveriam fazer para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno: **os dez passos para o sucesso da amamentação** (Quadro 1)

Quadro 1: Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno

1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3- Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4- Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5- Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
7- Praticar o alojamento conjunto – permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10- Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde (1989)

Para implantação dos **dez passos**, desenvolveu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2010), com o objetivo de melhorar as práticas hospitalares. Essa estratégia de atuar junto aos hospitais ocorreu devido aos fatores identificados como desfavoráveis a amamentação, especialmente aqueles relacionados com informações errôneas e rotinas hospitalares inadequadas. No Brasil, a implementação se iniciou em 1992 através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança (LAMOUNIER et al., 2008). Desde então, algumas pesquisas vêm mostrando o impacto da IHAC nas taxas de amamentação no país.

Vannuchi et al. (2004) realizaram uma pesquisa na unidade de neonatologia de um hospital de ensino em Londrina – PR, comparando as taxas de aleitamento materno na unidade entre os anos de 1994 e 1998 e observou que durante o período de internação, houve aumento expressivo do percentual de crianças em aleitamento

materno exclusivo (de 1,9%, em 1994, para 41,7%, em 1998) e a alimentação exclusiva por fórmula, que era de 17,9%, em 1994, deixou de existir em 1998. Quanto à amamentação nos primeiros seis meses de vida, o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo aumentou de 12 para 45 dias. Isso quer dizer que a implantação da iniciativa no hospital estudado contribuiu para aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo durante a internação dos recém-nascidos na unidade de neonatologia e nos primeiros seis meses de vida.

No entanto, apesar desses bons resultados, nem sempre as rotinas hospitalares vigentes contribuem para essa prática, visto que a grande maioria dos hospitais ainda não pratica os **Dez Passos** (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007). Além disso, estudos mostram que nos últimos anos, houve uma queda no número de credenciamentos de hospitais (LAMOUNIER et al., 2008).

Toma e Monteiro (2001), avaliando a promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas no município de São Paulo encontraram práticas consideradas prejudiciais ao início e ao estabelecimento da amamentação, tais como separação desnecessária de mães e recém-nascidos, restrição na duração e frequência das mamadas, uso de alimentos pré-lacteos e suplementos com alta frequência nos serviços público e privado. Outro dado importante encontrado com a pesquisa é que de modo geral, as rotinas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento foram vistas com mais frequência nos hospitais públicos do que nos privados.

Araújo e Schmitz (2007) investigaram o número de Hospitais Amigos da Criança (HAC) credenciados ao SUS em 2004 e o número de partos ocorridos nestes serviços. Nesta data, dos 4 347 hospitais com leitos obstétricos do SUS, apenas 6,8% tinham o título de HAC. E apesar disso, foram responsáveis por 25,4% dos partos.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), em 2010 haviam 335 hospitais credenciados como Hospital Amigo da Criança (HAC), na sua maioria públicos, sendo 21 na região Norte, 145 no Nordeste, 52 no Sul, 38 no Centro-Oeste e 79 no Sudeste. Desses, apenas 4 localizados no estado do Espírito Santo: Hospital Dr. Dório Silva, em Serra; Hospital e Maternidade Dr. Arthur Gerhardt, em Domingos

Martins; Hospital Maternidade Santa Helena, em Itapemirim e Maternidade Cel. Leôncio Vieira de Resende, também em Serra (Maternidade de Carapina).

Estes hospitais credenciados recebem incentivos financeiros, especificados pela portaria GM/MS nº.1.117, de 7 de junho de 2004 (e a instituição credenciada vinculada ao SUS (BRASIL, 2004c), recebe pagamento diferenciado: 40% a mais em atendimentos pré-natal e 10% na assistência ao parto (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

No entanto, apesar dos incentivos financeiros federais, muitos são os obstáculos para sua implantação. Merewood e Phillip (2001) em estudo conduzido nos Estados Unidos, ressaltam alguns obstáculos importantes e dentre eles, a força da indústria de fórmulas infantis, o conhecimento clínico sub-ótimo dos profissionais de saúde e a necessidade de implementar mudanças institucionais significativas.

No Brasil, além dessas dificuldades e outras encontradas para o cumprimento dos **Dez Passos**, novos requisitos foram acrescentados ao longo dos anos. Atualmente, são 10 os requisitos a serem atendidos, estabelecidos na Portaria nº 756, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a) (Quadro 2).

Isso contribuiu para redução de novos hospitais credenciados e reforça a necessidade de novas frentes de incentivo ao aleitamento materno, pois não basta apenas abordagem hospitalar para o sucesso do aleitamento materno, são necessárias outras formas e estratégias após a alta.

Venâncio et al. (2002) encontraram melhora significativa do aleitamento materno exclusivo de lactentes aos cinco meses de idade com a participação de conselheiros comunitários quando comparados a área controle.

Quadro 2 – Requisitos para os hospitais se habilitarem a IHAC, além dos dez passos

1- Comprovar registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
2- Comprovar cumprimento à NBCAL.
3- Não estar respondendo a sindicância no SUS.
4- Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
5- Dispor de profissional capacitado para a assistência a mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
6- Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil.
7- Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantados e atuantes.
8- Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme a estabelecida pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde.
9- Apresentar tempo de permanência hospitalar mínimo de 24 horas para parto normal e 48 horas para cesárea.
10- Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.

Fonte: Adaptado de Oliveira; Teruya (2008)

Para isso é necessário a capacitação dos profissionais de saúde e demais envolvidos com aleitamento materno, dentre os quais voluntários da comunidade das áreas de referência dos hospitais. Nesse sentido, importante estratégia para complementar o trabalho desenvolvido durante o pré-natal, pós-parto e após a alta hospitalar é a organização das Unidades e Centros de Saúde (LAMOUNIER et al., 2008).

Um exemplo bem-sucedido dessa estratégia é a experiência do Estado do Rio de Janeiro, nomeada como **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação** (IUBAAM) que visa a promoção, proteção e apoio à amamentação na rede básica de saúde inspirada na IHAC e baseada na implantação dos **Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde**, descritos no Quadro 3 (OLIVEIRA; TERUYA, 2008).

Quadro 3 – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Dez passos para o sucesso da amamentação

1-	Ter norma escrita quanto a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe da unidade de saúde.
2-	Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
3-	Orientar as gestantes e as mães sobre seus direitos e as vantagens de aleitamento, promovendo a amamentação exclusiva até seis meses e complementada até os dois anos.
4-	Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua confiança.
5-	Orientar as gestantes sobre a importância de amamentar na primeira hora após o parto e de ficar com o recém-nascido em alojamento conjunto.
6-	Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a ser separadas de seus filhos.
7-	Orientar as nutrizes sobre o método de amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos compatíveis à amamentação.
8-	Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9-	Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações desses produtos na unidade de saúde.
10-	Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Fonte: Adaptado de Oliveira; Teruya (2008)

Esses **Dez Passos** abordam aspectos estruturais (normas e rotinas escritas: treinamento profissional; cumprimento da norma de comercialização de alimentos para lactentes) e de processo de recomendações da OMS sobre amamentação; vantagens e direitos legais relacionados ao tema; orientações quanto à amamentação durante o período de internação na maternidade; contracepção adequada à amamentação; riscos do uso de fórmulas infantis e bicos artificiais; orientações práticas sobre posição, pega, ordenha manual e regime de livre demanda; apoio para amamentar) para a promoção, proteção e apoio à amamentação (RITO, 2009).

Atualmente a IUBAAM ainda não foi lançada em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde. Cursos multiplicadores de capacitação podem ser realizados através de parceria entre o Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde (OLIVEIRA; TERUYA, 2008).

A importância das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação em nível hospitalar e ambulatorial e a redução dessas iniciativas pode levar ao decréscimo nos indicadores de aleitamento materno, e conseqüentemente, a um maior gasto com substitutos do leite materno e com a assistência à saúde (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007). Por isso, é importante a regulamentação e normatização do uso dos substitutos do leite.

2.2.4 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

O incentivo ao aleitamento materno é uma das várias políticas brasileiras que objetiva reduzir a mortalidade no primeiro ano de vida. Mas apesar das ações promovidas pelas políticas públicas e da organização da sociedade civil em prol da amamentação, as taxas de desmame precoce ainda são altas (MONTEIRO, 2006).

Importante ação de destaque da política pública para reduzir o desmame precoce inclui a formulação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos (NBCAL), para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras como forma de proteção contra as estratégias de marketing das indústrias.

Antes desta norma, muitas estratégias foram utilizadas para promover os alimentos para lactentes, como distribuição de brindes, doações aos serviços de saúde e diretamente às mães (ARAÚJO et al., 2006), o que dificultava o aleitamento materno.

A NBCAL foi baseada no Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno aprovado em 1981 pelo Brasil e outros 150 países como uma recomendação da OMS e do UNICEF, com o seguinte objetivo:

Contribuir para o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes, por meio da proteção e promoção do aleitamento e assegurando o uso apropriado de substitutos do leite materno, quando estes forem necessários, com base em informações adequadas e por meio de mercadização e de distribuição apropriados (MONTEIRO, 2006, p. 357)

Dentre os principais aspectos abrangidos pelo Código estão a proibição de figuras de crianças nos rótulos de substitutos do leite materno e a obrigatoriedade dos materiais de informação e educação conter aviso sobre a superioridade do leite materno (MONTEIRO, 2006).

Com base neste código e em resoluções subsequentes, após negociação com as instituições que congregavam ações de incentivo ao aleitamento materno e com as indústrias de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, o Brasil aprovou, em 1988, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), na forma de resolução do Conselho Nacional de Saúde. Essa norma foi revisada em 1992 com o objetivo de torná-la mais clara e passou a ser nomeada desde então como Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) (ARAÚJO, 2006).

A NBCAL assegurou alguns avanços, como: inclusão dos leites em pó, pasteurizados e esterilizados; inclusão de chupetas e copos fechados com canudos ou bicos; advertência de que os produtos acima citados não devem ser utilizados pelo lactente nos primeiros seis meses de vida e distribuição limitada de amostras apenas a médicos e nutricionistas quando do lançamento do produto (MONTEIRO, 2006).

Mas, apesar dos avanços alcançados, a NBCAL continuou ambígua em alguns pontos. Então, em 2000, após consulta pública e longa negociação, a NBCAL foi novamente revisada e publicada como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras dividida em três documentos: a Portaria 2051 (BRASIL, 2001a), as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 221 (BRASIL, 2002a) que trata de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo, e ANVISA 222 (BRASIL, 2002b), que regulamenta a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.

A NBCAL (2001/2002) trouxe mais progressos, pois englobou produtos novos no mercado e estratégias de marketing mais recentes como a internet. Além disso, tornou a ANVISA responsável pela fiscalização e pela penalização dos infratores.

Em 03 de janeiro de 2006, foi transformada em lei federal e publicada no Diário Oficial da União sob o nº. 11.265 (BRASIL, 2006a). No entanto, a lei não contempla alguns produtos, como os protetores de mamilo e dá margem a doação de produtos a profissionais e serviços de saúde e permite a interpretação dúbia pelas empresas em alguns trechos, o que coloca como ponto emergente a necessidade de nova regulamentação.

2.2.5 Licença maternidade

Entre os fatores de desmame precoce, os estudos identificam como determinantes Sociais para a interrupção, tanto do aleitamento materno exclusivo como para o aleitamento materno a questão do trabalho (HERNANDEZ; KÖHLER, 2011).

Em 1988, a Constituição Brasileira incluiu pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito às mulheres empregadas no mercado formal de trabalho, a quatro meses de licença maternidade remunerados, e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade. Além disso, quando retornam ao emprego, tem direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentar o bebê, até que ele complete seis meses de vida (BRASIL, 1988).

O direito à licença paternidade torna-se importante uma vez que o apoio do companheiro a nutriz é extremamente importante para assegurar o aleitamento materno exclusivo, principalmente nessa fase inicial da amamentação. Cernadas et al. (2003) apontaram que o suporte familiar constitui um aspecto extremamente relevante na prática do aleitamento natural, sendo que o principal envolvido é o companheiro.

Caldeira e Goulart (2000) destacaram entre as variáveis capazes de predizer maior risco de desmame precoce as dificuldades iniciais para amamentar.

Outra grande conquista das mães trabalhadoras foi a aprovação no Senado do Projeto de Lei nº 281/2005 que amplia a licença à maternidade de 120 dias para 180 dias (período de aleitamento materno exclusivo recomendado pela SBP), conforme prevê a Constituição Federal, para as empresas que aderirem à Proposta Empresa Cidadã.

A Lei Nº 11.770, de 9 de setembro 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 2008). A prorrogação será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal. Outra importante conquista nesta lei é que a prorrogação será garantida, na mesma proporção, também à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

É a administração pública, direta, indireta e fundacional, autorizada a instituir programa que garanta prorrogação da licença-maternidade para suas servidoras, nos termos do que prevê o art. 1º desta Lei. Durante o período de prorrogação da licença-maternidade, a empregada terá direito à sua remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo regime geral de previdência social.

No período de prorrogação da licença-maternidade de que trata esta Lei, a empregada não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar. Em caso de descumprimento do disposto no caput deste artigo, a empregada perderá o direito à prorrogação. É importante ressaltar que a licença maternidade não é somente para promover a amamentação, mas também, para aumentar o fortalecimento do vínculo afetivo, fator de grande relevância para o desenvolvimento humano saudável.

A pessoa jurídica tributada com base no lucro real poderá deduzir do imposto devido, em cada período de apuração, o total da remuneração integral da empregada pago nos 60 dias de prorrogação de sua licença-maternidade, vedada a dedução como despesa operacional. Nesse sentido é fundamental realizar campanhas de incentivos aos empresários para entendimento da dupla vantagem desse benefício para o empresário e para a mãe e sua prole.

Indiscutivelmente, esse grande avanço responde em parte às inquietações de longo tempo das mães trabalhadoras, mas há de se mobilizar e sensibilizar o Estado e a sociedade para que esse benefício seja estendido a todas as mães trabalhadoras, já que é facultativa a adesão das organizações à proposta.

2.2.6 Semana Mundial da Amamentação (SMAM)

Em 14 de fevereiro de 1991, após um encontro de Organizações Não-Governamentais, organizado pelo UNICEF, criou-se a World Alliance for Breast-Feeding Action (WABA), uma aliança mundial para desenvolver ações de promoção, proteção e apoio a amamentação.

Com o compromisso de estimular o aleitamento materno, a WABA idealizou a Semana Mundial de Aleitamento Materno, implantada no Brasil em 1992 e realizada sempre na primeira semana de agosto, pensando essa ser uma estratégia de grande mobilização da sociedade e de disseminação de informações (SIQUEIRA; TOMA, 2001).

A fim de unificar as ações, a cada ano a WABA estabelece um tema relevante relacionado ao aleitamento materno. Em 1999, com o tema **Amamentar: educar para a vida**, A SMAM trouxe a discussão a necessidade de se incluir o AM como matéria de ensino nas escolas, principalmente nas faculdades de medicina, pois o generalista e principalmente o especialista (ginecologista e pediatra) influencia muito em como as mães devem alimentar seus filhos (SANTIAGO; FERNANDEZ, 2013),

A SBP desde de 2004 mantém uma parceria com o Ministério da Saúde na coordenação das atividades da SMAM, oficializada em outubro de 2009 com a publicação da portaria número 2.394 com o intuito de promover e apoiar o aleitamento materno.

2.2.7 Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH)

Os bancos de leite humano surgiram no Brasil em 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (SANTIAGO; FERNANDEZ, 2013). No entanto, até 1981, época da implantação do PNIAM não chegaram a constituir fator de representatividade em saúde pública (ALMEIDA et al., 2008).

No início, o principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para casos especiais, como prematuridade e outros. Nos dias de hoje, os objetivos são promoção de aleitamento materno, execução da atividade da coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite maduro; e distribuição do produto final sob prescrição médica ou de nutricionista (SANTIAGO; FERNANDEZ, 2013).

A partir de 1986, o banco de leite deixou de ter sua lógica operacional voltada apenas para o leite e combate aos distúrbios nutricionais e após reestruturação física e filosófica passou a ter o aleitamento materno como sua questão principal, restabelecendo o vínculo mãe-filho e os obstáculos passaram a ser avaliados. Essa iniciativa fez com que o banco de leite humano se transformasse em um centro de apoio a amamentação (ALMEIDA et al., 2008).

Em 1998, quando a realização do I Congresso Brasileiro em Brasília, com vistas a dinamizar o trabalho dos BLH, que se encontrava até então restrito a Fiocruz (IFF), através de uma seção integrada com a Secretaria de Políticas de Saúde – Área da Criança -, deu início a um novo projeto: o da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH) (ALMEIDA; NOVAK, 2001).

A RNBLH é uma iniciativa do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde – área da Criança e do Aleitamento Materno e da Fiocruz (IFF), com a missão de promover saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, no âmbito da atuação dos BLH ALMEIDA; NOVAK, 2001).

Atualmente, o Brasil possui a maior rede de bancos de leite do mundo, sendo 315 unidades assim distribuídas: 209 bancos de leite humano e 106 postos de coleta que beneficiaram, só no ano de 2011, mais de 163.444 crianças prematuras e de baixo peso, tendo sido coletados mais de 164.135 litros de leite humano, com 165.406 doadoras cadastradas no território nacional (SANTIAGO; FERNANDEZ, 2013).

2.3 POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL

No Brasil, desde os tempos coloniais havia uma preocupação com a alimentação da população. A partir do século XX essa preocupação se transformou em política pública. Inicialmente através de intervenções pontuais do lado da produção e consumo (política agrícola, controles de preço, distribuição de alimentos) e posteriormente, com o olhar e esforço geral para a redução da fome em seus territórios (BELIK, 2003).

No início, a segurança alimentar era uma questão de produção de alimentos, com ênfase na comida. Com a superação da crise de alimentos, concluiu-se que os problemas da fome e da desnutrição eram decorrentes de problemas de demanda, ou seja, de acesso e não só de produção. Posteriormente, observou-se maior ampliação do conceito, incluindo oferta adequada e estável de alimentos e principalmente garantia de acesso, além de questões referentes à qualidade sanitária, biológica, nutricional e cultural dos alimentos (NASCIMENTO; ANDRADE, 2010).

Em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), para dar assistência ao governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

e elaborar o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que permaneceu vigente até 1974, mas foi interrompido devido às transgressões normativas e operativas constatadas pelas auditorias procedidas no instituto (ARRUDA, B; ARRUDA, I, 2007).

Nesse mesmo ano, em 1974, na realização da Conferência Mundial sobre Alimentação, organizada pela Food and Agriculture Organization (FAO), órgão integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), os governos participantes comprometeram-se a dedicar esforços para garantir o direito inalienável de todo homem, mulher ou criança de estar livre do risco da fome e da desnutrição para o desenvolvimento pleno de suas faculdades físicas e mentais (DOMENE, 2003).

No entanto, segundo Nascimento e Andrade (2010), a fome, como questão política, entrou na agenda brasileira desde 1946, quando o médico, sociólogo, geógrafo e político pernambucano Josué de Castro (1908-1973) publicou o clássico livro **Geografia da fome**, rompendo com a **conspiração do silêncio** e iniciando um movimento universal de resgate da cidadania de dois terços da população humana que, estimativamente, na sua época, sofria os efeitos da insuficiência alimentar.

Em 1975, foi celebrado convênio entre o INAN e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), para realização de estudos no campo da alimentação e nutrição e definição do II PRONAN, estando presentes os delineamentos estabelecidos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND, 1975/1979). Este convênio traduziu um novo comportamento político-administrativo e revelou-se inovador ao conceber a desnutrição como uma doença social (ARRUDA, B; ARRUDA, I, 2007).

Para tanto, a formulação do II PRONAN partiu de alguns pressupostos:

- a) a população-alvo deveria ser escolhida com base na vulnerabilidade social, considerando como variável determinante a renda e como limite a renda familiar de até dois salários mínimos;
- b) a prioridade de faixa etária deveria considerar a vulnerabilidade biológica, para atendimento ao período de vida do ser humano em que ele é, por condições fisiológicas, mais vulnerável às agressões das deficiências nutricionais;

Entretanto, com o passar dos anos houve perda acentuada da sua importância e a progressiva debilitação dos programas, o que o conduziu à sua extinção em julho de 1997 (ARRUDA, B; ARRUDA, I, 2007).

A partir desta data, foi iniciada então, a elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003), de forma participativa, envolvendo diversos setores do governo e sociedade organizada, como parte integrante da Política Nacional de Saúde e no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (CARVALHO et al., 2011).

Esta Política foi aprovada pela Portaria nº. 710, em junho de 1999, do Ministério da Saúde e seus componentes revelam o intuito de garantia do direito humano à alimentação e nutrição, conforme estabelecido na Conferência de Direitos Humanos de Viena em 1993 e exposto no Comentário Geral em 1996, no Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (BELIK, 2003, p. 14).

[...] sempre que um indivíduo ou grupo é incapaz, por razões além de seu controle, de usufruir o direito à alimentação adequada com recursos à sua disposição, os Estados teriam a obrigação de realizar (prover) o direito diretamente.

Portanto, o direito de se alimentar adequadamente e com regularidade deve ser assegurado pelo Estado, respeitando o conceito de Segurança Alimentar, quer seja, quantidade, qualidade e/ou regularidade no acesso aos alimentos (BELIK, 2003; DANTAS FILHO; LOPEZ; RAMOS-SILVA, 2007).

A inclusão da alimentação entre os direitos constituintes consolidou a Segurança Alimentar Nutricional (SAN) como uma questão de cidadania, que deixa de ser um conceito corporativista da economia, epidemiologia, nutrição ou áreas afins, para assumir seu caráter universal, tornando-se indispensável, portanto, a análise e o conceito da SAN passando pelo princípio da cidadania. Essa integração é necessária, uma vez que a efetivação de um direito não garante os demais. Assim como a cidadania, a SAN não pode ser visualizada como questão individual, de responsabilidade única do indivíduo, mas coletiva e de um conjunto de necessidades, com base em práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade

cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (NASCIMENTO; ANDRADE, 2010; RAMOS-SILVA, 2009; RAMOS-SILVA et al., 2014b).

Para garantia da alimentação humana como dever do Estado e direito de cidadania, a PNAN estabeleceu as seguintes diretrizes: estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços; monitoramento da situação alimentar e nutricional do país; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (RAMOS-SILVA, 2009; RAMOS-SILVA et al., 2014b; CARVALHO et al., 2011).

Entre as diretrizes prioritárias da PNAN, estão a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, inicialmente, com destaque para a desnutrição e posteriormente para obesidade (CARVALHO et al., 2011).

No entanto, é importante ressaltar que não só a fome pode levar à desnutrição, assim como nem toda desnutrição se origina da deficiência energética, principalmente na população infantil (MONTEIRO, 2003).

A desnutrição se origina tanto da inadequação quantitativa (energia) ou qualitativa (nutrientes) da dieta quanto de doenças que provocam o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos, sendo identificada como desnutrição secundária (BELIK, 2003).

Em relação à SAN, no Brasil, há várias décadas, tem se desenvolvido ações de políticas públicas direcionadas a sua melhoria. Essas ações receberam um novo impulso em 2003, quando passaram a ser, com o conjunto de políticas e programas que compõem o Fome Zero, uma prioridade do Estado brasileiro (KEPPLE; SEGALL-CORREA, 2011; RAMOS-SILVA et al., 2014b).

No entanto, apesar dos avanços das políticas de inclusão social do país nos últimos anos, a insegurança alimentar ainda é um grave problema, especialmente entre os 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. Além disso, o país apresenta grandes variações inter e intrarregionais na ocorrência de insegurança alimentar, sendo importante realçá-las e analisá-las criteriosamente para subsidiar as políticas públicas (FACCHINI et al., 2014).

Pesquisa realizada por Facchini et al. (2014) encontrou prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave de 22,9% no Nordeste e 7,5% no Sul. Em ambas as regiões, na análise ajustada, a maior probabilidade de insegurança alimentar moderada e grave foi identificada em domicílios chefiados por mulheres, com cor da pele materna preta e parda/mestiça, com menor escolaridade, menor renda familiar per capita e beneficiários do Bolsa Família.

O estudo confirma o papel fundamental da renda na determinação da insegurança alimentar e de iniquidades em sua ocorrência, destacando que estratégias de incremento de renda em populações vulneráveis por meio do Programa Bolsa Família e de outros benefícios sociais são essenciais e precisam ser mais efetivos e equânimes (FACCHINI et al., 2014).

De acordo com documento aprovado na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN ou Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006), LOSAN é definida como:

[...] realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006b. p. 4).

Constitui, portanto, um conceito bastante abrangente, que envolve questões de acesso a alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis, práticas sustentáveis de produção, cidadania e direitos humanos, norteadas tal como o Sistema Único de Saúde (SUS), pelos princípios da universalidade, participação social,

intersectorialidade e equidade (social, econômica, étnica e de gênero) (NASCIMENTO; ANDRADE, 2010; DANTAS FILHO; LOPEZ; RAMOS-SILVA, 2007).

2.4 POLÍTICA ESTADUAL DE FORNECIMENTO DE FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL

O tratamento da alergia alimentar é baseado na exclusão do alimento alergênico e na substituição adequada. No caso da alergia à proteína do leite de vaca, na impossibilidade de a mãe amamentar, se faz necessário uso de fórmulas e dietas infantis especiais hipoalergênicas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) denomina **alimentos para fins especiais** aqueles especialmente formulados ou processados, nos quais são introduzidas modificações no conteúdo de nutrientes, adequadas à utilização em dietas, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas (BRASIL, 1998).

Quando utilizado de forma terapêutica, as dietas enterais, fórmulas infantis ou suplementos alimentares são considerados Fórmulas Nutricionais Especiais (FNE) (FINK; MELO; PICON, 2010), que podem ser indicadas em muitos casos para manutenção ou recuperação do estado nutricional (RAMOS-SILVA et al., 2014a; RAMOS-SILVA et al., 2014c).

Por se tratar de itens terapêuticos de alto custo, as FNEs estão incluídas na política pública que visa à assistência farmacêutica e o acesso pleno dos usuários do SUS (BRASIL, 2004b). Seguindo os rumos traçados por essa política, em 2002, o Ministério da Saúde desenvolveu Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, com o objetivo de gerar maior racionalização das prescrições e do fornecimento dos medicamentos e fórmulas nutricionais de alto custo, a serem implantados e gerenciados pelas vinte e sete Unidades Federativas do país (PICON; BELTRAME, 2002).

No Espírito Santo, em 29 de abril de 2010, foi publicado no Diário Oficial do Estado os **Critérios de uso de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais** (Portaria 054R) com base na Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (ESPÍRITO SANTO, 2010c), que trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano. O protocolo contempla os pacientes com desnutrição, má absorção, intolerância a lactose, alergia ao leite de vaca entre outras. As dietas disponibilizadas são fórmulas semi-elementares e elementares adequadas a crianças de 0 a 12 meses e de 1 a 10 anos de idade (Quadro 4).

Os critérios de uso de cada fórmula variam de acordo com a faixa etária e a fórmula solicitada (Quadro 5 e 6).

Quadro 4 - Fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas a serem disponibilizadas pelo estado para crianças com alergia a proteína do leite de vaca

Tipo de Fórmula	Descrição
Fórmula semi-elementar infantil	Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada de soja, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses.
	Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de hidrolisado proteico, do soro do leite, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses.
Fórmula elementar Infantil	Fórmula para alimentação infantil elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses.
Dieta enteral semi-elementar Pediátrica	Dieta nutricionalmente completa, Normocalórica, Normoproteica, semi-elementar, isenta de lactose e glúten, a base de peptídeos, adequada a crianças de 1 a 10 anos.
Dieta enteral elementar Pediátrica	Dieta nutricionalmente completa, Normocalórica, Normoproteica, elementar, isenta de lactose, a base de aminoácidos livres, adequada a crianças de 1 a 10 anos.

Fonte: Adaptado de Espírito Santo (2010)

Quadro 5 – Critérios para indicação de fórmulas especiais para crianças de zero a 12 meses

Fórmulas Infantis	Indicação
Fórmula Semi-Elementar Infantil	Crianças menores de seis meses, com contraindicação para aleitamento materno, que não tenham conseguido leite humano pasteurizado nos bancos de leite humano, com história familiar em parentes de primeiro grau (pai, mãe e irmão) positiva para APLV.
	Crianças menores de seis meses que apresentem doenças que cursem com desnutrição e/ou má absorção.
	Crianças até seis meses com intolerância à lactose.
	Crianças menores de seis meses com APLV IgE mediada.
	Crianças de zero a 12 meses com APLV IgE não mediada, e alergia a proteína de soja.
Fórmula Elementar Infantil	Crianças de zero a 12 meses com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves (manifestações digestivas e extradigestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional).
	Crianças de zero a 12 meses com alergia ou má absorção que não toleraram a fórmula semi-elementar.

*As crianças são obrigatoriamente reavaliadas a partir dos 6 meses de vida a cada 3 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 3 meses

Fonte: Adaptado de Espírito Santo (2010)

Quadro 6 – Critérios de indicação de dietas enterais para crianças de um a 10 anos de idade

Dietas enterais	Indicação
Dieta Enteral Semi-elementar pediátrica	Crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogastrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clinicas abaixo: - Crianças de um a 10 anos, que apresentem doenças que cursem com má absorção; - Crianças de um a 10 anos com APLV IgE mediada; - Crianças de um a 10 anos com APLV IgE não mediada.
Dieta Enteral elementar pediátrica	Crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogastrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clinicas abaixo: - Crianças de um a 10 anos com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves*; - Crianças de um a 10 anos com alergia ou má absorção que não toleraram a dieta semi-elementar.

*Manifestações digestivas e extradigestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional.

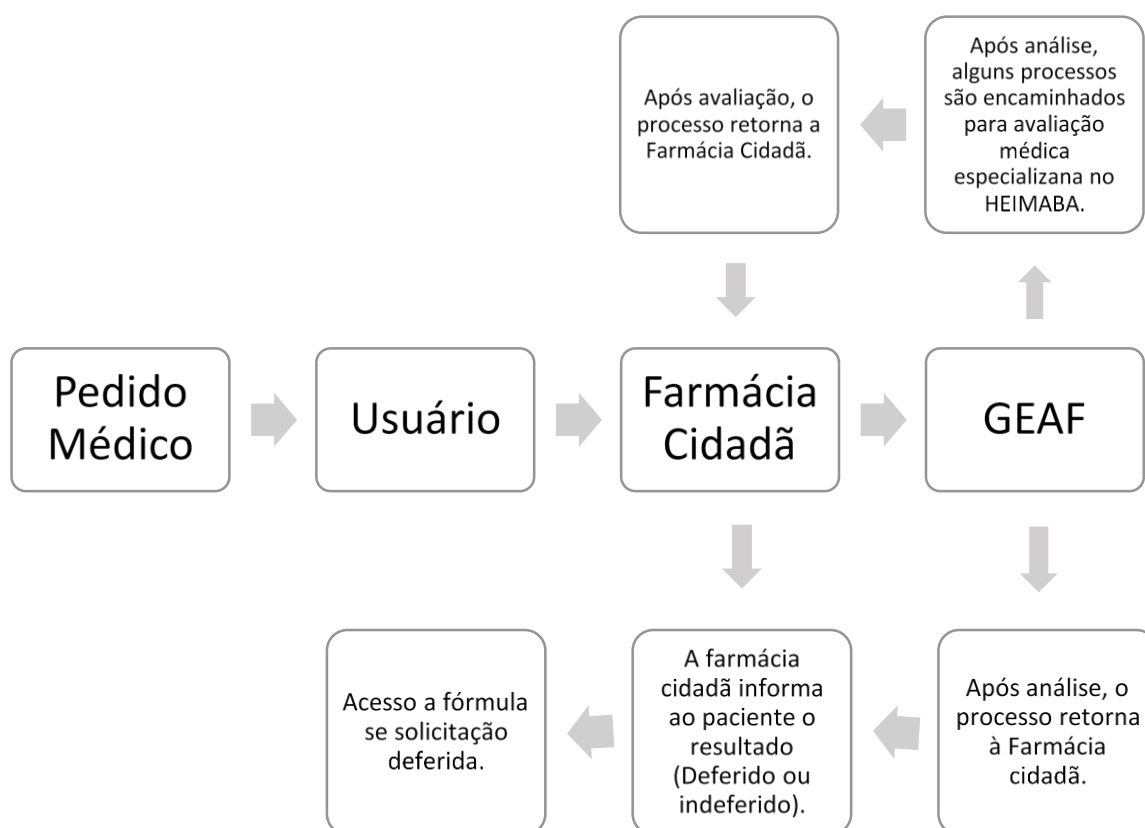
** As crianças serão obrigatoriamente reavaliadas a cada 6 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 6 meses.

Fonte: Adaptado de Espírito Santo (2010)

Para ter acesso à fórmula especial, o usuário entrega o pedido médico na Farmácia Cidadã da sua cidade ou região. Esta conduz o processo para a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), onde é avaliado por uma equipe técnica, atualmente composta por duas nutricionistas. Após a análise, o documento retorna para Farmácia Cidadã, a qual entrará em contato com o paciente informando o resultado da solicitação (deferida ou indeferida). Entre as solicitações indeferidas,

algumas são selecionadas e encaminhadas para avaliação médica especializada com gastroenterologista pediátrico e nutrólogo pediátrico (perícia médica), realizada no HEIMABA. Posteriormente, a documentação retorna à GEAF, que encaminha o resultado para Farmácia Cidadã e esta, para o paciente (Figura 1).

FIGURA 1 - Esquema do processo de acesso à fórmula infantil especial, desde a solicitação médica até o acesso do usuário



FONTE: Elaborada pela autora

Nos últimos anos, o aumento da prevalência e os diagnósticos superestimados contribuíram para o aumento de solicitações de fórmulas infantis especiais, gerando maior custo ao estado e demora no acesso às fórmulas especiais pelo paciente.

No Rio Grande do Sul, em 2005, para atender à demanda de medicamentos e FNEs de modo racional, foi criado o Centro de Referência para Assessoria em Fórmulas Nutricionais Especiais, com a finalidade de avaliar tecnicamente as solicitações de fórmulas nutricionais especiais pelos usuários do SUS. Para tanto, foi firmado uma

parceria entre a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Em 2010 foi publicado o resultado comparativo após um e três anos da criação do Centro de Referência. E o que se observou foi uma redução em 12% do número de processos de solicitação de FNEs, aumento de 38% no número de aprovações, aumento em 56% no número de usuários favorecidos e redução do percentual de solicitação de fórmulas com base no diagnóstico de Alergia Alimentar (FINK; MELO; PICON, 2010).

Considerando então a importância do acesso as fórmulas infantis especiais para o tratamento da alergia a proteína do leite de vaca para evitar os danos à saúde causados pela doença em si e pelas substituições nutricionais inadequadas, principalmente pela população de baixa renda e o alto custo das FNEs, fez-se necessário uma melhor avaliação e entendimento da política de liberação de fórmulas infantis especiais no Estado do Espírito Santo com o intuito de melhorar e ampliar o atendimento à população.

3 OBJETIVOS

Os objetivos foram divididos em primário e secundário, sendo o primeiro caracterizado pelo objetivo geral do estudo e o segundo pelos objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a indicação e o tempo de acesso às fórmulas infantis especiais em pacientes com alergia a proteína do leite de vaca, tomando como referência o período compreendido em janeiro a dezembro de 2014.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- 1) Identificar e caracterizar as demandas registradas nas Farmácias Cidadãs do ES encaminhadas a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica no ano de 2014;
- 2) Caracterizar o perfil demográfico e clínico dos pacientes encaminhados para o Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica para o uso de fórmulas e o tempo médio para obtenção da fórmula;
- 3) Caracterizar o perfil demográfico e clínico dos pacientes encaminhados pelo GEAF para avaliação médica especializada (perícia) para uso de fórmulas e o tempo médio para obtenção da fórmula.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A apresentação do procedimento metodológico é realizada na forma de subitens para caracterizar cada etapa do processo.

4.1 CASUÍSTICA

Os critérios de inclusão do presente estudo foram as solicitações para dispensa de fórmula e dieta infantil especial para crianças de 0 a 10 anos com alergia alimentar e/ou intolerância a lactose encaminhadas pela primeira vez para Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, no período de janeiro a dezembro de 2014 via Farmácia Cidadã ou Via Judicial (Estudo 1), assim como todos os processos encaminhados para perícia médica no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves (HEIMABA) nesse mesmo período (Estudo 2).

No Estudo 1, foram excluídos da análise as seguintes solicitações encaminhadas à GEAF: pacientes com mais de 18 anos; continuidade do tratamento e crianças e adolescentes com outra hipótese diagnóstica que não alergia alimentar e/ou intolerância a lactose.

O cálculo da amostra das solicitações para dispensa de fórmula infantil especial encaminhadas ao GEAF (Estudo 1) foi realizado com base no universo de 754 novos pacientes atendidos no ano de 2014.

Utilizou-se as fórmulas abaixo, onde:

$$n_0 = (z/E)^2 \cdot p \cdot (1-p) = (1,96/0,05)^2 \cdot 0,5(1-0,5) = 385$$

$$n = n_0/1 + n_0/N = 385/1 + (385/754) = 242 \text{ (Amostra a ser estudada)}$$

$Z=1,96$ (confiança de 95% - distribuição normal)

$E= 0,05$ (Margem de erro)

$p= 0,5$ (proporção estimada)

$$n = n_0/1 + n_0/N = 385/1 + (385/754) = 242 \text{ (Amostra a ser estudada)}$$

Essa amostra a ser estudada foi determinada de forma randomizada, por sorteio.

No Estudo 2, a amostra foi determinada por conveniência, conforme o número de processos encaminhados para perícia médica, consecutivamente, no ano de 2014.

4.2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão de literatura foi realizada consulta às bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Medline no período de 2004 a 2014. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol com o uso dos seguintes descritores: alergia a leite, política de saúde, fórmula infantil, assistência farmacêutica. Além disso, foram utilizados livros especializados e sites do Ministério da Saúde e de Secretarias Estaduais de Saúde para o levantamento das leis, decretos e portarias federais e estaduais relacionadas ao acesso a fórmulas infantis e dietas enterais.

4.3 TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo observacional, de caráter descritivo e comparativo, quantitativo de corte transversal.

O delineamento transversal se justifica em função de que as medições são feitas em um único momento, não havendo, portanto, seguimento dos avaliados. Assim foram definidas as questões a responder, a população de estudo e a escolha da amostra, os fenômenos a estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse. Descrevem-se as características da população nos dois momentos do estudo em relação a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição e quando possível as associações entre as variáveis. Tem a vantagem da prontidão de se tirar conclusões, não necessitando de um período de seguimento. Tem a desvantagem da impossibilidade de estabelecer relações causais pela ausência de uma sequência

temporal entre a exposição ao fator de estudo e o subsequente desenvolvimento do evento buscado.

4.4 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) e no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HEIMABA).

A Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica é o setor da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) que tem por finalidade a coordenação das ações de formulação, planejamento, direção, organização, normalização, articulação, controle e avaliação relacionada com a Política de Assistência Farmacêutica.

A abertura do processo de solicitação de fórmula infantil especial à SESA é feita na Farmácia Cidadã e posteriormente é encaminhado para avaliação na GEAF. Atualmente, o Espírito Santo dispõe de dez Farmácias Cidadãs referência para os 78 municípios do estado (APÊNDICE C).

Na GEAF, o processo é deferido, indeferido ou encaminhado para perícia médica. Após a análise pela equipe técnica, os mesmos retornam à Farmácia Cidadã de origem para que o parecer seja informado ao usuário. Caso o parecer seja favorável, o paciente terá acesso a fórmula solicitada na Farmácia Cidadã onde foi iniciado o processo.

O paciente é encaminhado pelo serviço de Nutrição da GEAF para avaliação médica especializada quando há dúvidas na indicação da fórmula solicitada. A avaliação é realizada no HEIMABA, Hospital Estadual Pediátrico, localizado no Município de Vila Velha-ES e referência estadual para análise de processos de pacientes com alergia alimentar.

4.5 COLETA DE DADOS

As informações foram obtidas a partir da análise de documentos que compõem os processos de solicitações de dispensação de fórmulas e dietas infantis especiais encaminhadas a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo no período de janeiro a dezembro de 2014.

Dos processos de solicitação foram coletadas informações referentes ao paciente (sexo, idade, município de procedência, origem da solicitação [serviço público ou privado], estado nutricional e as manifestações clínicas que justificaram a solicitação de dietas especiais, época do início dos sintomas, tempo de aleitamento materno exclusivo e causas do desmame precoce), além de informação sobre a especialidade do médico prescritor. Foram coletados também, dados sobre a data da solicitação, data de acesso, motivo do indeferimento, caracterização, quantitativo e tempo previsto de uso da fórmula solicitada. As informações foram registradas em um Instrumento de coleta de dados (Estudo 1) descritas no APÊNDICE A.

Para os pacientes encaminhados pelo GEAF para perícia médica no HEIMABA foram obtidos dados dos documentos que compõem o processo de solicitações de dispensação das fórmulas e dietas infantis especiais assim como do prontuário do hospital onde foi realizada a avaliação médica, as informações referentes ao paciente (sexo, idade, município de procedência, origem da solicitação [serviço público ou privado], estado nutricional e as manifestações clínicas que justificam o uso de dietas especiais, época de início dos sintomas, tempo de aleitamento materno exclusivo e causas do desmame precoce), além de informação sobre a especialidade do médico prescritor. Foram coletados também, dados sobre a data da solicitação, data do atendimento, data de acesso, compatibilidade clínica, assim como caracterização, quantitativo e tempo previsto de uso da fórmula solicitada. Além desses dados, também foram identificados história familiar de alergia em parentes de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos); tipo de parto e idade gestacional ao nascimento. Os dados foram registrados em um Instrumento de coleta de dados (Estudo 2) descrito no APÊNDICE B.

4.6 QUALIDADE DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados somente pelo pesquisador principal após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para garantir a qualidade das informações obtidas.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilhas no software Excel e analisado no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0, versão 23.0 INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION, 2014). Para a estatística descritiva os resultados são expressos em média, mediana, desvio padrão da média e percentual. Para a estatística inferencial, quando indicada, foi utilizado o qui-quadrado de Pearson, sendo considerado como significativo o valor de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

4.8 QUESTÕES ÉTICAS

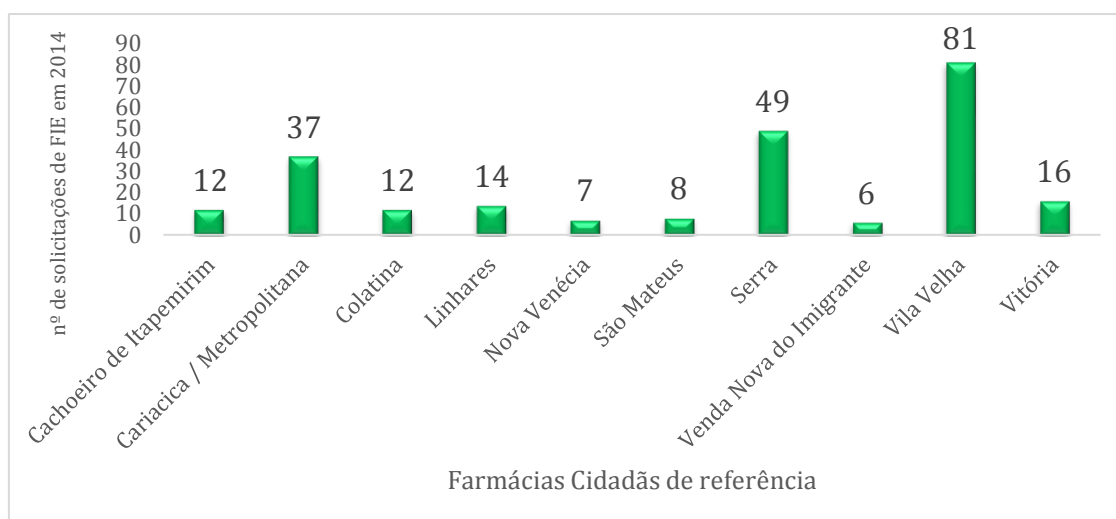
O estudo seguiu os preceitos éticos e determinações contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde e suas complementares, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pelo Parecer número 848.208 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, da SESA-ES. A coleta dos dados foi iniciada somente depois da aprovação pelos CEPs, sendo assegurando o anonimato dos pacientes quanto às informações coletadas.

5 RESULTADOS

A partir de uma base de dados da GEAF identificou-se um total de 754 novos usuários com processo de solicitação de fórmulas infantis especiais para início de tratamento de alergia a proteína do leite de vaca nas Farmácias Cidadãs do estado entre janeiro e dezembro de 2014 (Estudo 1).

A partir do cálculo da amostra, foram selecionados de forma randomizada por sorteio 242 processos provenientes das dez Farmácias Cidadãs atualmente disponíveis no estado (Gráfico 1).

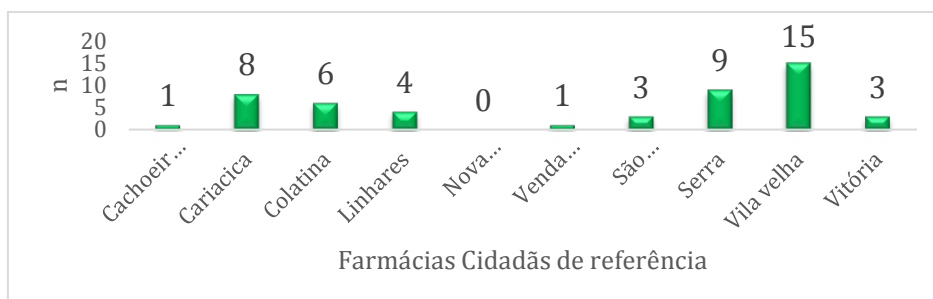
Gráfico 1 – Número de solicitações de fórmulas infantis especiais na Farmácia Cidadã, n=242



Fonte: Elaborado pela autora

Nesse mesmo período, 60 pacientes foram encaminhados para perícia médica no HEIMABA e avaliação especializada quanto à indicação do início ou para continuidade do tratamento (Estudo 2). No entanto, apenas 50 (83,3%) compareceram. Os pacientes eram procedentes de nove Farmácias Cidadãs (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Procedência dos usuários avaliados no HEIMABA, n=50



Fonte: Elaborado pela autora

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (GEAF) NA CONCESSÃO DE FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS NO ANO DE 2014

A caracterização dos pacientes atendidos pela secretaria de estado da saúde do Espírito Santo na concessão de fórmulas infantis especiais foi classificada em perfil demográfico e perfil clínico.

5.1.1 Perfil demográfico

Da amostra estudada (242), 136 (56,2%) participantes eram do sexo masculino e 106 (43,8%) do sexo feminino. A mediana de idade foi de 4,5 meses (média 7,1 meses; amplitude de <1 a 86,7 meses). A distribuição por faixa etária está descrita na Tabela 1.

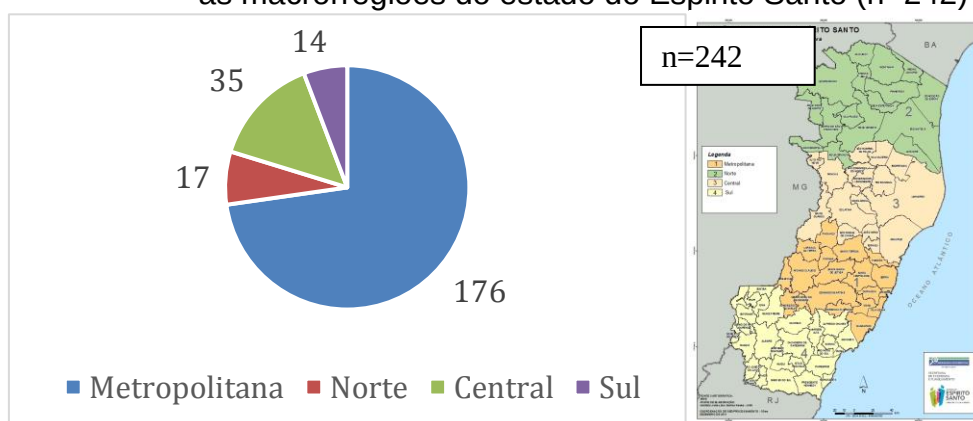
Tabela 1 – Distribuição dos usuários atendidos de acordo com a faixa etária, n= 242

	Lactentes			Pré-escolar	Escolar	Não identificado	
Idade	0 a 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 6 anos	7 a 10 anos		
N	144	52	24	7	1	14	242
%	59,5	21,5	9,9	2,9	0,4	5,8	100

Fonte: Elaborado pela autora

Os processos eram provenientes de 36 dos 78 municípios capixabas com destaque para aqueles localizados na região metropolitana, considerando a divisão do estado em macrorregiões (Gráfico 3) ou microrregiões (Gráfico 4).

Gráfico 3 – Distribuição dos usuários atendidos pela SESA em 2014 de acordo com as macrorregiões do estado do Espírito Santo (n=242)



Fonte: Elaborado pela autora

Fonte: Espírito Santo (2010a)

Gráfico 4 - Distribuição dos usuários atendidos pela SESA em 2014 de acordo com as microrregiões do estado do Espírito Santo (n=242)

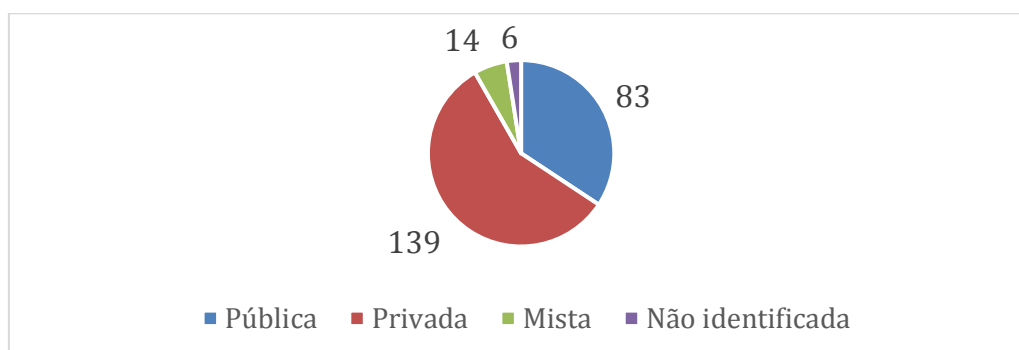


Fonte: Fonte: Elaborado pela autora

Fonte: Espírito Santo (2010b)

As solicitações das fórmulas especiais eram procedentes em mais da metade dos casos (57,4%) de atendimentos feitos em serviços privados (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Natureza (pública/privada) dos serviços solicitantes de fórmulas infantis especiais, n =242



Nota: considera-se natureza mista aqueles pacientes que foram atendidos em rede pública e privada.
Fonte: Elaborado pela autora

O pediatra geral é o profissional que mais indica as fórmulas especiais (59,1%), seguido pelo gastroenterologista pediátrico (23,5%). As solicitações também foram realizadas por outras especialidades ou áreas de atuação da pediatria como alergia (3,3%), alergia e gastroenterologia (7,0%) e nutrologia (2,9%), assim como por especialidades da clínica médica, como clínica geral (1,7%), alergia (0,4%), gastroenterologia (1,7%) e nutrologia 0,4%. A distribuição das especialidades de acordo com a origem pública ou privada está descrita na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das especialidades de acordo com a origem pública ou privada, n= 242

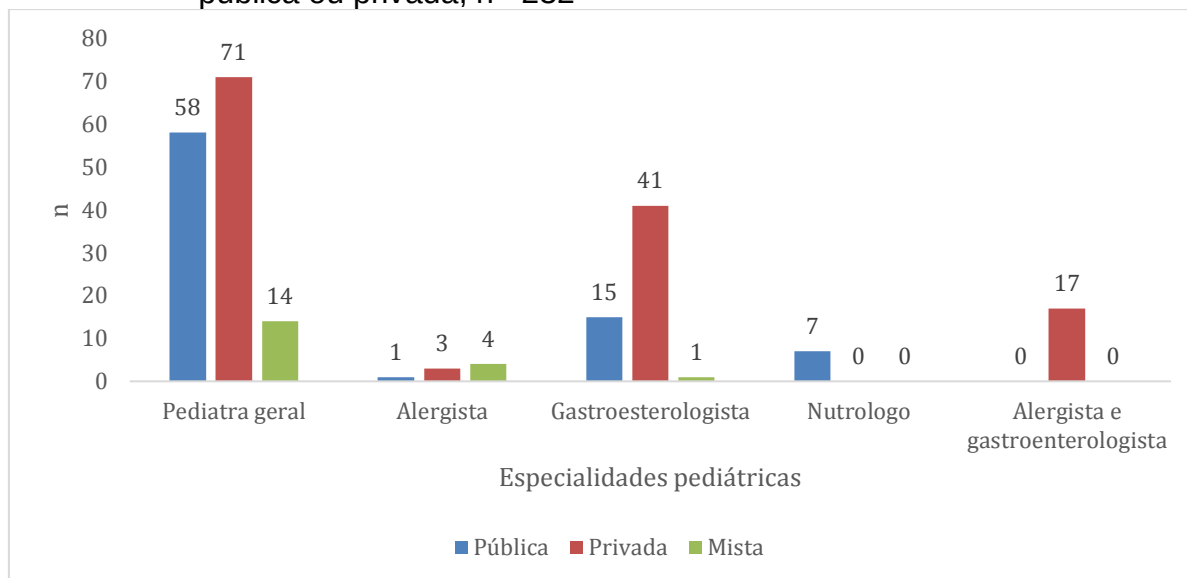
Especialidade médica		Pública	Privada	Mista	Total
Pediátrica	Pediatra geral	58	71	14	143
	Alergista	1	3	4	8
	Gastroenterologista	15	41	1	57
	Nutrologo	7	0	0	7
	Alergista e gastroenterologista	0	17	0	17
Clínica	Clínico geral	1	0	1	2
	Alergista	0	1	0	1
	Gastroenterologista	0	4	0	4
	Nutrologo	0	1	0	1
Não identificada		1	1	0	2
Total		83	139	20	242

Nota: Considera-se origem mista quando o paciente foi atendido tanto na rede pública quanto na privada.

Fonte: Elaborado pela autora

Devido ao predomínio das especialidades pediátricas, para melhor visualização, sua distribuição foi descrita no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição das especialidades pediátricas de acordo com a origem pública ou privada, n= 232



Nota: considera-se origem mista quando o paciente foi atendido tanto na rede pública quanto na privada

Fonte: Elaborado pela autora

Em 79 (32,6%) dos casos houve a colaboração do nutricionista, sendo 41 (51,9%) de origem pública, 26 (32,9%) de origem privada. Em 10 (12,7%), os usuários foram avaliados em serviço público e privado e em 2 (2%) a origem não foi identificada.

5.1.2 Perfil clínico

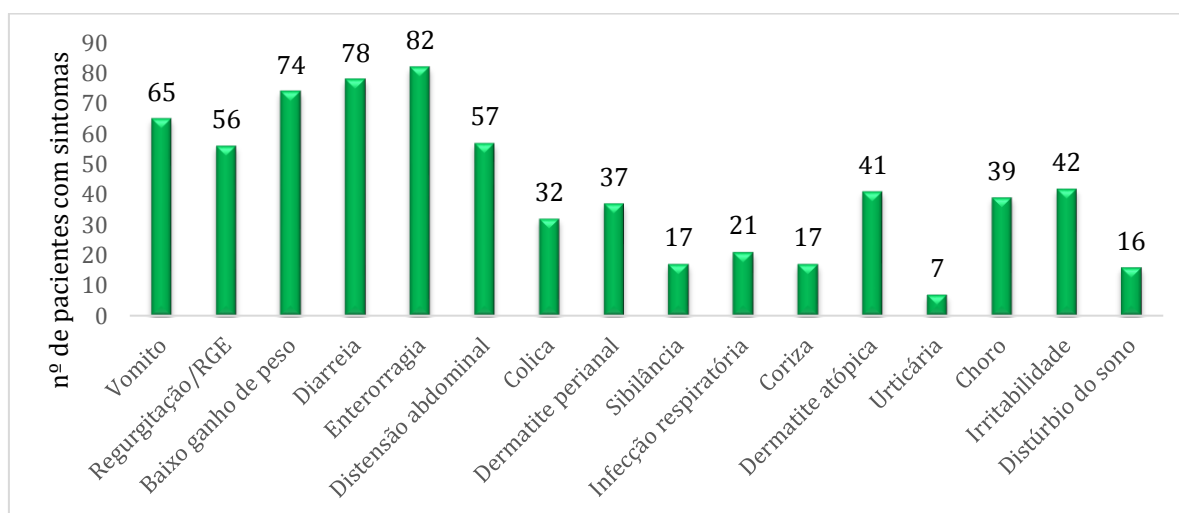
O diagnóstico nutricional dos usuários (crianças de 0 a 10 anos de idade) avaliados foi caracterizado por eutrofia 157 (64,9%), magreza 33 (13,6%), risco de sobrepeso 10 (4,1%), sobrepeso 1 (0,4%), obesidade 2 (0,8%) e desconhecido 39 (16,1%).

As manifestações gastrointestinais estiveram presentes em 221 (91,3%), as respiratórias em 49 (20,2%) e as cutâneas em 53 (21,9%) dos casos e não foram relatadas em 3,7%. As manifestações clínicas isoladas mais comuns, encontradas em

161 (66,5%) avaliados, acometeram o sistema gastrointestinal (155), dermatológico (2) e respiratório (4).

As manifestações clínicas mais prevalentes são indicadas no Gráfico 7

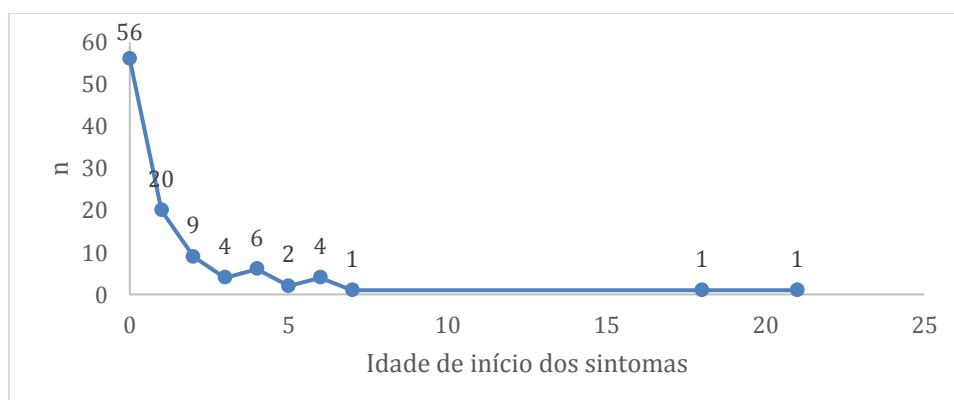
Gráfico 7 - Manifestações clínicas mais prevalentes em usuários pediátricos de fórmulas especiais, com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca a GEAF, n=242



Fonte: Elaborado pela autora

A mediana de idade do início dos sintomas foi inferior a um mês, com média de 1,5 meses (<1 a 21 meses), mas essa informação foi registrada nos processos de 104/242 avaliados (Gráfico 8).

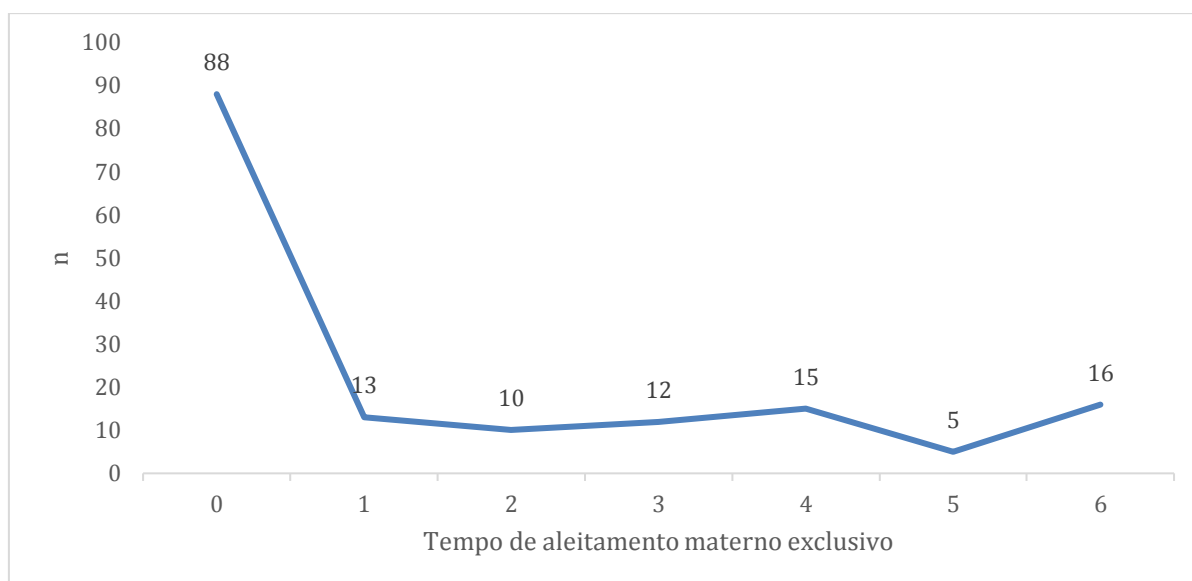
Gráfico 8 – Distribuição da idade dos avaliados (meses) de início dos sintomas clínicos, n=104



Fonte: Elaborado pela autora

A mediana de aleitamento materno exclusivo relatado foi inferior a um mês, com média de 1,5 meses (<1 a 6 meses) não havendo diferença significativa entre a origem pública ou privada (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Tempo de aleitamento materno exclusivo relatado (meses), n=159



Fonte: Elaborado pela autora

O tempo de aleitamento materno exclusivo de acordo com a origem (pública ou privada) do avaliado está descrito na Tabela 3.

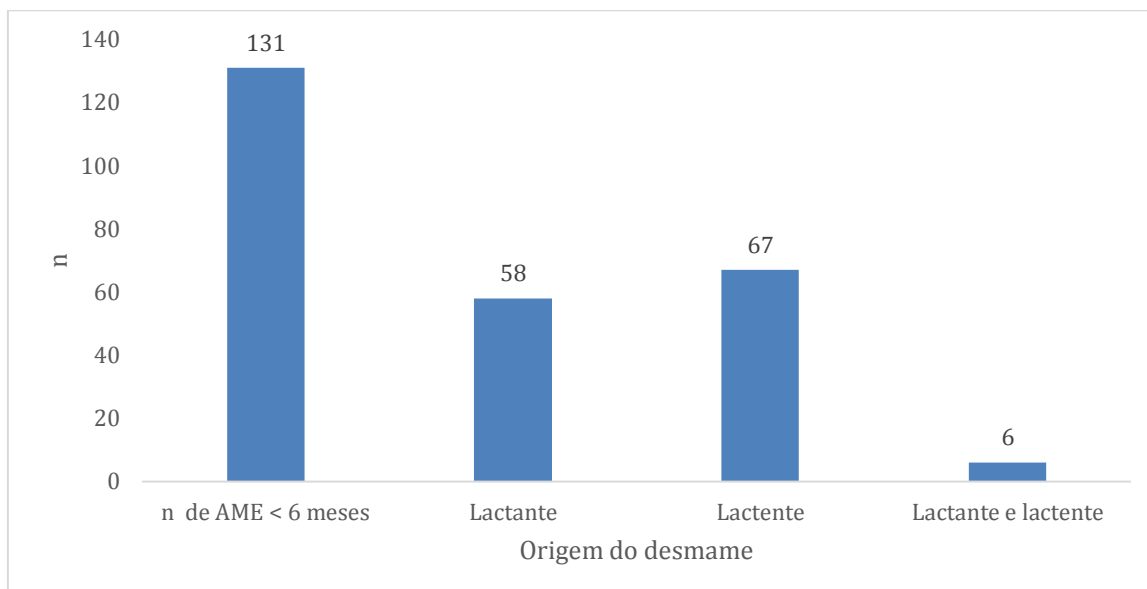
Tabela 3 – Tempo de aleitamento materno exclusivo de acordo com a origem, n= 242

		T AME (m)					
		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	N válido
Origem	Pública	<1	11,0	1,41	0,0	2,4	41
	Privada	<1	8,0	1,61	0,0	2,1	106

Fonte: Elaborado pela autora

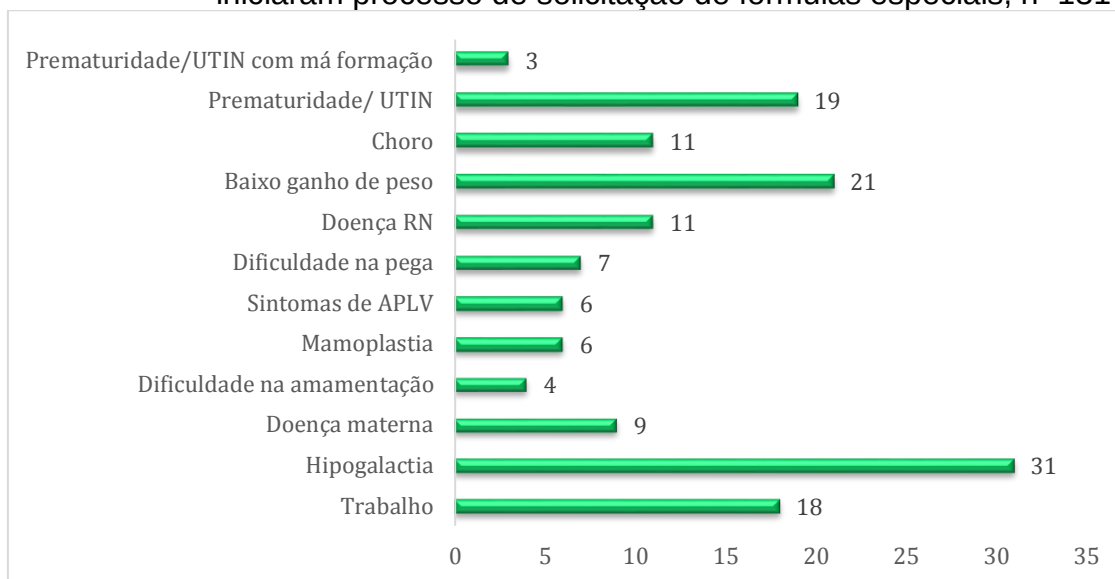
O desmame precoce foi identificado em 143 (60%) lactentes, sendo apresentado justificativa em 131 (91,6%). A causa foi relacionada a problemas de origem materna em 58 processos, ao lactente em 67 e em 6 houve a influência dos dois fatores (Gráfico 10). As principais queixas estão relacionadas no Gráfico 11.

Gráfico 10 – Origem do desmame precoce relatado (lactante ou lactente), n=131



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 11 – Principais causas de desmame precoce entre os participantes que iniciaram processo de solicitação de fórmulas especiais, n=131

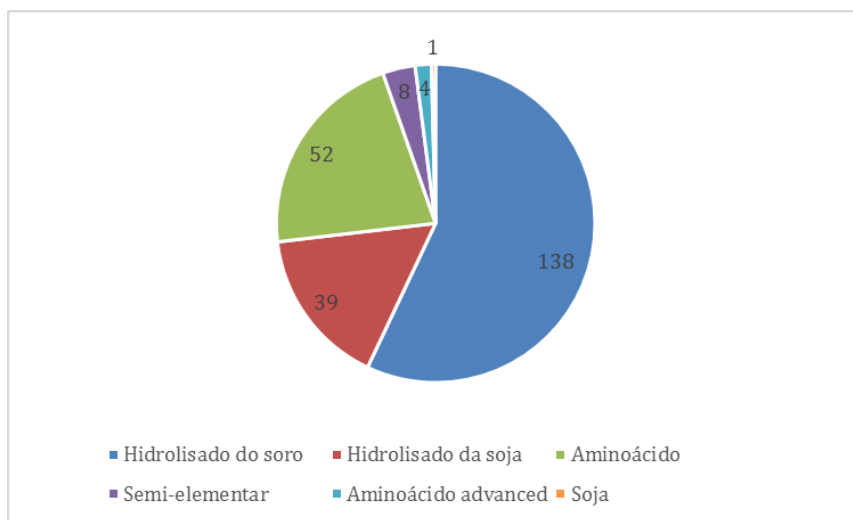


Fonte: Elaborado pela autora

Entre as fórmulas disponibilizadas, as mais solicitadas foram a base de proteína hidrolisada do soro (138), aminoácidos (52) e proteína hidrolisada da soja (39), direcionadas para crianças menores de um ano de idade (229); seguidas pela semi-

elementar, a base de peptídeos (8) e elementar, a base de aminoácidos (4), adequadas a crianças maiores de 1 ano de idade. Em um caso foi solicitado fórmula a base de proteína isolada da soja, fórmula não padronizada pela SESA. Os tipos de dietas solicitadas a GEAF/SESA em 2014 estão descritos no Gráfico 12.

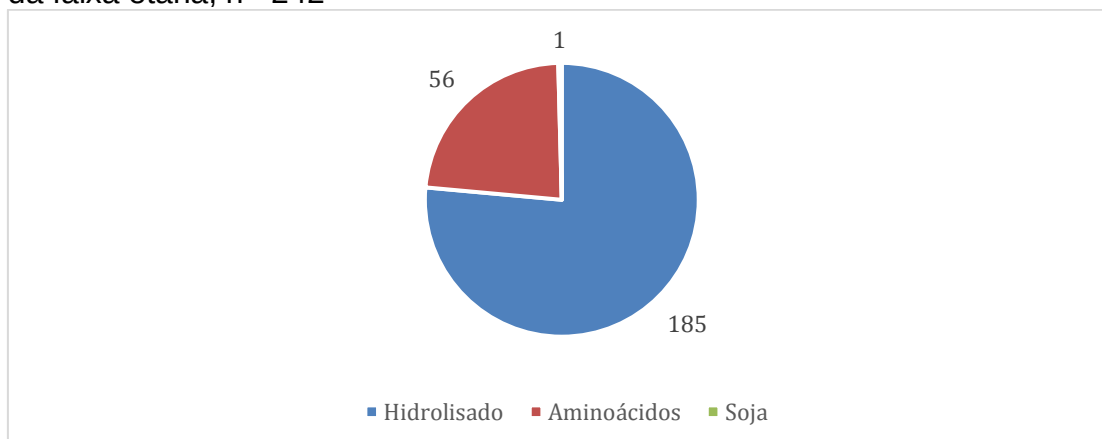
Gráfico 12 – Tipos de dietas solicitadas devido a alergia a proteína do leite de vaca, n=242



Fonte: Elaborado pela autora

Para melhor identificação da proporção de solicitação de fórmulas hipoalergênicas (proteína hidrolisada) e não alergênicas (aminoácido), as solicitações foram caracterizadas somente de acordo com o tamanho da proteína, independente da faixa etária (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Tipo de dieta solicitada de acordo com o tamanho proteico independente da faixa etária, n= 242



Fonte: Elaborado pela autora

A quantidade média de fórmula requerida foi de 3680 ± 1659 g por criança (variando de 600 a 17640g) e o tempo previsto de uso foi de $6,2 \pm 3,9$ meses, com tempo mínimo de uso de 3 e máximo de 24 meses.

Dentre os 242 pedidos, em 160 (66,1%) o pedido foi deferido e em 82 (33,9%) indeferido. Houve diferença estatisticamente significativa entre as especialidades que formularam o pedido para iniciar o processo de solicitação da fórmula especial e o seu deferimento (Tabela 4).

Tabela 4 – Deferimento da liberação de fórmulas especiais para crianças com APLV de acordo com a especialidade do solicitante, n=242

ESPECIALIDADE	DEFERIDO		TOTAL
	SIM	NÃO	
Pediatra	88 (40,6%)	55 (25,3%)	143 (65,9%)
Gastropediatra	47 (21,7%)	10 (4,6%)	57 (26,3%)
Gastroenterologista e alergista pediátrico	11 (5,1%)	6 (2,8%)	17 (7,8%)
TOTAL	146 (67,3%)	71 (32,7%)	217 (100,0%)

p=0,017

Fonte: Elaborado pela autora

O tempo médio para a obtenção da fórmula especial foi de $31,8 \pm 17,3$ dias (mínimo de 1 e máximo de 140 dias, mediana de 29,0 dias), com o tempo entre solicitação e avaliação de $16,6 \pm 15,5$ dias e entre avaliação e acesso de $17,4 \pm 15,6$ dias.

Entre os pacientes que tiveram seu pedido indeferido (82), 33 (40,2%) tiveram acesso após atender aos esclarecimentos solicitados e 6 (7,3%) após realizarem perícia médica. Nesses casos, a mediana para acesso à fórmula foi de 76 dias (tempo médio de 108 dias, mínimo de 10 dias e máximo de 495 dias).

Quando realizada a avaliação cruzada, não houve diferença entre os tempos de acesso nos pedidos de origem pública ou privada (Tabela 5).

Tabela 5 – Tempo de acesso de acordo com origem (pública ou privada), n=242

			Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	N válido
Origem	Pública	T acesso	<1	140,0	35,5	32,0	19,5	59
	Privada	T acesso	<1	108,0	29,6	28,0	15,8	89

Fonte: Elaborado pela autora

Entre os processos indeferidos, o não atendimento ocorreu pela falta de documentos e preenchimento inadequado em 25 (30,5%) e, por falta de critérios clínicos estabelecidos pela Portaria 054R em 14 (17,1%) processos. Em 52 (63,4%) casos foi solicitado esclarecimento sobre o uso prévio de outras fórmulas hipoalergênicas e em 12 (14,6%) a justificativa para o tratamento com a fórmula solicitada.

5.2 PERFIL DAS CRIANÇAS COM APLV SUBMETIDAS A PERÍCIA MÉDICA PARA OBTENÇÃO DE FÓRMULAS ESPECIAIS SOLICITADAS AO GEAF/SESACOM-ES (2014)

O perfil das crianças com alergia a proteína do leite de vaca submetidas a perícia médica para obtenção de fórmulas especiais foi classificado em perfil demográfico e perfil clínico.

5.2.1 Perfil demográfico

No período entre janeiro e dezembro de 2014, 60 pacientes foram encaminhados para perícia médica no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves, mas somente 50 (83,3%) compareceram.

Entre os avaliados, 30 (60%) era do sexo masculino e 20 (40%) do sexo feminino. A média de idade no momento da avaliação médica foi de $25,1 \pm 21,5$ meses, variando de 2,1 a 119,2 meses (mediana 20,4 meses), e a mediana da idade no momento da entrada no programa foi de 9,5 meses (média 12,7 meses), variando de 1 a 117,7 meses.

Os pacientes eram procedentes de 18 municípios do estado do Espírito Santo (Tabela 6), principalmente de Vila Velha e de Serra, sendo 11 (22%) de origem pública, 35 (70%) de origem privada, 1 de origem mista e 3 (6%) de origem não identificada.

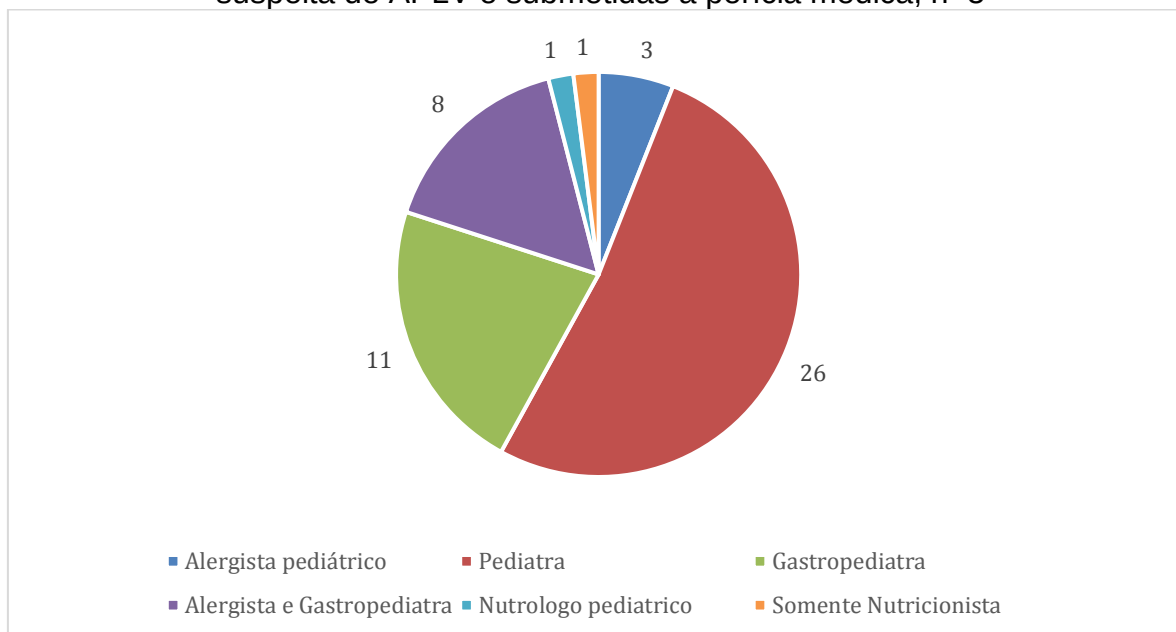
As fórmulas nutricionais especiais foram solicitadas por alergista pediátrico 3 (6%), alergista e gastroenterologista pediátrico 8 (16%), gastroenterologista pediátrico 11 (22%), nutrólogo pediátrico 1 (2%) e pediatra 26 (52%). Em um (2%) caso havia solicitação somente do nutricionista (Gráfico 14). Em 10 (20%) processos houve a participação do nutricionista.

Tabela 6 - Municípios de procedência das crianças com suspeita de APLV e que pleitearam dietas especiais de acordo com a natureza solicitação pública e privada na perícia médica, n=50

Município procedência	TOTAL	Natureza			
		Pública	Privada	Mista	
Alfredo Chaves	1	0	1	0	0
Aracruz	3	2	1	0	0
Baixo Guandu	1	0	1	0	0
Barra S. Francisco	1	1	0	0	0
Cachoeiro do Itapemirim	1	0	1	0	0
Cariacica	4	0	3	0	1
Colatina	1	0	0	1	0
Guarapari	3	0	3	0	0
Ibiraçu	1	1	0	0	0
Linhares	4	0	4	0	0
Mantenópolis	1	0	1	0	0
São Domingos do Norte	1	1	0	0	0
São Mateus	2	0	2	0	0
São Roque do Canaã	0	0	0	0	1
Serra	8	6	2	0	0
Venda Nova do Imigrante	1	0	1	0	0
Vila Velha	12	0	12	0	0
Vitória	3	0	3	0	0
Total	50	11	35	2	2

Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 14 – Especialidades solicitantes de fórmulas especiais para crianças com suspeita de APLV e submetidas a perícia médica, n=5



Fonte: Elaborado pela autora

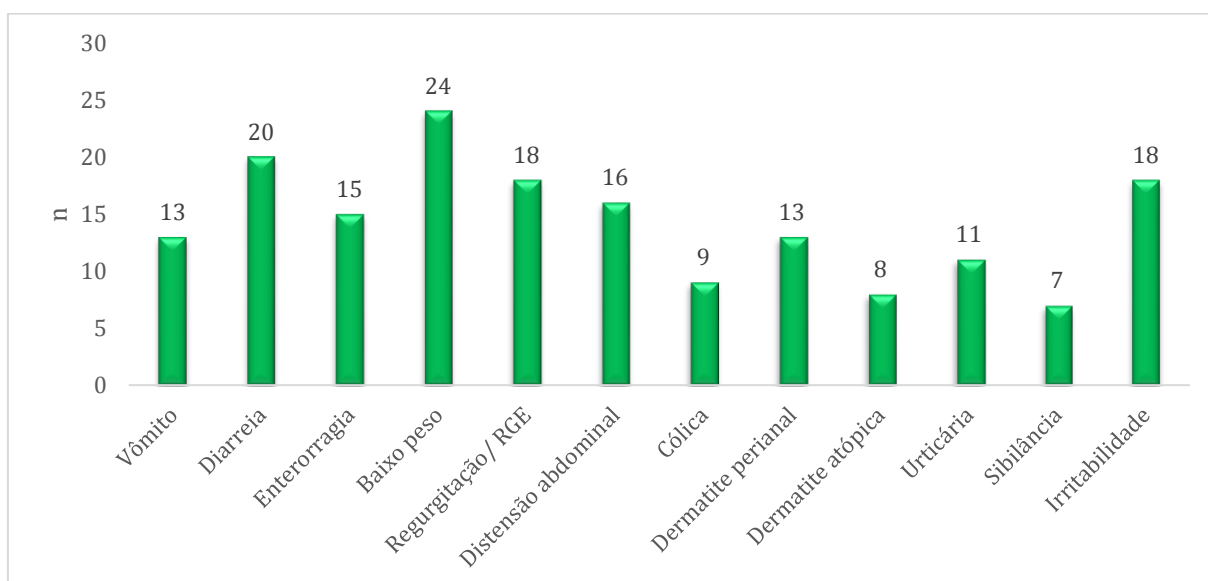
5.2.2 Perfil clínico

O estado nutricional dos avaliados foi eutrofico 43 (86%), magreza 3 (6%) e risco de sobrepeso 4 (8%).

As manifestações gastrointestinais foram relatadas em 43 (86%), respiratórias em 22 (44%) e cutâneas em 20 (40%). Foi observado o acometimento simultâneo entre os sistemas em 30 (60%) dos avaliados, e em 20 (40%) apenas um dos três principais sistemas estiveram envolvidos, sendo o gastrointestinal o mais comum (15), seguido pelo respiratório (4) e dermatológico (2).

Os principais sintomas relacionados aos sistemas gastrintestinal, respiratório e dermatológico são mostrados no Gráfico 15.

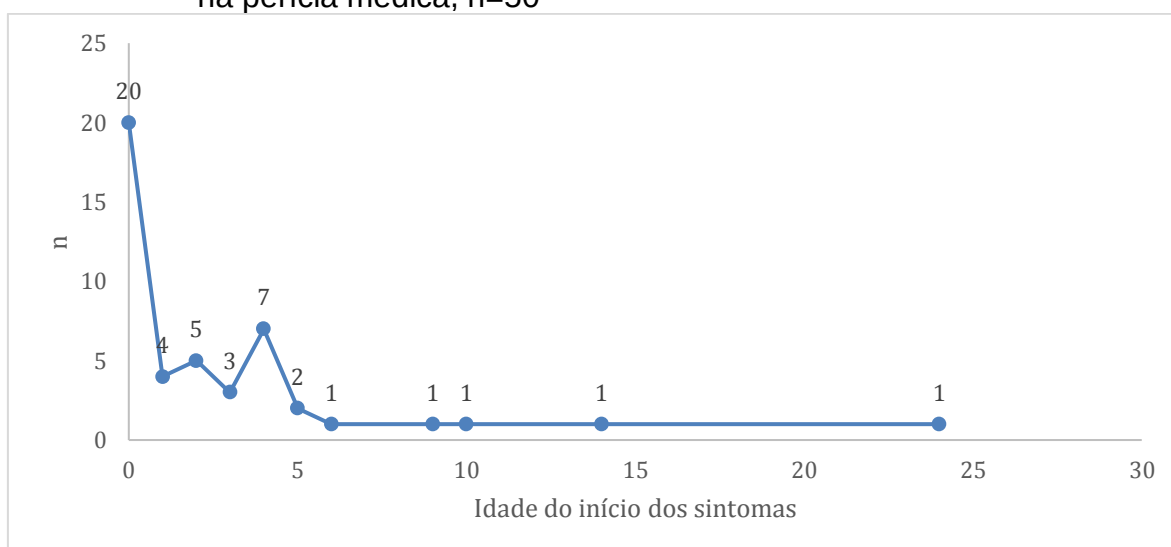
Gráfico 15 – Manifestações clínicas em crianças com suspeita de APLV submetidas a perícia médica para obtenção de fórmulas especiais, n=50



Fonte: Elaborado pela autora

A mediana da idade do início dos sintomas foi de 1,0 mês (média 2,7 meses), variando de <1 a 24 meses (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Idade de início dos sintomas clínicos em crianças com suspeita de APLV na perícia médica, n=50

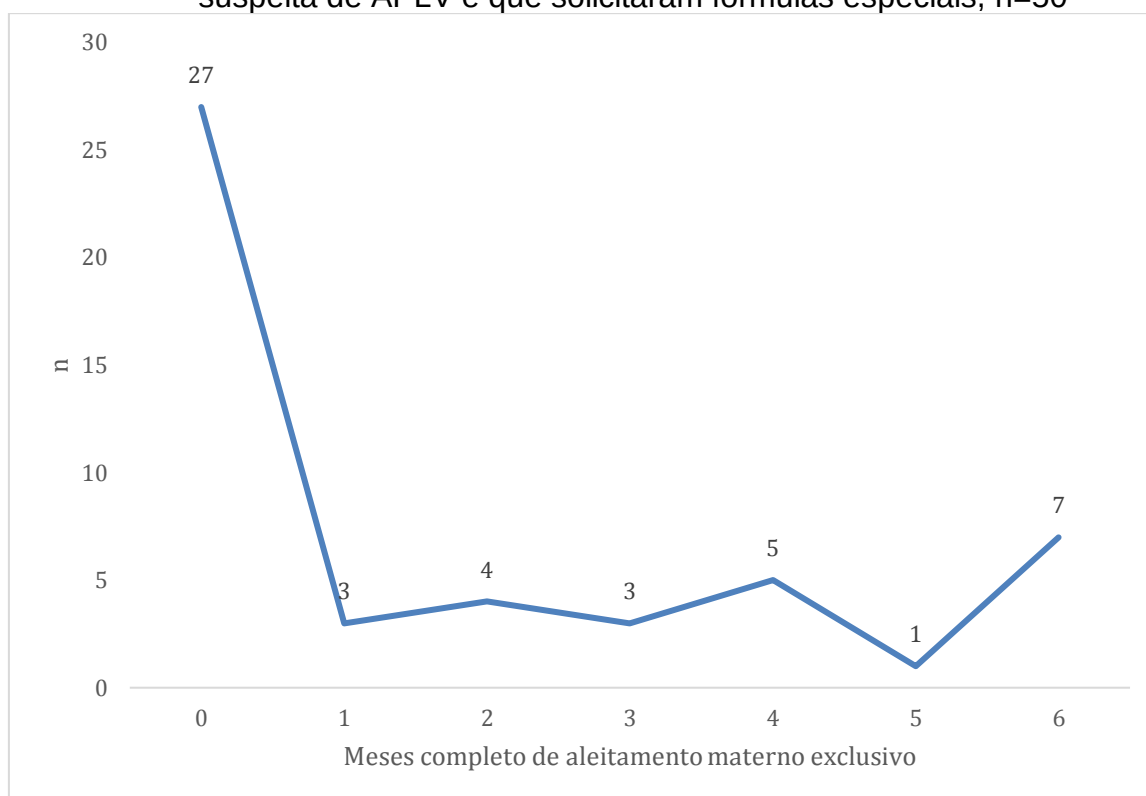


*O ponto zero na figura corresponde a crianças menores de 1 mês de idade.

Fonte: Elaborado pela autora

A mediana de aleitamento materno exclusivo relatado foi inferior a um mês (média de 1,7 meses, amplitude de <1 a 6 meses). A idade máxima de permanência de aleitamento materno exclusivo está representada no Gráfico 17, com menor duração verificada entre as solicitações de fórmulas especiais para crianças atendidas no serviço público de saúde, cuja média foi de 0,5 meses (mediana <1 mês) e para o serviço privado foi de 2,5 meses de idade (mediana de 2 meses).

Gráfico 17 - Idade máxima de aleitamento materno exclusivo em crianças com suspeita de APLV e que solicitaram fórmulas especiais, n=50

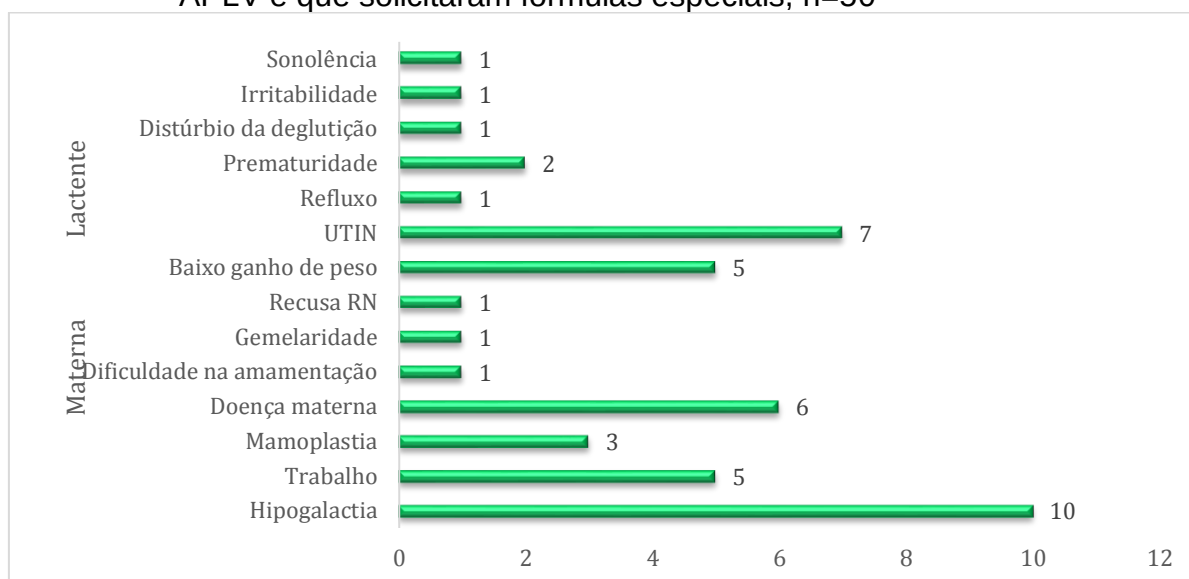


(O ponto zero = <1 mês)

Fonte: Elaborado pela autora

O desmame precoce (antes dos 6 meses de idade), foi identificado em 43 crianças, sendo 21 relacionados a causa materna, 14 associadas ao próprio lactente, 2 de origem materna e também associada ao lactente e em 6 crianças a causa do desmame não foi identificada. As causas do desmame estão contidas no gráfico 18.

Gráfico 18 – Causas atribuídas aos desmame precoce em crianças com suspeita de APLV e que solicitaram fórmulas especiais, n=50



(O ponto zero = <1 mês)

Fonte: Elaborado pela autora

Entre as 50 crianças avaliadas, 36 (72%) apresentavam história familiar consanguínea de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos) positiva para alguma alergia (alimentar, dermatite atópica, rinite e asma).

O nascimento ocorreu por parto cesariana 36 (72%), normal 9 (18%) e desconhecido 5 (10%), com predominância de ocorrência da cesárea no serviço privado (Tabela 7).

Tabela 7 – Tipo de parto de acordo com a origem dos pacientes (pública ou privada) em crianças com suspeita de APLV que pleitearam fórmulas especiais, n=50

Serviço	Tipo de parto			TOTAL
	Normal	Cesariana	Desconhecido	
Público	4(8,7%)	6 (12%)	1 (2,2%)	11 (11%)
Privado	4 (8,7%)	27 (58,7%)	4 (8,7%)	35 (76,1%)
TOTAL	8 (17,4%)	33 (71,7%)	5 (10,9%)	46 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora

A idade gestacional a termo (entre 37 semanas e 42 semanas) foi observada em 39 (78%), mais frequente na rede de saúde privada, enquanto os nascimentos de prematuros ocorreram em 11 casos (24,2%). A distribuição dos casos segundo a idade gestacional e a natureza do sistema público e privado está na Tabela 8.

Tabela 8 - Idade gestacional de acordo com a natureza dos serviços de saúde público e privados em crianças com suspeita de APLV que realizaram perícia médica, n=50

Natureza do serviço	Idade Gestacional		TOTAL
	Termo	Pré-termo	
Público	6 (13,3%)	5 (11,1%)	11 (24,4%)
Privado	29 (64,4%)	5 (11,1%)	34 (75,6%)
TOTAL	35 (77,8%)	10 (22,2%)	45 (100,0%)

Fonte: Elaborado pela autora

Os pacientes periciados foram encaminhados para avaliação do uso de fórmula semi-elementar 27 (54%), elementar 21 (42%) e polimérica 2 (4%). A quantidade média de fórmula requerida foi de 3992 ± 1278 g por criança (variando de 2010 a 7200g, com mediana 3811g).

Entre as 50 crianças avaliadas, a compatibilidade clínica para liberação da fórmula solicitada ocorreu em 34 (68%) dos casos com tempo previsto de uso de $3,1 \pm 1,4$ meses (variando de 1 a 6 meses, mediana de 3 meses).

O tempo médio de acesso após a avaliação foi de $19,9 \pm 8,0$ dias, com amplitude de 8 a 36 dias, mediana 17 dias. Considerando o tempo total desde a solicitação da fórmula nutricional especial a GEAF, esse tempo aumenta para $83,4 \pm 4,9$ dias, variando de 1 a 150 dias e com mediana de 81,5 dias $83,5 \pm 42,9$ dias desde a solicitação ($74,9 \pm 31,7$ dias entre a solicitação e a avaliação; $19,9 \pm 8,0$ dias entre a avaliação e o acesso).

6 DISCUSSÃO

Em 2014, 754 pacientes solicitaram pela primeira vez fornecimento pelo estado de fórmula infantil especial para tratamento de alergia a proteína do leite de vaca.

Na amostra estudada, encontrou-se predomínio de sexo masculino (56,2%) tanto na GEAF quanto nos pacientes encaminhados para perícia médica (60%). O discreto predomínio no sexo masculino também é descrito em outros estudos (VILLARES et al., 2006; NOCERINO et al., 2013; AGUIAR et al., 2013). Isso ocorre porque o sexo masculino em crianças parece ser um fator de risco para doença atópica (CHAPMAN et al., 2006).

A mediana de idade de entrada no programa estadual foi de 4,5 meses (média 7,1 meses; amplitude de 0 a 86,7 meses). A idade encontrada é pouco inferior ao observado em estudo semelhante no Programa de Fórmulas para Alergia ao Leite de Vaca do Rio Grande do Norte, um dos poucos programas disponíveis no país e com dados publicados, que avaliou 214 crianças de 0 a 3 anos de idade em 2009, com média de idade de $9,0 \pm 6,9$ meses (AGUIAR et al., 2013).

No grupo submetido à perícia médica, descrito no estudo 2, a mediana de idade foi maior (9,5 meses), pois tratavam-se de crianças encaminhadas para avaliação por não preencherem os critérios da Portaria 054R (ESPÍRITO SANTO, 2010) ou por já apresentarem idade avançada.

A maioria das solicitações esteve concentrada na região da Grande Vitória, em ambos os estudos 1 e 2, resultado também encontrado no Rio Grande do Norte (AGUIAR et al., 2013). Este fato pode estar associado a um dos dilemas atuais do setor saúde no mundo, onde os médicos estão concentrados nas grandes cidades, nas áreas urbanas, assim como a população.

No Brasil, atualmente há cerca de 388.015 médicos registrados no CFM para uma população de 193.867.971 habitantes, correspondendo a aproximadamente dois médicos por 1.000 habitantes. O Sudeste ocupa a melhor posição nesta relação,

apresentando uma razão de 2,7 médicos por 1000 habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014). Na cidade de Vitória-ES, existem 11,6 médicos por 1000 habitantes e no Estado do Espírito Santo a relação é de 2,17 médicos por 1000 habitantes. Esses dados sugerem que a população moradora na região metropolitana tem maior probabilidade de acesso aos serviços médicos e, portanto, maior chance de realização de diagnóstico.

A desigualdade na distribuição de médicos entre as redes privada e pública é destaque para algumas capitais, entre elas a cidade de Vitória-ES. A concentração de profissionais médicos nas capitais está associada a condições de trabalho, melhores salários e da qualidade de vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

Em ambas etapas do estudo (avaliação dos processos [1] e perícia médica [2]) a origem da solicitação foi maior no serviço privado (57,4% e 70,0%). Resultado semelhante é descrito no programa do Rio Grande do Norte, no qual 59,4% das solicitações eram provenientes de serviço privado (AGUIAR et al., 2013).

A rede pública de saúde conta com quatro vezes menos médicos que os usuários do setor privado para atender suas necessidades de assistência médica. Enquanto a rede privada possui cerca de 7,6 médicos/1000 habitantes no país, na rede pública esse índice cai para 1,95 quando se faz a razão entre postos ocupados nos estabelecimentos públicos e a população que depende exclusivamente serviço público de saúde. O Espírito Santo é a unidade da federação com maior desigualdade entre a capital e os demais municípios do estado. Enquanto no estado o índice de médicos por beneficiários de planos é 7,67 e usuários do SUS 2,54, em Vitória, esses números sobem para 25,52 e 15,72, respectivamente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

Essa maior disponibilidade de médicos na rede privada pode ser observada também na distribuição das especialidades pediátricas. No entanto, apesar da falta de profissionais atingir com maior força a rede pública, também já é sentida na rede

privada e nos planos de saúde. Essa situação é o reflexo de políticas passadas que desmereceram a especialidade. Atualmente, depois de muita luta e reivindicação da categoria, a procura de recém-formados para fazer residência na área aumentou nos últimos anos, mas os efeitos disso só serão sentidos em médio e longo prazo (RODRIGUES, 2014).

Nos estudos 1 e 2, as crianças com suspeita de APLV foram atendidas principalmente por pediatras (59,1% e 52,0%), seguido por especialidades da pediatria como gastroenterologia (23,6% e 22%) e alergia (3,3% e 6%), com a participação do nutricionista (32,6% e 20%) em alguns casos.

De acordo com o último censo demográfico, o Brasil possui 388.015 médicos em atividade e desses, 53,6% (207.879) têm uma ou mais especialidade. Na região Sudeste, onde se encontram 56,0% dos médicos de todo o país, a razão é de 1,09 especialista por generalista, abaixo da média do Brasil, que tem razão de 1,15. No Espírito Santo, 65,1% dos médicos em atividade são especialistas. Esta distribuição pode refletir a cultura da população de ser atendida por especialistas, e também, pelo fato da maior concentração de especialistas e de serviços especializados, que exigem maior infraestrutura, equipamentos e pessoal especializado e de maior complexidade nas grandes cidades e nas capitais e menos presentes nos municípios de menor porte e de menor índice de desenvolvimento humano.

A Portaria 054R (ESPÍRITO SANTO, 2010c), no item que se refere aos critérios de uso de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais, não discrimina a especialidade médica para a solicitação das fórmulas especiais. No entanto, a prescrição de dieta enteral para adolescente e adulto é restrita a nutrólogo, geriatra, gastroenterologista, oncologista, neurologista e/ou nutricionista.

Um importante estudo realizado em 2011, produzido pelo Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica (NICE) destacou o importante papel de médicos de atenção primária, nutricionistas, enfermeiros e outras profissionais da saúde no diagnóstico e avaliação de crianças com alergia alimentar IgE e não-IgE mediadas. Esse guideline sugere que pacientes com alergia IgE mediada e não-IgE grave sejam encaminhados para unidades de cuidados secundários e terciários, mas que o desafio

alimentar diagnóstico, a avaliação contínua e a determinação da tolerância em crianças com alergia a leite não-IgE menos grave seja em geral, da equipe de saúde de atenção primária. Para isso, seria necessário desenvolver um guia prático para médicos de atenção primária para o reconhecimento inicial da APLV e para avaliação contínua desses pacientes com APLV não-IgE menos grave (Venter et al., 2013).

Em relação ao perfil clínico, a ausência de comprometimento nutricional é descrita em estudo semelhante de programa de fornecimento de fórmula infantil especial, o qual apresentou os seguintes resultados: 67,8% eutrofia, 12,9% magreza, 15,2% risco de sobrepeso e 4,1% sobrepeso e obesidade (AGUIAR et al., 2013).

Estudo realizado por Vieira et al. (2010) em crianças no primeiro ano de vida atendidas em consultórios de gastroenterologistas de diferentes regiões do Brasil encontrou 8,7% de magreza, considerando o índice peso/comprimento, concluindo que a alta prevalência de déficits nutricionais entre as crianças com sintomas sugestivos de alergia ao leite de vaca indica que dietas de eliminação eficazes devem ser prescritas para controlar os sintomas da alergia e para prevenir ou tratar desnutrição.

Villares et al. (2006) avaliaram o crescimento nos dois primeiros anos de vida de 141 crianças com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca e concluíram que crianças que usam fórmula de substituição (hidrolisado ou preparado de soja) têm aos 2 anos desenvolvimento pômbero-estatural semelhante ao da população sem APLV, mas que a presença de alergias múltiplas, bem como a presença de dermatite atópica ou sibilância parecem ser fatores que afetam o estado nutricional.

No presente estudo, 91,3% dos usuários apresentavam sintomas gastrointestinais, 21,9% dermatológico, 20,2% respiratórios e quando avaliado o envolvimento de um sistema isolado houve predominância importante do trato gastrointestinal (96,3%). Indicando que esses pacientes apresentam risco de insulto nutricional com comprometimento do crescimento humano.

A APLV pode induzir uma grande variedade de sintomas de intensidade variável em lactentes e pode envolver diferentes órgãos e sistemas, em especial a pele, o trato

gastrointestinal e o sistema respiratório, sendo o diagnóstico mais provável quando há envolvimento de dois ou mais sistemas (KOLETZKO et al., 2012).

Embora o predominante tipo de manifestação clínica possa depender do tipo de cuidados especiais, onde os pacientes do estudo são matriculados, há um consenso de que o envolvimento gastrointestinal ou sintomas cutâneos são as formas predominantes de apresentação de alergia ao leite de vaca (VIEIRA et al., 2010).

Estudos em crianças não selecionadas com APLV mostram que aproximadamente metade deles têm eczema atópico, e 25% a 50% são afetadas por algum envolvimento do trato gastrointestinal, enquanto outras manifestações clínicas são menos comuns (KOLETZKO et al., 2012).

Aguiar et al. (2013) em programa de fornecimento de fórmula infantil especial encontraram manifestações digestórias em 88 (81,8%), cutâneas em 26 (36,9%) e respiratórias em 21 (23,8%) pacientes avaliados. Quando analisados sistemas isolados, os resultados foram 49,5%, 11,2% e 2,3% respectivamente para o trato gastrintestinal, cutâneo e respiratório. Estes dados se aproximam dos resultados encontrados neste estudo.

Vieira et al. (2010) encontraram a presença de sintomas gastrointestinais em 89% das crianças atendidas em consultórios de gastroenterologistas pediátricos e quando avaliaram sistemas isolados, encontraram sintomas gastrointestinais em 46,5% dos casos, respiratório em 4,4% e cutâneo em 3,3%.

Apesar da alergia à proteína do leite de vaca não IgE mediada, com manifestações gastrointestinais ser o mais comum (KOLETZKO et al., 2012), nota-se a presença predominante de sintomas gastrointestinais em nosso estudo quando comparado com outros dados da literatura. Um fator que pode ter contribuído é a ausência de fórmula à base de proteína de soja para fornecimento pelo programa, fórmula particularmente indicada em manifestações clínicas do tipo IgE. Por isso, crianças com manifestações como urticária e broncoespasmo, que são IgE mediadas, e evoluíram bem em uso de soja não foram atendidas pelo programa, o que pode ter contribuído para subnotificação desses sintomas.

Além disso, as principais manifestações gastrointestinais são do tipo celular ou mista e nesse caso há maior chance de alergia a soja, sendo, portanto, maior o uso de fórmula a base de proteína hidrolisada ou de aminoácidos, que são as fórmulas disponibilizadas pelo programa.

Entre as manifestações mais frequentes, destacam-se enterorragia (33,9%), diarreia (32,2%), dificuldade no ganho de peso (30,6%), vômitos (26,9%), distensão abdominal (23,6%) e refluxo gastroesofágico (23,1%). Outras queixas frequentes foram irritabilidade (17,4%), dermatite atópica (16,9%), choro (16,1%), dermatite perineal (15,3%) e cólica (13,2%). Os resultados foram semelhantes no estudo 1 e 2.

Os resultados encontrados são semelhantes aos descritos por Koletzko et al. (2012), que ressaltou que os sinais do trato gastrointestinal em crianças com APLV são bastante variáveis, mas na maioria das vezes são inespecíficos e incluem edema oral e perioral; disfagia, e impactação alimentar; vômitos, refluxo, dispepsia, saciedade precoce, anorexia, e recusa de alimentos; diarreia, enterorragia, insuficiência de crescimento, dor abdominal, cólica grave, e constipação persistente, muitas vezes com alterações perianal.

No caso de sensibilização a alérgenos do leite de vaca através da amamentação, esta se manifesta principalmente como exacerbação de eczema atópico e / ou proctocolite alérgica. Em relação a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), não existem dados suficientes para a sua associação como manifestação única a ser incluída no diagnóstico de APLV em crianças amamentadas exclusivamente (KOLETZKO et al., 2012).

As principais manifestações descritas por Aguiar et al. (2013) foram diarreia (51,9%), enterorragia (34,6%), vômitos (31,3%), seguida por urticária (20,1%), dermatite atópica (18,2%), dor abdominal (17,8%), tosse (13,6%), distensão abdominal (13,1%) e broncoespasmo (12,8%), mais uma vez, muito semelhante aos resultados encontrados neste estudo.

Estudo conduzido por gastroenterologistas pediátricos encontrou como mais prevalentes os seguintes sintomas: vômito e regurgitação (53,5%), cólica (34%),

enterorragia (20,8%), diarreia (18,9%) e constipação (15,7%) (VIEIRA et al., 2010). Já pesquisa realizada em serviço de alergia pediátrica identificou a dermatite atópica (47,5%) e sibilância (25,5%) como as principais manifestações.

Importante chamar atenção para sintomas como cólica, choro e irritabilidade, também muito referido em nosso estudo, pois são sintomas inespecíficos predominantes no primeiro trimestre da vida extrauterina e que devem ser lembrados em outros diagnósticos como refluxo gastroesofágico e cólica do lactente e que por vezes pode sofrer influência da família na sua interpretação (MARCON; VIEIRA; MORAIS, 2014).

Marcon, Vieira e Moraes (2014) avaliaram a atitude, a prática e o conhecimento de pediatras sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. A hipótese diagnóstica mais frequentemente considerada foi DRGE (62,9%), seguida por cólica do lactente (23,5%) e alergia à proteína do leite de vaca (6,8%) e em 7 (5,3%) casos foi considerado a hígidez. Nos casos de hipótese de alergia a proteína do leite de vaca, foi orientado dieta de exclusão materna de leite de vaca 5 (55,6%), domperidona 2 (22,2%) e fórmula extensamente hidrolisada 2 (22,2%).

O choro excessivo, dada a inerente preocupação provocada nos pais, constitui um dos motivos frequentes de consulta nos primeiros meses de vida, ocorrendo em 9-30% dos lactentes com idade inferior a quatro meses, no entanto, esse fenômeno costuma ser transitório e faz parte do desenvolvimento neurológico, sendo que a maioria dos lactentes apresenta episódios de choro inconsolável nos primeiros meses de vida (MARCON; VIEIRA; MORAIS, 2014). O profissional não habilitado pode incluir essa manifestação como sintoma de APLV e inadequadamente solicitar fórmula especial, onerando desnecessariamente o serviço público, gerando ansiedade na família, quando não é atendida em sua pretensão, podendo gerar demanda judicial desnecessária.

A média de idade de início dos sintomas clínicos suspeitos de APLV, que motivaram a solicitação de fórmulas especiais foi inferior a dois meses de idade nas duas fases do nosso estudo. Essa idade é inferior a encontrada por Aguiar et al. (2013), que encontrou média de $2,8 \pm 2,5$ meses. Villares et al. (2006) em população atendida em

serviço de alergia pediátrica sem relato de manifestações gastrointestinais encontrou média de início dos sintomas com 3,8 meses.

No presente estudo, chama a atenção a baixa idade de início dos sintomas especialmente no grupo de solicitação de fórmula especial ao estado, período de maior ocorrência de sintomas inespecíficos comuns a outras doenças (KOLETZKO et al., 2012), o que pode incorretamente contribuir para o aumento dos diagnósticos de APLV, devido à falta de exames laboratoriais ou de imagem de padrão ouro para o diagnóstico e a dificuldade de realização pela família e pelo profissional da saúde do teste de provocação oral.

O tempo de aleitamento materno exclusivo relatado, também foi inferior a dois meses de idade, nos processos encaminhados para análise na GEAF e naqueles submetidos a perícia médica. Esse tempo é inferior ao relatado por Aguiar et al. (2013) em programa de fornecimento de fórmula infantil especial que encontrou média de desmame na população estudada de $2,6 \pm 2,3$ meses e mediana de dois meses.

O motivo alegado para o desmame precoce estiveram associados à lactante em 26,4% e 44% e ao lactente em 30,2% e 32% nos processos encaminhados para análise na GEAF e naqueles submetidos a perícia médica, respectivamente. As principais justificativas nos dois grupos (GEAF e perícia médica) foram hipogalactia, baixo ganho de peso do lactente, prematuridade com internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), retorno ao trabalho, choro do bebê, doença materna e do recém-nascido.

Escobar et al. (2002), aplicaram 599 questionários a mães de crianças atendidas no Pronto Socorro do Instituto da Criança em São Paulo. Nesta pesquisa 86,1% das mães relataram ter amamentado e 92% referiram saber a importância do aleitamento materno. No entanto, 75,9% das mães suspenderam a amamentação sem orientação médica e 38,9% referiram que o leite era **fraco**, **secou** ou que a criança **largou** o peito. A média de desmame foi de 3,3 meses, superior à média menor de dois meses em nosso estudo.

Carrascoza, Costa Junior e Moraes (2005) quando questionaram mães que desmamaram seus filhos precocemente encontraram os seguintes resultados: 92% alegaram não ter planejado o desmame; 76,0% relataram que sentiam alegria, prazer ou realização pessoal e; apenas 15,0% referiram medo e/ou preocupação durante a amamentação, pois acreditavam que o leite não estava sendo suficiente ou não sustentava o bebê.

Hernandez e Kohler (2011) em estudo de determinantes sociais para o desmame precoce encontrou como as principais causas o uso da chupeta, a primiparidade, o trabalho materno, a menor escolaridade das mães, as precárias condições de vida e até mesmo o acompanhamento em serviço público. Também foi relatada pela mãe a pouca produção de leite ou leite fraco, falta de experiência, o fardo ocasionado pela amamentação, além da relação com seus familiares e parceiros. Algumas dessas justificativas foram encontradas neste estudo, incluindo a hipogalactia ou **leite fraco**, mas apesar de queixas frequentes, as disfunções lactogênicas mamárias são raras. (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Outro fator importante para o desmame precoce, que contrasta com a recomendação atual da SBP e do Ministério da Saúde sobre o aleitamento materno exclusivo por seis meses é a lei trabalhista de apenas 120 dias para licença maternidade. Além disso, são poucas as empresas privadas que aderem a proposta Empresa Cidadã que através da Lei nº 281/2005 amplia a licença à maternidade de 120 dias para 180 dias.

Apesar do tempo médio de aleitamento materno exclusivo nas pesquisas estar longe da recomendação de seis meses, alguns estudos mostram os avanços no tempo de amamentação no país após a instituição das Políticas de Incentivo ao Aleitamento Materno (VENÂNCIO et al., 2010).

Em 1999, no primeiro inquérito sobre prevalência de Aleitamento Materno (AM) nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), durante campanha nacional de vacinação, verificou-se uma prevalência de 35,6% de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de quatro meses (BRASIL, 2001b).

Em 2008, a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais e DF; a Região Norte foi a que apresentou maior prevalência (45,9%), seguida da região Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a Região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Em relação às capitais, Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%) e Cuiabá com a menor prevalência (27,1%) (VENÂNCIO et al., 2010).

Neste estudo, Vitória apresentou melhora dos índices com prevalência de AME de 30% e mediana de 26,7 dias em 1999 e, prevalência de 44% e mediana de 62,5 dias em 2008. Portanto, os avanços conquistados rumo à expansão da prática da amamentação no país foram inegáveis, porém mais esforços são necessários para alcançarmos o ideal.

Ainda sobre o perfil clínico dos pacientes, no grupo encaminhado para perícia médica outros dados relevantes foram identificados, tais como história familiar de atopia, tipo de parto e idade gestacional. Entre os pacientes submetidos a avaliação especializada, 36 (72%) possuíam história familiar positiva para atopia, isto é, pelo menos um dos familiares de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos) apresentava antecedente de asma, rinite alérgica, dermatite atópica ou alergia alimentar.

A presença preponderante de história familiar positiva para doenças alérgicas também foi descrita por Orsi et al. (2009). Segundo a literatura, o risco de atopia está aumentado quando os pais e irmãos têm doença atópica em 20-40% e 25-30%, respectivamente, e é ainda maior se ambos os pais têm histórico, podendo chegar a 40-60%. Mas, a expressão fenotípica não depende só de fatores genéticos, depende de uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais, principalmente nos primeiros meses de vida (ORSI et al., 2009).

Entre os fatores ambientais, destacam-se aqueles relacionados ao componente imunológico e à importância de fatores como a flora intestinal do hospedeiro e a dosagem e frequência de exposição aos alérgenos alimentares (FERREIRA; SEIDMAN, 2007).

Tem se especulado que a elevada incidência de antígenos (glicoproteínas) alergênicos na dieta de crianças, incluindo alergia ao leite vaca pode resultar da maior permeabilidade intestinal a macromoléculas e do sistema imunológico imaturo local e sistêmico. Sendo assim, a alimentação com aleitamento materno exclusivo, devido a sua ação estimuladora de crescimento e de maturação do epitélio intestinal previne possíveis reações de hipersensibilidade a proteína do leite de vaca quando a criança é exposta precocemente (VILLAMARIN; SANCHEZ, 2010).

Além disso, o leite materno tem papel determinante no desenvolvimento da **tolerância oral** porque fornece uma carga mínima de alergenos e determina o desenvolvimento da microflora intestinal, permitindo assim a maturação do sistema imune, especialmente o sistema de defesa de Imunoglobulina A (VERHASSELT, 2010).

Quanto à exposição intrauterina, até o momento não há dados conclusivos sobre a presença de fenômenos atópicos no recém-nascido, no entanto, neste período existem alguns fatores que poderiam aumentar a prevalência de alergias, uma vez que alteram a formação da flora intestinal normal; eles são a forma de nascimento, prematuridade, a utilização de antibióticos durante os primeiros meses de vida e a forma de alimentação inicial (ORSI et al., 2009).

Até o momento, apesar de em prematuros a absorção de macromoléculas estar aumentada, não foi demonstrado claramente que estes têm maior risco de desenvolver alergias alimentares do que crianças nascidas a termo (VILLAMARIN; SANCHEZ, 2010; FERREIRA; SEIDMAN, 2007).

Outros possíveis fatores de riscos investigados também apresentaram resultados contraditórios, tais como o parto cesáreo, a idade materna e alimentação durante a gravidez (CHAPMAN et al., 2006). Neste estudo, nas crianças submetidas a perícia médica, 36 (72%) foram submetidas a parto cesáreo, apesar de 39 (78%) terem nascido a termo.

Em relação às fórmulas solicitadas, apesar da mais requerida ser à base de proteína hidrolisada, a proporção de solicitações de aminoácidos diverge da literatura (BRASIL, 2014). Em estudo de crianças atendidas em programa de atendimento de fórmulas

para APLV no Rio Grande do Norte apenas 3,3% dos casos tiveram indicação de fórmula a base de aminoácidos (AGUIAR et al., 2013), diferente do que foi observado no Espírito Santo.

A prevalência elevada (50%) de falha de tratamento em crianças com alergia a proteína do leite de vaca com uso de fórmula extensamente hidrolisada foi relatada em um estudo holandês. Nessa pesquisa, apenas sintomas inespecíficos de desconforto gastrointestinal, tais como, choro, agitação, inquietação, irritabilidade e recusa alimentar representaram variáveis preditiva para falha do tratamento ($p = 0,049$) (PETRUS et al., 2015). No entanto, esse mesmo resultado não foi encontrado por outros autores (VIEIRA et al., 2010).

Segundo documento recente do Ministério da Saúde, as fórmulas extensamente hidrolisadas (FEH) são toleradas em 90% dos casos de crianças menores de seis meses e em 95% das crianças acima de seis meses (BRASIL, 2014). Portanto somente 10% das crianças menores de seis meses e 5% das crianças acima de seis meses não toleram FEH, sendo necessário o uso de fórmulas nutricionais à base de aminoácidos.

Um fator que pode ter contribuído para redução nas solicitações de fórmulas de proteína hidrolisada em relação às de aminoácidos é o programa municipal da capital do estado, de fornecimento de hidrolisado. Outro dado importante é o marketing da indústria farmacêutica que apesar da legislação vigente; principalmente porque a maior parte das solicitações é de origem privada e a fórmula em questão é a de maior custo.

Um fator influente também é a recomendação da utilização da fórmula de aminoácido para o diagnóstico seguido do teste de provocação oral, uma vez que devido as dificuldades inerentes a esse teste, o mesmo não é realizado e os pacientes continuam usando a fórmula sem diagnóstico adequado e sem avaliar a possibilidade das FEH.

Nos pacientes submetidos à perícia médica, a maior proporção de pacientes que chegam em uso de aminoácidos também se justifica justamente por se tratar de

usuários encaminhados para avaliação da real necessidade da dieta solicitada, muitas vezes sem seguir o protocolo de diagnóstico e tratamento, utilizando às vezes o último recurso como primeiro.

A quantidade de fórmula solicitada foi semelhante nos dois estudos (1 e 2), 3680 ± 1659 g e 3992 ± 1278 g aproximadamente, ou seja, $9,2 \pm 4,1$ e $10,0 \pm 3,2$ latas respectivamente.

Sobre o quantitativo das fórmulas liberadas, o Ministério da Saúde faz as seguintes recomendações: crianças menores de seis meses deverão receber sete a nove latas por mês; entre seis e 12 meses, cinco a seis latas por mês e; crianças entre 12 a 24 meses, cinco a seis latas de hidrolisado e seis a sete latas de aminoácidos por mês (BRASIL, 2014). Padronizar a quantidade de latas pode implicar em risco de menor oferta de calorias e de proteínas para crianças em uma fase em que existe grande necessidade de macro e micronutrientes para atender as demandas nutricionais em um organismo com rápido crescimento, aumentando o risco de desnutrição, com todas as repercussões para o organismo, como consequência da condição nutricional (WEFFORT, LOPES, RAMOS-SILVA, 2014).

Em relação ao período previsto de uso máximo de formulas especiais, no estudo 1 o tempo foi de $6,2 \pm 3,9$ meses. Este tempo está de acordo com a recomendação para o tratamento da alergia à proteína do leite de vaca, que inicialmente varia de 6 a 12 meses (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2012). No entanto, foi observado que em boa parte das solicitações, o tempo previsto de uso foi de 3 meses, considerando o tempo solicitado pelo programa estadual para renovação dos laudos. Por isso, este resultado pode estar subestimado.

No estudo 2, o tempo previsto de uso após liberação pela perícia médica foi de $3,1 \pm 1,4$ meses. Esse período menor foi em decorrência da média de idade avançada da população em estudo na época da avaliação (24,1 meses) que já se encontrava fora do período da classificação de lactente e, portanto, em período de transição alimentar para nutrição sem predominância de alimentação láctea.

Entre os 242 processos avaliados da GEAF, a maior parte (66,1%) foi deferida, com diferença estatisticamente significativa quando o pedido foi solicitado por gastropediatra, resultado esperado já que a alergia alimentar faz parte da especialização nesse grupo de profissionais.

Em estudo realizado por gastroenterologistas pediátricos, houve concordância com a hipótese de alergia a proteína do leite de vaca em 82% das crianças encaminhadas pelos pediatras. No primeiro atendimento, 49% das crianças já estava em uso de substitutos do leite, muitas vezes de forma inadequada. Neste grupo, o substituto do leite com maior frequência prescrito pelos pediatras gerais foi fórmula à base de proteína de soja (58%), fórmulas extensivamente hidrolisadas (11%) e fórmulas a base de aminoácidos (5%). Outros tratamentos inadequados, incluem dieta sem lactose, leite de vaca ou leite de cabra (11%) e em 5% dos pacientes foi prescrito dieta sem substitutos do leite (VIEIRA et al., 2010).

Cortez et al. (2007), realizaram estudo com pediatras e nutricionistas para avaliar o conhecimento sobre a dieta de exclusão do leite de vaca e seus derivados, e encontraram a recomendação de produtos inadequados ao tratamento por 66% dos pediatras e 48% dos nutricionistas, tais como bebidas/sucos à base de extrato de soja, leite de cabra, fórmula láctea sem lactose e fórmula láctea parcialmente hidrolisada.

Os motivos para o indeferimento foram a falta de documentos e preenchimento inadequado em 25 (30,5%) e falta de critérios clínicos estabelecidos pela Portaria 054R em 14 (17,1%). Em 52 (63,4%) casos foi solicitado esclarecimento sobre o uso prévio de outras fórmulas hipoalergênicas e em 12 (14,6%) a justificativa para o tratamento com a fórmula solicitada. Nos pacientes encaminhados para avaliação médica especializada 32% não tinham critérios clínicos compatível com alergia alimentar, por isso não tiveram sua solicitação atendida.

No Rio Grande do Sul, entre a criação do Centro de Referência para Assessoria em FNE em fevereiro de 2005 e janeiro de 2008, foram avaliadas 2.802 solicitações, incluindo adultos e outras doenças além de APLV, das quais apenas 785 (28%) obtiveram parecer favorável. Além de justificativas clinicamente inadequadas, houve grande falha no preenchimento de informações indispensáveis à avaliação, como falta

de dados referentes à idade (5,2%), de motivo clínico para o pedido de FNE (2,5%) e de peso (49,5%) e altura (54,7%) (FINK et al., 2010). Nesse período foram solicitadas 568 dietas para pacientes com suspeita de alergia a proteína do leite, e em apenas 204 (35,9%) o pedido foi deferido (FINK, MELLO, PICON, 2010).

No Espírito Santo observamos uma maior porcentagem de pedidos atendidos. Essa diferença pode ter ocorrido em função dos sintomas inespecíficos predominantemente gastrointestinais, a falta de realização de teste de provocação oral para o diagnóstico e a avaliação da tolerância e falta de exames acurados para lactentes, principalmente com manifestações não IgE mediada. Além disso, no Rio Grande do Sul todos os pacientes foram avaliados por especialistas.

Nos pacientes que tiveram seu pedido atendido na GEAF (estudo 1), a média de tempo de acesso foi de $31,8 \pm 17,3$ dias (tempo entre solicitação e avaliação $16,6 \pm 15,5$ dias; tempo entre avaliação e acesso $17,4 \pm 15,6$ dias). Naqueles que só tiveram acesso após responder aos esclarecimentos solicitados ou após perícia médica, a mediana foi de 76 dias (média 108,6 dias).

Entre o grupo atendido no HEIMABA para perícia médica (estudo 2), a média de tempo de acesso foi de $83,5 \pm 42,9$ dias desde a solicitação (tempo médio de $74,9 \pm 31,7$ dias entre a solicitação e a avaliação e $19,9 \pm 8,0$ dias entre a avaliação e o acesso). Discutir esse resultado é difícil em função de não ter sido encontrado estudos semelhantes.

No entanto, fica evidente o aumento do tempo de acesso quando a solicitação é feita de modo indevido ou quando há necessidade de avaliação médica especializada, considerando que a maior parte dos pedidos é realizada por pediatra geral. Isso torna-se particularmente importante na população de menor poder aquisitivo, onde a aquisição dessas fórmulas é proporcionalmente mais dispendiosa e a substituição da dieta muitas vezes é feita de forma inadequada, podendo comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança, além da qualidade de vida da família como um todo.

7 CONCLUSÃO

O número de processos avaliados sem o preenchimento adequado ou que não atenderam aos critérios da portaria com necessidade de encaminhamento para perícia médica contribuiu para o atraso do acesso às fórmulas infantis especiais pelos pacientes com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca. Dos 754 pacientes que protocolaram os pedidos de fórmulas infantis ou dietas enterais na Farmácia Cidadã em 2014, em 160 (66,1%) foi concedida a dieta, com tempo médio para a obtenção de fórmula de $31,8 \pm 17,3$ dias (mínimo de 1 e máximo de 140 dias). Os pacientes que não atenderam aos critérios da portaria e foram submetidos à perícia médica neste mesmo período ($n=50$) apresentaram compatibilidade clínica para liberação da fórmula solicitada em 68% dos casos e tempo médio de acesso de $83,5 \pm 42,9$ dias.

No último ano, foram cadastrados no programa 754 novos pacientes. Os usuários eram procedentes de 36 municípios do Estado, sendo principalmente da região metropolitana. Entre as cidades com maior número de processos estão as da Grande Vitória (Vila Velha, Serra, Cariacica e Vitória), além de Linhares. No estudo 2, as solicitações eram em sua maior parte de Vila Velha e Serra, de um total de 18 municípios.

Entre os processos submetidos ao GEAF e a perícia médica, mais da metade era de origem privada (57,4% e 70%, respectivamente).

Em relação ao perfil demográfico dos avaliados, 56,2% e 60% eram do sexo masculino nos estudos 1 e 2, respectivamente. A mediana da idade de entrada no programa foi 4,5 meses e daqueles submetidos a perícia médica foi de 9,5 meses.

Nos dois casos, a maior parte dos usuários não apresentava comprometimento nutricional (64,9% e 86%, respectivamente). As principais manifestações estavam relacionadas ao trato gastrointestinal, com destaque para diarreia, enterorragia, baixo ganho de peso, vômitos, regurgitação e distensão abdominal.

A mediana da idade de início dos sintomas foi menor e igual a um mês nos estudos 1 e 2, respectivamente e a mediana de aleitamento materno exclusivo inferior a um mês nos dois estudos.

Os principais motivos de desmame precoce alegados foram a hipogalactia, baixo ganho de peso do recém-nascido, internação da criança em UTIN e retorno da mãe ao trabalho.

A principal fórmula solicitada foi a base de proteína hidrolisada do leite, no entanto, chama a atenção a grande proporção de solicitação de aminoácidos nos dois estudos (23,1% e 42% respectivamente).

O tempo previsto de uso nas solicitações ao programa foi de $6,2 \pm 3,9$ meses e na liberação após perícia médica $3,1 \pm 1,4$.

O indeferimento ocorreu pela falta de documentos ou preenchimento inadequado, falta de critérios clínicos, de esclarecimentos sobre os sinais e sintomas com o uso de outras fórmulas, além de ausência de justificativa para o tratamento solicitado.

Assim, o estudo mostra-se relevante por colaborar com a identificação das características demográficas e clínicas dos usuários, além dos pontos que mais retardam o tempo de acesso à fórmula infantil especial, a fim de otimizar os sistemas públicos de tratamento dessa doença.

Por fim, a infância é o período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nesse período são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. Para crianças que apresentam alergia à proteína do leite de vaca, as fórmulas nutricionais especiais são indicadas para garantir todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento adequado e a elevada prevalência dessa doença representa um impacto econômico e social significativo no sistema de saúde, sobretudo quando indicada de maneira inadequada e na qualidade de vida dos indivíduos, principalmente na população de baixa renda, interferindo no desenvolvimento humano adequado e mantendo a desigualdade social.

8 OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Pensando na importância de se reduzir o tempo de acesso ao tratamento adequado e o risco das substituições indevidas no tempo de espera, principalmente pela população de menor poder aquisitivo devido ao alto custo das fórmulas solicitadas, algumas possibilidades são discutidas a seguir.

Neste ano o estado iniciou o processo de informatização e digitalização dos processos e das análises o que pode diminuir o tempo médio para o acesso às fórmulas solicitadas pelos pacientes, mas para análise do real impacto destas mudanças é necessário a continuidade do estudo.

Uma forma de aumentar a agilidade para o acesso às fórmulas solicitadas principalmente pelo grupo a quem é solicitado esclarecimentos seria o estabelecimento de uma lista de espera paralela para análise, uma vez que atualmente após a solicitação do esclarecimento o paciente volta novamente para o final da fila.

Uma proposta a ser avaliada para redução de custos no fornecimento de fórmulas infantis seria a inclusão da fórmula à base de proteína hidrolisada com soja, que atende a população alérgica sem manifestações gastrointestinais e sem comprometimento nutricional e em algumas situações, conforme o preconizado na publicação mais recente do Ministério da Saúde, a inclusão das fórmulas a base de proteína da soja, uma fórmula de menor custo. No entanto, isso poderia acarretar a inclusão de novos pacientes atualmente não atendidos pelo programa estadual.

Outra proposta em andamento é a instituição do Centro de Referência para Alergia Alimentar, onde todos os pacientes encaminhados para avaliação de uso de fórmula infantil especial seriam atendidos pelo estado e avaliados por especialistas. Proposta semelhante foi descrita no Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte com boa resposta.

Outra conquista importante seria a incorporação do teste de provocação oral na portaria estadual com aplicação do teste nos usuários do programa.

Um dado também relevante consiste na capacitação profissional dos profissionais de saúde tanto quanto ao estímulo e orientação adequada para o aleitamento materno assim como do diagnóstico e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca, além da divulgação da portaria 054R. Esse importante passo teve início no ano de 2015, com a realização de um Workshop envolvendo os temas alergia ao leite de vaca, intolerância a lactose e divulgação da portaria 054R, realizado em Vitória pela GEAF/SESA-ES para os prescritores de fórmulas infantis especiais.

Para finalizar, é extremamente importante o incentivo ao aleitamento materno através das políticas públicas, com apoio à gestante e à nutriz em nível ambulatorial e hospitalar, reforçando a participação das unidades e dos agentes de saúde com a devida capacitação, pois já é de domínio público e conhecimento científico que as vantagens do aleitamento vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto à família quanto ao Estado.

REFERÊNCIAS

- CHAPMAN, J. A. et al. Food allergy: practice parameter. **Ann Allergy asthma Immunol**, St. Paul, v. 96, Suppl. p. S1-S68, Mar. 2006.
- AGOSTONI, C. et al. The nutritional value of protein-hydrolysed formulae. **Crit Rev Food Sci Nutr**, Boca Raton, v. 56, n. 1, p. 65-9, Jan. 2016.
- AGUIAR, A. L. O. et al. Avaliação clínica e evolutiva de crianças em programa de atendimento ao uso de fórmulas para alergia à proteína do leite de vaca. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 152-8, 2013.
- ALMEIDA, J. A. G. et al. Os bancos de leite humano no Brasil. In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008, p.163-70.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, supl, p. S119-S125, nov. 2004.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. O papel dos bancos de leite humano no incentivo ao aleitamento materno. In: REGO, J. D. (Ed.). **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 321-332.
- ALLEN, S. J. et al. Probiotics in the prevention of eczema: a randomised controlled trial. **Arch Dis Child**, London, v. 99, n.11, p. 1014-9, Nov. 2014.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev de Saude Publ**, v. 40, n. 3, p. 513-20, 2006.
- ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 2, p. 91–9, 2007.
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-26, jul./set. 2007
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina. **Rev Bras Alerg Imunopatol**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 203-33, 2012.
- BADINA, L. et al. The dietary paradox in food allergy: yesterday's mistakes, today's evidence and lessons for tomorrow. **Curr Pharm Des**, Schiphol, v. 18, n. 35, p. 5782-7, 2012.
- BATISTA, G. S.; FREITAS, A. M. F.; HAACK, A. Alergia alimentar e desmame precoce: uma revisão do ponto de vista nutricional. **Comun Ciênc Saúde**, v. 20, n.4, p. 351-9, out./dez. 2009.

BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 12-20, 2003.

BERRY, M. J. et al. Impact of elimination diets on growth and nutritional status in children with multiple food allergies. **Pediatr Allergy Immunol**, Copenhagen, v. 26, n. 2, p. 133-138, Mar. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. B Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de set. 1990, Seção 1, p. 18055.

_____. Lei 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 14801.

_____. Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 04 jan. 2006a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 set. 2006b. Seção 1, p. 1.

_____. Lei 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 set. 2008. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da saúde. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. _____. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas Públicas, Organização Pan Americana de Saúde, 2002c.

_____. _____. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. Portaria n. 29, de 13 de janeiro de 1998. Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Fins Especiais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 1998. Seção 1, p. 8.

_____. _____. Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000. Estabelece Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2000. Seção 1, p. 15.

_____. _____. Portaria nº 756, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2004a. Seção 1, p. 99.

_____. _____. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set. 1993. Seção 1, p. 13.066.

_____. _____. Portaria nº 1.117, de 7 de julho de 2004. Altera os valores de remuneração dos procedimentos das Tabelas do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2004c. Seção 1.

_____. _____. Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 2007. Seção 1, p. 84.

_____. _____. Portaria nº 2.051, de 9 de novembro de 2001. Trata dos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de bicos, chupetas e mamadeiras. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 44.

_____. _____. Portaria nº 2.394, de 7 de outubro de 2009. Institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria nas comemorações da SMAM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 out. 2009.

_____. _____. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001b.

_____. _____. RDC 221 de 5 de agosto de 2002
. Regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 ago. 2002a. Seção 1.

_____. _____. RDC 222. Regulamento técnico para a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de agosto de 2002b. Seção 1.

_____. _____. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de maio 2004b. Seção 1, p. 52.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP - Esc Saúde Pública Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. jul./dez. 2005.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-32, mar./abr. 2007.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p. 65-72, 2000.

CARVALHO, D. B. B. et al. Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 449-58, 2011.

CARVALHO, E.; FERREIRA, C. T. Alergia alimentar. In: CARVALHO, E.; SILVA, L.R.; FERREIRA, C.T. **Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria**. Barueri: Manole, 2012. p. 153-213.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-40, out./dez. 2005.

CERNADAS, J. M. et al. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **J Hum Lact**, Charlottesville, v. 19, n. 2, p. 136-44, 2003.

CORTEZ, A. P. B. et al. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. **Rev Paul Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 106-13, 2007.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O método mãe canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia médica no Brasil**: cenários e indicadores e distribuição. São Paulo: CFM/ CREMESP, 2014.

DANTAS FILHO, S.; LOPEZ, F. A.; RAMOS-SILVA, V. Políticas de vigilância nutricional e segurança alimentar. In: LOPES, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org.). **Tratado de Pediatria**. Barueri-SP: Manole, 2007. p. 1583-8.

DOMENE, S. M. A. Indicadores nutricionais e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 131-5, 2003.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, 2002.

ESPÍRITO SANTO. **Mapa de macroregiões**. 2010a. Disponível em: <http://www.es.gov.br/EspiritoSanto/Paginas/mapas.aspx>. Acesso em: 06 dez. 2015.

_____. **Mapa de microregiões**. 2010b. Disponível em: <http://www.es.gov.br/EspiritoSanto/Paginas/mapas.aspx>. Acesso em: 06 dez. 2015.

_____. Portaria 054-R, de 28 de abril de 2010c. Regulamenta os Critérios de uso de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**, Vitória, ES, 29 abr. 2010. p. 25.

FACCHINI, L. A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 161-74, 2014.

FALSAPERLA, R. et al. Epileptic seizures as a manifestation of cow's milk allergy: a studied relationship and description of our pediatric experience. **Expert Rev Clin Immunol.**, London, v. 10, n. 12, p.1597-609, dez. 2014.

FERREIRA, C. T.; SEIDMAN, E. Alergia alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 7-20, 2007.

FINK, J. S. et al. Criação e implantação do centro de referência para assessoria em fórmulas nutricionais especiais no estado do Rio Grande do Sul. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 22-6, 2010.

FINK, J. S.; MELLO, E. D.; PICON, P. D. Impactos da implementação de um centro de referência em fórmulas nutricionais especiais. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 133-40, 2010.

FOUCARD, T. Development of food allergies with special reference to cow's milk allergy. **Pediatrics**, Evanston, v. 75, sup, p. 177-81, 1985.

RODRIGUES, G. **Por remuneração baixa, pediatras somem do mercado**. 2014. Disponível em: (http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26922:na-midia-por-remuneracao-baixa-pediatras-somem-do-mercado&catid=3:portalf). Acesso em: 01 jun 2015.

HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, C. V. F. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 937-53, 2011.

HWANG, J. B. Is this symptom even a food allergy? clinical types of food protein-induced enterocolitis syndrome. **Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr**, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. 74-79, jun. 2014.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.187-99, 2011.

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION. **Released 2014**: IBM SPSS Statistics for Windows: version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2014.

ISSLER, H. Causas do desmame precoce. In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008, p.423-30.

JO, J. et al. Role of cellular immunity in cow's milk allergy: pathogenesis, tolerance induction, and beyond. **Mediators Inflamm**, New York, v. 2014, n. 249784, 2014.

JONEJA, J. M. Infant food allergy: where are we now? **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, Baltimore, v. 36, Suppl 1, p. S49-S55, Jan. 2012.

KIEWIET, M. B. G. et al. Immunomodulating properties of protein hydrolysates for application in cow's milk allergy. **Pediatr Allergy Immunol**, Copenhagen, v. 26, n. 3, p. 206-17, May, 2015.

KOLETZKO, S. et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, New York, v. 55, n. 2, p. 221-9, Aug, 2012.

LACK, G. Update on risk factors for food allergy. **J Allergy Clin Immunol**, St. Louis, v. 129, n. 5, p.1187-97, May, 2012.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.161-9, 2008.

LIAO, S. L. et al. PATCH (The prediction of allergy in taiwanese children) cohort study: exclusive breastfeeding is associated with reduced cow's milk sensitization in early childhood. **Pediatr Allergy Immunol**, Copenhagen, v. 25, n. 5, p. 456-61, Aug. 2014.

LOMIDZE, N.; GOTUA, T.; GOTUA, M. IgE-mediated food allergy: current problems and future perspectives (review). **Georgian Med News**, New York, v. 238, p.73-78, Jan. 2015.

LUDMAN, S. et al. Clinical presentation and referral characteristics of food protein-induced enterocolitis syndrome in the United Kingdom. **Ann Allergy Asthma Immunol**, St. Paul, v. 113, n. 3, p.290-4, Sep. 2014.

MARCON, A. C. C.; VIEIRA, M. C., MORAIS, M. B. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.187-92, 2014.

MARTINO, D. et al. Blood DNA methylation biomarkers predict clinical reactivity in food-sensitized infants. **J Allergy Clin Immunol**, St. Louis, v. 135, n. 5, p.1319-28, May, 2015.

MEREWOOD, A.; PHILIPP, B. L. Implementing change: becoming baby-friendly in an inner city hospital. **Birth**, Boston, v. 28, n. 1, p. 36-40, Mar. 2001.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. **Estud Av**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, v. 19, n. 5, p. 354-62, 2006.

MOWSZET, K.; MATUSIEWICZ, K.; IWAŃCZAK, B. Value of the atopy patch test in the diagnosis of food allergy in children with gastrointestinal symptoms. **Adv Clin Exp Med**, Wroclaw, v. 23, n. 3, p. 404-9, May/Jun., 2014.

MUKAIDA, K. et al. The Effect of Past Food Avoidance Due to Allergic Symptoms on the Growth of Children at School Age. **Allergol Intern**, Carlton, v. 59, n. 4, p. 369-74, 2010.

NASCIMENTO, A. L.; ANDRADE, S. L. L. S. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? **Ciência Cult**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 34-8, 2010.

NILSSON, C. et al. Successful management of severe cow's milk allergy with omalizumab treatment and CD-sens monitoring. **Asia Pac Allergy**, Korea, v. 4, n. 4, p. 257-60, Oct. 2014.

NOCERINO, R. et al. Atopy patch tests are useful to predict oral tolerance in children with gastrointestinal symptoms related to non-IgE-mediated cow's milk allergy. **Allergy**, Copenhagen, v. 68, n. 2, p. 246-8, 2013.

OLIVEIRA, M. I. C.; TERUYA, K. M. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: Sua História e Conquistas. In: In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 151-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS/Unicef, 1989.

ORSI, M. et al. Alergia a la proteína de la leche de vaca: propuesta de guía para el manejo de los niños con alergia a la proteína de la leche de vaca: pediatría práctica. **Arch Argent Pediatr**, Buenos Aires, v. 107, n. 5, p. 459-73, 2009.

PETRUS, N. C. M et al. Remaining symptoms in half the children treated for milk allergy. **Eur J Pediatr**, Heidelberg, v. 174, n. 6, p. 759-65, 2015.

PICON, P. D.; BELTRAME, A. (Org.). **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: medicamentos excepcionais. Porto Alegre: Palotti, 2002.

PINASCO, G. C. et al. Alergia à proteína do leite de vaca: estado da arte. **Salus - J Health Sci**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 37-46, 2015.

RAMOS-SILVA, V. Políticas de segurança alimentar para a criança hospitalizada. In: WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. (Org.). **Nutrição em pediatria**: da neonatologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2009. p. 3-661.

RAMOS-SILVA, V. et al. Fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos nutricionais. In: Ramos-Silva, V.; Rezende, G. S. M.; Medici, S. E. (Org.). **Diretrizes clínicas**: terapia nutricional na criança hospitalizada. Vitória, ES: EMESCAM, 2014a. v. 01, p. 121-53.

RAMOS-SILVA, V. et al. Nutrição Enteral. In: RAMOS-SILVA, V.; REZENDE, G. S. M.; MEDICI, S. E. (Org.). **Diretrizes clínicas**: terapia nutricional na criança hospitalizada. Vitória, ES: EMESCAM, 2014c, v. 01, p. 73-110.

RAMOS-SILVA, V. et al. Políticas públicas de segurança alimentar e nutricional para a infância. In: CAMPOS JR. D.; BURNS, D. (Orgs.). **Políticas públicas de segurança alimentar e nutricional para a infância**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014b. v. 2, p. 2129-35.

REIS, K. S. et. al. Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Nutrir Gerais - Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 2, n. 3, p. 1-13, ago./dez, 2008.

RITO, R. V. V. F. **Unidade básica amiga da amamentação**: avaliação da implantação em unidades da rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. 2009. 103 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

ROBLES-VARGAS, M. T. et al. Frequency of allergy to cow's milk proteins and its association to other allergic diseases in patients of Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez. **Rev Alerg Mex**, México, v. 61, n. 4, p.288-97, Oct-Dec, 2014.

ROMERO, B. et al. Clinical features of Eosinophilic Colitis in infants with persistent rectal bleeding. **Rev Chil Pediatr**, Santiago, v. 85, n. 6, p.666-73, Dec. 2014.

SANTIAGO, L. B.; FERNANDEZ, D. F. Programas e políticas de saúde em favor do aleitamento materno. In: SANTIAGO, L. B. (Coord.). **Manual de aleitamento materno**. Barueri, SP: Manole, 2013, p. 189-202.

SAUSENTHALER, S.; HEINRICH, J.; KOLETZKO, S. Early diet and the risk of allergy: what can we learn from the prospective birth cohort studies GINI plus and LISA plus Study Groups. **Am J Clin Nutr**, Bethesda, v. 94, n. 6 (Suppl), p. 2012S-7S, Dec. 2011.

SHREFFLER, W. G.; RADANO, M. Food allergy and complementary feeding. **Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program**, Philadelphia, v. 68, p.141-9, 2011.

SIQUEIRA, S. R.; TOMA, T. S. As semanas mundiais de amamentação. In: REGO, J. D. (Ed.). **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 367-84.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. **Rev Bras Alerg Imunopatol**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 64-89, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Terapia nutricional no paciente com alergia ao leite de vaca**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SOMMANUS, S. et al. Cow's milk protein allergy: immunological response in children with cow's milk protein tolerance. **Asian Pac J Allergy Immunol**, Bangkok, v. 32, n. 2, p.:171-7, Jun, 2014.

SOPO, S. M. et al. Chronic food protein-induced enterocolitis syndrome caused by cow's milk proteins passed through breast milk. **Int Arch Allergy Immunol**, Basel, v. 64, n. 3, p. 207-9, 2014.

SPERIDIÃO, P. G. L; MORAIS, M. B. Alergia a proteína do leite de vaca. In: PALMA, D.; ESCRIVÃO, M. A. M. S; CERAGIOLI, F. L. **Nutrição clínica na infância e adolescência**. São Paulo: Manole, 2009. p. 463-75.

TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 409-14, 2001.

TORO-MONJARAZ, E. M. et al. Perinatal factors associated with the development of cow's milk protein allergy. **Rev Gastroenterol Mex**, Mexico, v. 80, n. 1, p. 27-31, Feb. 2015.

TURNBULL, J. L.; ADAMS, H. N.; GORARD, D .A. Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. **Aliment Pharmacol Ther**, Oxford, v. 41, n.1, p. 3-25, Jan. 2015.

UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. História do alojamento conjunto. **J Pediatr, Rio de Janeiro**, v. 75, n.1, p. 5-10, 1999.

VANDENPLAS, Y. et al. Middle East Consensus Statement on the Prevention, Diagnosis, and Management of Cow's Milk Protein Allergy. **Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr**, v. 17, n. 2, p. 61-73, Jun. 2014.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 422-8, 2004.

VENÂNCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 313–8, 2002.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-80, 2004.

VENÂNCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-24, 2010.

VENTER, C. Infant atopy and allergic diseases: an introduction to dietary aspects. **J Fam Health Care**, United Kingdom, v. 19, n. 3, p. 92-6, 2009.

VENTER, C. et al. Diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: a UK primary care practical guide. **Clinical and Translational Allergy**, London, v. 3, n. 23, p. 1-11, 2013.

VÉRAS, R. M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: programa canguru. **Rev Estud Fem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 61-80, 2010.

VERHASSELT, V. Neonatal tolerance under breastfeeding influence. **Curr Opin Immunol**, Philadelphia, v. 22, n. 5, p. 623-630, Oct. 2010.

VIEIRA, M. C. et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. **BMC Pediatrics**, London, v. 10, n. 25, p. 1-7, 2010.

VILLAMARIN, E. A., SANCHEZ, N. Alergia alimentaria. **Revista Gastrohnap**, Bogotá, v. 12, n. 3, s.1, p. s27-s34, 2010.

VILLARES, J. M. M. et al. ¿Cómo crecen los lactantes diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca? **An Pediatr**, Barcelona, v. 64, n. 3, p. 244-7, 2006.

WEFFORT, V. R. S.; LOPES, L. A.; RAMOS-SILVA, V. Terapia nutricional em situações especiais: Déficit de crescimento de causa nutricional. In: CAMPOS JR; BURNS D. (Org.). **Tratado de Pediatria**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014, v. 2, p. 2137-45.

ZAHER, M. M.; AHMED, E. M.; MORSY, A. A. Case report: hematemesis could be an unusual presentation of cow's milk protein allergy in children in Egypt. **Egypt J Immunol**, Egypt, v. 21, n. 1, p. 39-43, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados 1

Identificação (Nome e Número do Processo)		
Paciente	Idade (Data de nascimento)	
	Sexo	
	Município de Procedência	
	Origem da solicitação (pública ou privada)	
	Estado nutricional	
	Manifestações clínicas	
	Época de início dos sintomas	
	Tempo de aleitamento materno exclusivo	
	Motivo do desmame	
Profissional	Especialidade	
Processo	Data da solicitação	
	Data da avaliação	
	Data de acesso	
	Motivo do indeferimento	
Fórmula ou Dieta	Caracterização	
	Quantitativo mensal	
	Tempo previsto de uso	
Observações		

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 2

Identificação (nº de prontuário)		
Data do atendimento		
Paciente	Idade (Data de nascimento)	
	Sexo	
	Município de procedência	
	Origem da solicitação (pública ou privada)	
	Estado nutricional	
	Manifestações clínicas	
	Época de início dos sintomas	
	Tempo de aleitamento materno exclusivo	
	Motivo do desmame	
	Tipo de parto	
	Idade gestacional	
	História familiar	
Profissional	Especialidade	
Processo	Data da solicitação	
	Data do acesso	
Fórmula ou Dieta	Caracterização	
	Compatibilidade clínica	
Observações		

APÊNDICE C - Farmácia cidadã de referência para cada município do estado

Farmácia Cidadã de referência	Município
Cachoeiro de Itapemirim	Alegre Apiacá Atílio Vivacqua Bom Jesus do Norte Cachoeiro de Itapemirim* Castelo Divino de São Lourenço Dores do Rio Preto Guaçuí Ibitirama Iconha Irupi Itapemirim Jeronimo Monteiro Marataízes Mimoso do Sul Muniz Freire Muqui Presidente Kennedy Rio Novo do Sul São José do Calçado Vargem Alta
Cariacica / Metropolitana	Alfredo Chaves Aracruz* Cariacica* Domingos Martins Marechal Floriano Santa Leopoldina* Santa Maria de Jetibá Santa Teresa Viana*
Colatina	Alto Rio Novo Baixo Guandu Colatina* Governador Lindenberg Mantenópolis Marilândia Pancas São Domingos do Norte São Roque do Canaã
Linhares	Linhares* Rio Bananal Sooretama
Nova Venécia	Água Doce do Norte Águia Branca Barra de São Francisco Boa Esperança Ecoporanga Nova Venécia* São Gabriel da Palha Vila Pavão Vila Valério
São Mateus	Conceição da Barra* Jaguaré Montanha Mucurici

	Pedro Canário* Pinheiros Ponto Belo São Mateus*
Serra	Fundão Ibiraçu Itaguaçu Itarana João Neiva Serra
Venda Nova do Imigrante	Afonso Cláudio Brejetuba Conceição do Castelo Ibatiba Lúna Laranja da Terra Venda Nova do Imigrante*
Vila Velha	Anchieta Guarapari Piúma Vila Velha
Vitória	Vitória

Nota: * Municípios que são atendidos diretamente nas farmácias cidadãs. Nos demais municípios que possuem representantes, o usuário deverá solicitar o medicamento do componente especializado na rede municipal de saúde, por meio do representante designado pelo gestor municipal, com sua procuração.

Fonte: Adaptado de Espírito Santo (2010c)

ANEXOS

ANEXO A - Carta de anuência do Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves



CARTA DE ANUÊNCIA

Estamos de acordo com a realização do projeto de pesquisa "**Alergia Alimentar: Política pública de acesso às fórmulas infantis especiais**" no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves (HEIMABA). O projeto será executado pela médica Thaís Vassallo Rocha Lanschi, aluna do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES (EMESCAM) e pediatra do HEIMABA. Informamos, no entanto, que o projeto somente poderá ser iniciado depois de aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil N S da Glória.

Vila Velha, 29 de julho de 2014.

Drª Rubia Maria Martins
Diretora Técnica / HEIMABA
CRM-ES 5578

ANEXO B Carta de anuência da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica

CARTA DE ANUÊNCIA

Pelo presente, a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), Av Marechal Mascarenhas de Moraes 2025 - Bento Ferreira, Vitória ES, aqui representada por

Maria José Sartório

atualmente exercendo a função de

gerente

, declara ter conhecimento das atividades a serem realizadas na sede da instituição em função do projeto "Alergia Alimentar: Política pública de acesso às fórmulas infantis especiais" que tem por responsável Thais Vassallo Rocha Lanschi, aluna do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES (EMESCAM) e pediatra da SESA lotada no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves (HEIMABA), assim como o conhecimento de todas as etapas do mesmo para fins de realização da pesquisa depois de devida aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde, sediado no Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória.

Declara ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.


Maria José Sartório
 Gerente Estadual de
 Assistência Farmacêutica
 Nº Func: 2789412 - SESA/GEAF

Vila Velha, 30 de julho de 2014.

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Alergia Alimentar: Política pública de acesso às fórmulas infantis especiais

Pesquisador: Thaís Vassallo Rocha Lanschi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36789614.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 848.208

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Programa de Mestrado em Políticas Públicas da Emescam.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

- Analisar a indicação, o tempo e as vias (judicial ou não) de acesso às fórmulas infantis especiais, em pacientes com alergia a proteína do leite de vaca.

Objetivos secundários:

1) Descrever a política Estadual de dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais especiais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca; 2) Avaliar o processo da política pública e da tomada de decisão baseado em evidências na análise das demandas judiciais de fórmulas e dietas enterais; 3) Identificar e caracterizar as demandas registradas nas Farmácias Cidadãs do ES no ano de 2014 e o tempo decorrido entre o início da solicitação e o acesso à dieta pleiteada; 4) Caracterizar os pacientes em relação à idade, sexo, município de procedência, origem da solicitação por serviço público ou privado, estado nutricional e as manifestações clínicas que justificam o uso de dietas especiais; 5) Descrever a frequência de aleitamento materno exclusivo e os motivos do desmame precoce.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 848.208

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos aos participantes desta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao sigilo dos dados obtidos nos processos e nos prontuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de dois estudos independentes, mas com abrangência do mesmo tema e descritos a seguir: Estudo 1 - Estudo descritivo, observacional e retrospectivo, de corte transversal, quantitativo. Será desenvolvido na Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde – SESA-ES (Carta de anuência anexa). As informações serão obtidas a partir da análise de documentos que compõem os processos de solicitações de dispensação de fórmulas e dietas infantis especiais encaminhadas a SESA, por meio da Farmácia Cidadã dos municípios ou por demanda judicial, no período de janeiro a dezembro de 2014. Dos processos de solicitação serão coletadas informações referentes ao paciente (idade, sexo, naturalidade, município de procedência, origem da solicitação [serviço público ou privado], estado nutricional e as manifestações clínicas que justificam o uso de dietas especiais, tempo de aleitamento materno exclusivo e causas do desmame precoce), além de informação sobre a especialidade do médico prescritor. Serão coletados também, dados sobre a data da solicitação, data de acesso à fórmula solicitada, motivo do indeferimento, origem do processo (judicial ou não), caracterização, quantitativo, via de administração e tempo previsto de uso da dieta.

O estudo 2 é descritivo, retrospectivo, de característica quantitativa. Os dados são os mesmos descritos no estudo 1.

O Estudo 2 se justifica por tratar de perícia médica, quando não existe cumprimento do protocolo estabelecido pela GEAF quanto à indicação da dieta solicitada. O paciente é encaminhado pela Nutricionista do GEAF para avaliação médica especializada, EXCETO NOS CASOS DE DEMANDA JUDICIAL. A perícia é realizada no Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), que é o Hospital Estadual Pediátrico, localizado no Município de Vila Velha - ES e referência para análise de processos de pacientes com alergia alimentar.

Os dados serão coletados dos processos encaminhados pelo GEAF para o HIMABA, e nos prontuários de registro da perícia médica, no período de janeiro a dezembro de 2014.

Serão obtidas as seguintes informações: Número do Prontuário e do processo; data do início do

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO D - Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais especiais a SESA (LFN)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN					
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante				2. CNES	
PACIENTE					
3. Nome do Paciente		4. Data Nascimento ____/____/____		5. Nome da Mãe ou Responsável	
6. CPF	7. Cartão Nacional do SUS-CNS		8. Telefone	9. Sexo ☐ F ☐ M	10. Raça/Cor
11. Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
12. Município de residência		13. UF	14. CEP		
FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(IS) SOLICITADA(S)					
A	15. Característica da fórmula / Especificação				
B	16. Característica da fórmula / Especificação				
C	17. Característica da fórmula / Especificação				
DADOS COMPLEMENTARES					
18. Dados do Paciente		19. Base de cálculo nutricional		22. Quantidade (em g e mL)	
Peso (Kg) _____		_____ Kcal/kg peso		Diária	
Altura (m) _____		_____ Ptn/kg peso		Mensal	
Indicação clínica:		20. Via de administração		A	
				g e mL	
		21. Previsão de uso		B	
				g e mL	
CID Principal:				C	
				g e mL	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL					
23. Avaliação Subjetiva Global e Avaliação Direta (dados de exames bioquímicos, antropométricos)					
PARA INÍCIO DE TRATAMENTO COM FORMULAS INFANTIS, INFORMAR:					
24. Número de consultas pré-natal com referência do serviço:					
25. Período de aleitamento materno exclusivo:					
26. Motivo da suspensão do aleitamento materno:					
27. História clínica resumida:					
TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)					
28. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional		29. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional		30. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional	
SOLICITAÇÃO					
31. Nome do profissional solicitante			32. Data da solicitação ____/____/____		33. Documento ☐ CNS ☐ CPF
34. Nº Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante			35. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		