
Características clínico-nutricionais e socioeconômicas de crianças de 0 a 3 anos com alergia à proteína do leite de vaca usuárias do Programa de Nutrição Enteral Domiciliar de um Centro de Referência no Distrito Federal

Clinical-nutrition and socioeconomic status of children 0-3 years with food allergy cow's milk users of Home Enteral Nutrition in a Reference Center of the Federal District

Adriana Haack¹, Caroline Alencar¹, Renata Costa Fortes², Maria de Lourdes Jaborandy³

¹Curso de Nutrição da Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil; ²Curso de Nutrição da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil; ³Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil.

Resumo

Objetivo – Analisar o perfil de crianças de 0 a 3 anos com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) usuárias do Programa de Nutrição Enteral Domiciliar de um Centro de Referência do Distrito Federal. **Métodos** – Trata-se de estudo transversal realizado no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010, mediante o protocolo de atendimento das crianças em acompanhamento, na faixa etária de 0-3 anos, de ambos os sexos, diagnosticadas com Alergia Alimentar. **Resultados** – Verificou-se no estudo que a maior prevalência de APLV está em crianças do sexo feminino (57,69%), e a idade média das crianças foi de 17 meses. Quanto as características gerais observou-se, em média, aleitamento materno exclusivo de 3,28±2,36 meses, escolaridade materna 13,38±1,94 anos com 53,8% das mães apresentando escolaridade superior a 15 anos, e na investigação de história familiar, 42,3% das crianças possuíam pai ou mãe com relato de alergia. Em relação à renda familiar, a média foi de 3,27±1,04 salários, e a maior prevalência dos sintomas relacionados à alergia foi de diarreia, 38,5%. A maior parte das crianças, 84,6%, apresentou estado nutricional adequado. **Conclusão** – A análise do perfil dos lactentes e crianças jovens identificou que a maior parte das crianças estavam eutróficas e os sintomas mais frequentes da alergia foram os gastrointestinais. Programas de terapia nutricional podem contribuir para a nutrição adequada e as estratégias de prevenção da alergia devem ser valorizadas como o aleitamento materno exclusivo, a introdução correta da alimentação complementar, assim como a disseminação dos conhecimentos por meio de pesquisas.

Descritores: Hipersensibilidade alimentar; Estado nutricional; Criança

Abstract

Objective – To analyze the profile of children 0-3 years with food allergy users of Home Care Enteral Nutrition Program for a referral center. **Methods** – This was a cross-sectional study conducted between October 2009 and February 2010, by the protocol of care of children in attendance, aged 0-3 years, of both sexes, diagnosed as allergy cows milk. **Results** – There was a study which is a higher prevalence of allergy in female children (57, 69%), the average age in months was 17,00±7,86. Regarding the general characteristics was observed, on average, exclusive breastfeeding of 3,28±2,36 months, maternal education 13,38±1,94 years with 53,8% of mothers showing more than 15 years education and research family history, 42,3% of children had a parent with a history of allergy. Regarding income, the average was 3,27±1,04 salaries and the higher prevalence of symptoms related to allergy were diarrhea, 38,5%. Most children, 84,6%, had adequate nutritional status. **Conclusion** – The analysis of the profile of infants and young children identified that most of the children were well nourished and the most common symptoms of allergy were gastrointestinal. Nutritional programs can contribute to good nutrition and strategies for prevention of allergy should be valued as exclusive breastfeeding, the correct introduction of complementary foods, as well as the dissemination of knowledge through research.

Descriptors: Food hypersensitivity; Nutritional status; Children

Introdução

Entende-se por Alergia Alimentar (AA) um conjunto de reações adversas à proteína alimentar, sendo caracterizada por uma reação imunológica anormal. A maior prevalência de AA ocorre em crianças e adultos jovens, e atualmente observa-se um aumento significativo desta prevalência, o que constitui um sério problema de saúde pública mundial¹.

Distúrbios clínicos determinados por reações adversas a alimentos podem ser classificados por mecanismos imunológicos e não imunológicos. Para obter-se o diagnóstico de AA é necessário verificar a história clínica, os testes cutâneos e exames laboratoriais com o objetivo de detectar o soro IgE específico².

Entre as alergias alimentares em lactentes, a alergia ao leite de vaca (APLV) é a mais frequente, sendo responsável por 80% dos casos nessa faixa etária. Trata-se de doença que se associa a elevado risco de comprometimento nutricional, uma vez que atinge crianças pequenas que têm necessidades nutricionais elevadas e crescimento acelerado, apresenta manifestações clínicas diversas (cutâneas, gastrointestinais, respiratórias e sistêmicas) e tem forma de tratamento única, até o momento, a exclusão da proteína do leite de vaca durante um período da alimentação da criança³.

O leite de vaca é frequentemente utilizado em substituição ao leite humano, sendo que os lactentes que possuem contato precoce com a proteína do leite de

vaca – nutriente causador de AA nessa idade – desenvolvem diversas manifestações decorrentes desse processo, destacando-se as gastrintestinais⁴.

A prevalência de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) oscila entre 2% e 8%, sendo os seus resultados conflitantes e de difícil comparação, devido aos diversos critérios diagnósticos e delineamento de estudos utilizados⁵.

O objetivo do presente estudo foi analisar o perfil clínico-nutricional das crianças diagnosticadas com APLV, usuárias do Programa de Nutrição Enteral Domiciliar do Distrito Federal, que fornece fórmulas infantis especializadas para o tratamento das crianças cadastradas pelo regulamento técnico regional⁶.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010 mediante a análise dos prontuários de crianças em acompanhamento, na faixa etária de 0-3 anos, de ambos os sexos, diagnosticadas com Alergia Alimentar.

Os dados coletados fizeram parte dos protocolos de atendimento diário do ambulatório de nutrição e gastroenterologia de um hospital público, referência em Alergia Alimentar na Secretaria de Estado de Saúde do DF. Foram excluídos os prontuários de crianças prematuras, com diagnóstico de doenças neurológicas, imunológicas e inflamatórias intestinais.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, dados antropométricos, perfil socioeconômico dos pais e/ou responsáveis, procedência, relato de alergia nos pais, sintomas relacionados à alergia, tempo de amamentação exclusiva, consumo alimentar e estado nutricional.

Os sintomas relacionados a AA alimentar avaliados foram: urticária e dermatite, constipação, diarreia, vômito, refluxo gastroesofágico, cólica, flatulência, sangue oculto nas fezes e perda de peso.

Na análise do consumo alimentar das crianças foi utilizado o Recordatório 24 horas, analisado pelo programa AVANUTRI 4.0. Para classificação do estado nutricional mediante análise da idade, peso e altura, utilizaram-se os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006/2007⁷⁻⁸.

Embora os dados tenham sido coletados em prontuários, o serviço segue as normas de registro da OMS e para a avaliação antropométrica, as crianças menores de 2 anos foram pesadas sem roupas e o comprimento aferido em decúbito dorsal sobre uma superfície plana, com a utilização de régua antropométrica sempre com a ação conjunta de dois examinadores para garantir o posicionamento da cabeça e afiação de ambos os pés. As crianças acima de 2 anos foram pesadas com o mínimo de roupa. A altura foi aferida com a criança em pé, encostada numa régua vertical afiada na parede. As crianças foram classificadas conforme recomendação do NCHS 1977 e da OMS 2006 pelos índices peso/idade, peso/estatura e estatura/idade.

Para os índices foram adotados os seguintes pontos

de corte: escore $Z < -3$ = muito baixo peso/magreza acentuada/muito baixa estatura para a idade; \geq escore -3 e escore $Z < -2$ = baixo peso/magreza/baixa estatura; \geq escore -2 = eutrofia/peso adequado⁷⁻⁸.

Para análise estatística descritiva dos resultados encontrados foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package of the Social Sciences*) versão 16.0, por meio de frequências, médias e desvio-padrão.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES/DF), sob o protocolo nº 362/2009.

Resultados

Ao todo, 26 crianças, na faixa etária de 0 a 3 anos, com AA participaram da pesquisa. Verificou-se que 57,69% (n=15) das crianças pertenciam ao sexo feminino e, em média, o aleitamento materno exclusivo verificado foi de $3,28 \pm 2,36$ meses, e na investigação de história familiar, 42,3% das crianças possuíam pai ou mãe com relato de alergia.

A amostra apresentou média de idade de $17,00 \pm 7,86$ meses e diagnóstico confirmado, em média, com $4,13 \pm 3,66$ meses.

A avaliação das características sociais e econômicas mostrou escolaridade materna de $13,38 \pm 1,94$ anos com 53,8% das mães apresentando escolaridade superior a 15 anos. Em relação à renda familiar, 61,5% (n=16) relataram renda superior a 4 salários mínimos, no entanto, a renda familiar média foi de $3,27 \pm 1,04$ salários mínimos, conforme o valor do salário mínimo determinado para o ano de 2010 (R\$ 510,00).

A Tabela 1 mostra os sintomas relacionados à Alergia Alimentar identificados nos prontuários. As manifestações mais comuns foram àquelas relacionadas ao trato gastrintestinal e os menores percentuais foram observados nos registros de prontuário para urticária e/ou dermatite 3,8% (n=1), além de manifestações respiratórias, 11,5% (n=3).

Tabela 1. Prevalência dos principais sintomas relacionados à Alergia Alimentar presente em crianças de 0-3 anos, acompanhadas em um Centro de Referência do Distrito Federal, Brasília, 2009/2010 (n=26)

Sintomas	(%)
Constipação intestinal	7,7
Diarreia	38,5
Vômito	26,9
Refluxo gastroesofágico	19,2
Cólica	11,5
Flatulência	19,2
Sangue oculto nas fezes	11,5

Ao analisar o recordatório 24 horas (R24h) (Tabela 2) averiguou-se que as crianças consumiram em média, 1075kcal/dia, sendo 53% do percentual calórico proveniente de fórmulas infantis. Todas as crianças alcançaram 100% ou mais das suas necessidades energéticas após análise da ingestão alimentar segundo às DRIs⁹. A

fórmula mais usada foi hidrolisado protéico, 61,53% (n=16) e a soja, 15,4% (n=4), a menos utilizada entre as crianças. A fórmula a base de soja foi utilizada somente nas crianças acima de 6 meses pesquisadas (n=4). O percentual de uso de fórmula especializadas, de forma exclusiva, sem nenhum outro tipo de alimento, foi de 7,69%.

Tabela 2. Consumo alimentar em calorias e de fórmulas especializadas pelas crianças na faixa etária de 0-3 anos com diagnóstico de Alergia Alimentar acompanhadas em um Centro de Referência do Distrito Federal, Brasília, Brasil, 2009/2010 (n=26)

Variáveis (n=26)	Resultados
Quilocalorias fornecidas pelo R24h (Média ± DP)	1074,99 kcal ± 172,0
Tipos de fórmulas	Consumo de fórmula (%)
Hidrolisado proteico	61,53
Aminoácidos livres	23,07
Fórmula com Soja	15,40

R24h = Recordatório 24 horas; kcal = Quilocalorias; DP = Desvio Padrão

As medidas dos índices antropométricos estatura ou comprimento para a idade (E/I), peso para estatura (P/E) e peso para idade (P/I) foram relacionadas com as variáveis idade e gênero⁷⁻⁸. A análise dos dados mostrou que com relação ao perfil nutricional, a maior parte das crianças, 84,6%, apresentou estado nutricional adequado, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Perfil nutricional das crianças na faixa etária de 0-3 anos, com diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) acompanhadas em um Centro de Referência do Distrito Federal, Brasil, 2009/2010 (n = 26)

Variáveis (n=26)	Resultados
Com Déficit nutricional*	15,4
Sem Déficit nutricional	84,6

* Crianças que apresentaram pelo menos um dos diagnósticos nutricionais como Muito baixa estatura para a idade; Muito baixo peso para idade; Magreza acentuada (OMS, 2006 e 2007)

Discussão

A hipersensibilidade alimentar é um problema nutricional que apresentou um crescimento nas últimas décadas, provavelmente devido à maior exposição da população a um número maior de alérgenos alimentares disponíveis. Ela vem se tornando um problema de saúde em todo o mundo e está associado a um impacto negativo significativo na qualidade de vida¹⁰.

A prevalência da alergia está em torno de 8% e está aumentando, conforme dados do *Center Disease Control and Prevention*, dos Estados Unidos, que mostraram

um aumento de 18% na prevalência dessa doença, entre os anos de 1997 e 2007¹¹.

No presente estudo observou-se que a maioria das crianças pertenciam ao sexo feminino, sendo esses resultados compatíveis aos encontrados por Machado *et al.*¹². Dados diferentes foram encontrados por Medeiros *et al.*¹³ que mostraram a prevalência de 57,69% das crianças sendo do sexo masculino e 42,30% do sexo feminino.

Os resultados encontrados mostram o diagnóstico de APLV sendo detectado em lactentes jovens, pois nesta fase de vida o sistema imunológico é imaturo, o que favorece a sensibilização e maior permeabilidade do epitélio à penetração dos diferentes antígenos¹⁴.

A idade encontrada nos lactentes pesquisados foi, em média, de 17 meses. Estudo realizado em São Paulo, num Ambulatório de Gastropediatria, encontrou uma média de idade, entre os pesquisados, de 19,1 meses, ou seja, tardia. Sabe-se que quanto mais precoce a intervenção, menores são as complicações relacionadas a alergia, pois crianças diagnosticadas nos primeiros meses de vida podem se recuperar mais rapidamente e evitar prejuízos ao crescimento e desenvolvimento¹³.

Outros pesquisadores, como Lins *et al.*⁵, encontraram em sua pesquisa crianças com diagnóstico confirmado nos primeiros meses de vida, aos 5 meses, o que pode apontar para a qualidade da assistência e a capacidade dos profissionais envolvidos em realizar diagnósticos rápidos e precisos.

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alergias alimentares está relacionada à exposição precoce à proteínas do leite de vaca¹ ocasionada pela substituição do leite materno, antes de completar os seis primeiros meses de vida, aumentando a probabilidade da hipersensibilidade alimentar nesta faixa etária¹⁵.

Em estudo realizado por Vieira *et al.*¹⁶ constatou-se que o aleitamento materno exclusivo nas crianças de 0-3 meses foi de 45,6%, a duração média do aleitamento materno foi de 9 meses e a persistência do aleitamento nas crianças de 12-15 meses ocorreu em 45,4% das crianças. O estudo mostrou uma média de aleitamento materno de 3,2 meses, e embora tenha sido superior a média nacional de 2,2 meses¹⁷, foi inferior à necessidade preconizada pela Organização Mundial de Saúde⁷⁻⁸.

A época de introdução a alimentação complementar pode estar relacionada às características maternas como mostrou Correa *et al.*¹⁸ em Florianópolis ao realizar análise de regressão multivariada. Os pesquisadores identificaram que as mães com menor grau de escolaridade e que trabalhavam fora de casa apresentaram mais chance de introduzir precocemente alimentos aos seus filhos aumentando o risco de alergia¹⁵.

Mães com grau de escolaridade mais alto tendem a valorizar mais o aleitamento materno exclusivo¹⁹. Neste estudo a escolaridade materna encontrada foi em média de 13,3 anos e não pode ser considerada baixa. Este achado deve ser valorizado no melhor entendimento do diagnóstico e tratamento adequado e redução do

impacto da alergia sobre o crescimento e desenvolvimento do lactente²⁰, pois a mãe merece destaque, já que é a principal referência nos cuidados à criança, além da influência de fatores associados ao contexto familiar, econômico e sociocultural²¹. Os cuidados maternos são fundamentais para a saúde da criança e podem sofrer influência da qualidade das informações em saúde recebidas²².

Uma das maiores preocupações relacionadas ao diagnóstico da alergia e seu tratamento deve-se à dificuldade em se adquirir fórmulas especializadas, de alto custo¹. Neste trabalho, a renda familiar média foi de 3,2 salários mínimos, o que pode interferir no tratamento, remissão de sintomas relacionados à alergia e nutrição adequada, pois o acesso à terapia nutricional de boa qualidade constitui fator preponderante^{10,13}.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, desde 2004, por intermédio do Regulamento Técnico para Fornecimento de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED), beneficia pacientes com diagnóstico de APLV, com fórmulas a base de aminoácidos livres, hidrolisados protéicos e a base de soja facilitando o acesso ao tratamento e evitando complicações como a desnutrição. Este regulamento foi revisado no ano de 2009, de modo a permitir que o acesso a terapia nutricional e as melhorias no estado clínico-nutricional dos usuários do Sistema Único de Saúde fossem ampliados para as crianças até os 3 anos, pois inicialmente atendia crianças até os 2 anos. O acesso ao programa é possibilitado mediante o preenchimento das condicionalidades e acompanhamento dos nutricionistas e médicos cadastrados no programa⁶.

Segundo este estudo, as Regiões Administrativas do Distrito Federal com maior cobertura do programa são as localidades de Águas Claras, Taguatinga e Brasília, regiões onde a renda familiar é mais alta, no entanto, outras 8 regiões foram contempladas mostrando a diversidade da clientela atendida que são usuários do Sistema Único de Saúde²³.

A pesquisa mostrou que a fórmula mais usada foi o hidrolisado protéico, seguida da fórmula à base de aminoácidos livres, o que está de acordo com os consensos nacionais e internacionais a respeito do tratamento da alergia²⁴⁻⁵.

A investigação mostrou a participação da história familiar no aparecimento da alergia. A predisposição ao desenvolvimento da resposta imunológica é geneticamente determinada e o risco de alergia aumenta para 50% se um dos pais sofrer de alergia, e para até 70% se ambos os pais forem alérgicos. Entre as crianças do estudo, mais de 40% apresentavam pai ou mãe com alergia²⁶.

A presença de história familiar de doença atópica diagnosticada tem sido considerada um dos fatores mais sensíveis na caracterização da criança de risco de desenvolvimento da alergia²⁷. Crianças provenientes destas famílias são consideradas como de alto risco pela Academia Americana de Pediatria e merecem atenção com relação à prevenção²⁵.

Lactentes com história familiar, segundo alguns estudos, devem receber fórmulas especializadas²⁸. Uma

pesquisa alemã, publicada em 2008, com crianças até 6 anos, mostrou que lactentes com risco familiar que receberam fórmulas hidrolisadas apresentaram menor incidência de alergia com 1,3 e 6 anos, em comparação àqueles que usaram fórmula com leite de vaca²⁹.

Ao se analisar os sintomas relacionados ao diagnóstico da alergia alimentar o presente estudo identificou que os sintomas mais frequentes, foram os gastrintestinais, diarreia e vômito. Em estudo realizado por Medeiros *et al.*¹³ observou-se que a maior prevalência de sintomas relacionados a ALPV foram o déficit de crescimento 34,62% (n=9) e diarreia 26,92% (n=7). Outros pesquisadores como Ferreira & Seidman¹ relataram que a alergia não mediada por IgE, apresenta sintomas subagudos ou crônicos sendo supostamente mediada pelas células T e as principais manifestações clínicas são o aparecimento agudo de náusea, vômito, dor abdominal e diarreia. As características da amostra apontam para manifestações típicas das alergias não IgE mediadas³⁰.

Conclusão

A análise do perfil dos lactentes mostrou que a exposição das crianças aos alérgenos pode causar sintomas prejudiciais ao desenvolvimento e crescimento do lactente. Programas de Terapia Nutricional Domiciliar podem contribuir para a nutrição adequada e as estratégias de prevenção da alergia alimentar devem ser valorizadas como o aleitamento materno exclusivo, a introdução correta da alimentação complementar, assim como a disseminação dos conhecimentos por meio de pesquisas.

Não foram coletadas informações a respeito da idade de introdução das fórmulas lácteas e especializadas o que constitui uma limitação da pesquisa que deve ser observado nas análises e comparações com este estudo.

Agradecimentos

Ao Diretor do Hospital de Base do Distrito Federal, Luiz Carlos Schimin, por permitir a realização da pesquisa na unidade ambulatorial.

Referências

1. Ferreira CT, Seidman E. Alergia alimentar atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. *J Pediatr.* 2007;83:7-20.
2. Mansueto P, Montalto G, Pacor ML, Esposito-Pellitteri M, Ditta V, Lo Bianco C, *et al.* Food allergy in gastroenterologic diseases. *World J Gastroenterol.* 2006;12(48):7744-52.
3. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: recent advances in pathophysiology and treatment. *Annu Rev Med.* 2009;60:261-77.
4. Cortez AP, Medeiros LC, Speridiões PG, Mattar RH, Facundes Neto UF, Morais MB. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. *Rev Pal Pediatría.* 2007;25;106-13.
5. Lins MG, Horowitz MR, Silva GAP, Almeida MEF. Teste de desensateamento alimentar oral na confirmação diagnóstica da alergia a proteína do leite de vaca. *J Pediatr.* 2010;86:285-9.
6. Secretaria de Estado de Saúde (BR). Portaria nº 94, de 6 de dezembro de 2009 (acesso 12 fev 2010). Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br>.

7. World Health Organization (WHO). Child Growth Standards: Methods and development. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
8. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*; 2007; 85(9):660-7.
9. National Research Council (NRC). Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids. Washington (DC): National Academy Press; 2002.
10. Pereira ACS, Moura SM, Constant PBL. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. *Semina: Ciênc Biol Saúde*. 2008;29:189-200.
11. Branum AM, Lukacs SL. Food allergy among U.S. children: Trends in prevalence and hospitalizations. *NCHS Data Brief*. 2008;(10):1-8.
12. Machado M, Santanna C, Aires V, Rodrigues PP, Pinheiro MF, Teixeira M. Alergia ao látex e a banana em crianças com mielomeningocele na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50:83-6.
13. Medeiros LC. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. *J Pediatr*. 2004; 80;363-70.
14. Garside P, Millington O, Smith KM. The anatomy of mucosal immune responses. *Ann NY Acad Sci*. 2004;1029:9-15.
15. Giampietro PG, Kjellman NI, Oldaeus G, Wouters-Wesseling W, Businco L. Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol*. 2001;12:83-6.
16. Vieira GO, Glisser M, Araújo SPT, Sales AN. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J Pediatr*. 1998;74:11-6.
17. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2008 (acesso 07 jun 2010). Disponível em <http://www.saude.gov.br/pnds>.
18. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de 2 anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr*. 2009;27:258-64.
19. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, *et al*. Evolution of breastfeeding pattern. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:143-8.
20. Kirby M, Danner E. Nutritional deficiencies in children on restricted diets. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56:1085-103.
21. Ctenas ML, Vitolo MR. Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição; 1999.
22. Pontes da Silva GA. O uso de chupeta contribui para uma maior ocorrência de enteroparasitoses? *J Pediatr*. 1997;73:2-4.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2010 (acesso 07 jun 2010). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
24. Host A. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ES-PACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Arch Dis Child*. 1999; 81:80-4.
25. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics*. 2000;106:346-9.
26. Marco R, Pattaro C, Locatelli F, Svanes C. Influence of early life exposures on incidence and remission of asthma throughout life. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:845-52.
27. Kjellman NIM. Atopic disease in 7 year old children: incidence in relation to family history. *Acta Paediatr Scand*. 1977; 66:465-71.
28. Szajewska H, Horvath A. Meta – analysis of the evidence for a partially hydrolysed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Curr Med Res Opin*. 2010;26:423-37.
29. Von Berg A, Filipiak-pittroff B, Kramer U, Link E, Bollrath C, Brockow I, *et al*. Preventive effect of hydrolysed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervent Study (GINI). *J Allergy Clin Immunol*. 2008; 121:1442-7.
30. Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar. *Rev Bras Alerg Imunopatol*. 2008;31:64-89.

Endereço para correspondência:

Adriana Haack
SMHS – Área Especial – Q101
Brasília-DF, CEP 70381-701
Brasil

E-mail: adrianahaack@hotmail.com

Recebido em 29 de julho de 2011
Aceito em 16 de junho de 2017