

Custos diretos dos responsáveis pelos pacientes portadores de alergia alimentar à proteína do leite de vaca em uma unidade básica de saúde em Belém**Direct costs of responsible for patients with food allergy to cow's milk protein in a basic health unit in Belém**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-108

Recebimento dos originais: 15/08/2020

Aceitação para publicação: 17/09/2020

Kamylylly Reina Carneiro de Mendonça

Formação: Médica

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000.

E-mail: kamylylly.endoped@gmail.com

Luíza Pinheiro Nascimento

Formação: Acadêmica de medicina

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000

E-mail: luizanascimento98@hotmail.com

Isabela Blosfeld Mansour

Formação: Acadêmica de medicina

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000.

E-mail: isabela_blosfeld@hotmail.com

Anna Luiza Fonseca Siqueira da Silva

Formação: Acadêmica de medicina

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000.

E-mail: anna.luiza.9@hotmail.com

Ana Laura Nobre e Nobre

Formação: Acadêmica de medicina

Instituição de atuação atual: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 72 - Reduto, Belém - PA, 66053-000.

E-mail: analauranobre@hotmail.com

Letícia Pinheiro Nascimento

Formação: Médica

Instituição de atuação atual: sem vínculos.

Endereço: Av. Visc. de Souza Franco, 395 - Umarizal, Belém - PA, 66053-000.

E-mail: leticianascimento26@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar possíveis custos financeiros dos responsáveis pelas crianças inscritas no programa de alergia à proteína do leite de vaca em uma unidade básica de saúde. **Método:** Estudo observacional, transversal de caráter descritivo e analítico, realizada na Unidade de Saúde de Fátima em Belém/PA. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o parecer: 3.533.923. A coleta de informações foi desenvolvida a partir de um questionário semiestruturado e desenvolvida pelos autores. **Resultados:** As suplementações mais fornecidas são a FAAH- Fórmula nutricional à base de aminoácidos (47.1%) e a FEEH – Fórmula nutricional à base de proteína extensamente hidrolisada (42.9%), ambas estatisticamente significantes (* $p < 0.0001$) em relação às demais. **Conclusão:** O programa está ativo e através dos questionários aplicados, nota-se que a maioria dos responsáveis pelas crianças não possuem custos diretos com o leite, uma vez que, as latas são distribuídas corretamente à grande parte dos participantes.

Palavras-chave: Hipersensibilidade Alimentar, Substitutos do Leite Humano; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify possible financial costs of those responsible for the children enrolled in the cow's milk protein allergy program at a basic health unit. **Method:** Observational, cross-sectional study of a descriptive and analytical character, carried out at the Health Unit of Fátima in Belém / PA. The research was approved by the Ethics and Research Committee (CEP) under the opinion: 3,533,923. The collection of information was developed from a semi-structured questionnaire and developed by the authors. **Results:** The most supplied supplements are FAAH- Nutritional formula based on amino acids (47.1%) and FEEH - Nutritional formula based on extensively hydrolyzed protein (42.9%), both statistically significant (* $p < 0.0001$) in relation to the others. **Conclusion:** The program is active and through the questionnaires applied, it is noted that the majority of those responsible for the children do not have direct costs with milk, since the cans are correctly distributed to most participants.

Keywords: Food Hypersensitivity; Breast-Milk Substitutes; Epidemiology; Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A Alergia Alimentar (AA) se refere a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão ou contato com determinados alimentos¹. Dentre os alérgenos alimentares, a proteína do leite de vaca é considerada o mais frequente componente dietético causador de alergia². Na alergia ao Leite de Vaca (ALV) ocorre uma reação imune contra algumas proteínas presentes no leite de vaca, principalmente a beta-lactoglobulina, alfa-lactoalbumina e a caseína³.

A APLV pode ser classificada de acordo com o mecanismo imunológico envolvido em imunoglobulina E mediada, na qual as respostas são imediatas com aparecimento dos sintomas até duas horas após a exposição ao alérgeno; em hipersensibilidade não IgE mediada,

na qual as células imunológicas estão envolvidas em reações tardias; e as reações mistas em que as manifestações são decorrentes de mecanismos mediados por IgE associados a participação de linfócitos T e de citocinas pró-inflamatórias⁴. A maioria das respostas imunológicas de hipersensibilidade mediadas por IgE envolvem a pele, e nas não IgE, o trato gastrointestinal¹.

O diagnóstico da doença supracitada baseia-se nas manifestações clínicas, na resposta à dieta de exclusão e posteriormente no teste de desencadeamento duplo-cego controlado por placebo, considerado o padrão-ouro. Entretanto, devido às suas dificuldades práticas, rotineiramente faz-se opção pelo teste de provação oral aberto¹. Em caso de confirmação do diagnóstico, é preconizado novos testes a cada seis a doze meses, pois há uma possibilidade do desenvolvimento de tolerância. Dessa forma, evita-se a exclusão do alimento por um tempo maior do que o necessário⁵.

A APLV tem prevalência mundial de 2 a 3% nas crianças⁶. Esse índice vem aumentando devido ao hábito alimentar atual de substituir abusivamente o leite humano pelo leite de vaca, considerado o maior alérgeno alimentar para o grupo etário pediátrico por conter, aproximadamente, 20 componentes proteicos, repletos de diferentes graus de atividade antigênica⁷. Nos Estados Unidos, a prevalência é de 3,9%, contando com um aumento em 18% dos casos em 10 anos⁶. No Brasil, os dados sobre prevalência de alergia alimentar são escassos e limitados à grupos populacionais, o que dificulta uma avaliação mais próxima da realidade. Estudo realizado por gastroenterologistas pediátricos apontou ter uma incidência de alergia às proteínas do leite de vaca de 2,2%, e a prevalência de 5,4% em crianças entre os serviços avaliados^(3,8). Até o presente momento ainda não existem dados sobre a prevalência no Estado do Pará.

Apesar do aumento progressivo na prevalência desta patologia, vale ressaltar que há uma tendência de que aos 3 anos de idade, aproximadamente, cerca de 60 a 80% dessas crianças adquirirem uma tolerância à APLV⁷. A persistência pode ocorrer, geralmente, devido a manifestações graves, histórico familiar de atopia, níveis mais elevados de IgE específicas, entre outros. Entretanto, mesmo nas que desenvolvem tolerância, há o risco de adquirirem rinite ou até mesmo asma⁸.

O tratamento de alergia à proteína do leite de Vaca é importante para evitar o desencadeamento dos sintomas, a progressão da doença e a piora da manifestação alérgica, proporcionando um crescimento e desenvolvimento adequado na criança⁹. Tal tratamento tem como base a dieta de exclusão de leite de vaca e derivados que deve ser respaldada por um

diagnóstico preciso, pois a retirada desse alimento de maneira errônea pode colocar a criança em risco nutricional. A substituição da alimentação em crianças menores de seis meses ou complementação para maiores de seis meses é feita por fórmulas à base de proteína isolada de soja, de proteínas extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos, a depender de critérios clínicos⁹. Devido essas fórmulas hipoalergênicas serem produtos de elevado custo, foram implementados nos últimos anos diversos programas governamentais no país⁴.

Esses programas, implementados por meio de iniciativas municipais e estaduais, objetivam avaliar a indicação de tais fórmulas, minimizando seu uso desnecessário e reduzindo os recursos financeiros utilizados, assim como os riscos nutricionais advindos de uma indicação inadequada¹⁰. Entre esses programas, cabe citar o programa de alergia alimentar que foi desenvolvido pelo Núcleo de Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, em 2006, com o propósito de garantir a atenção necessária aos portadores de alergia alimentar¹¹, que conta com uma equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeira e médica pediatra.

O intuito de tal iniciativa é definir a necessidade de suplementação com fórmulas infantis especiais, realizar adequações dietéticas com vistas à dessensibilização alimentar, promover monitoramento do quadro clínico-nutricional evolutivo com elaboração mensal de consulta médico-nutricional e psicológica das crianças e/ou dos responsáveis, bem como o acompanhamento sistemático dos participantes, fornecendo, quando necessário, as fórmulas infantis especiais de elevado custo e garantindo que não haja distribuição contra-indicada¹². Pois, segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) pode-se estimar que o impacto no orçamento do Sistema Único de Saúde girou em torno de R\$ 659.212.776,41 para a aquisição de fórmulas hipoalergênicas no ano de 2018⁴.

Dessa forma, tendo ciência do elevado custo do tratamento da APLV, é possível sugerir que a incapacidade do programa em assegurar o fornecimento das fórmulas possa impactar financeiramente também às famílias desses pacientes, visto que precisariam adquirir as fórmulas infantis por conta própria. Nesse sentido, faz-se necessário identificar esses possíveis custos ou dificuldades enfrentados por essas famílias para contribuir na melhoria do programa e tratamento dessas crianças.

O objetivo do presente artigo foi identificar possíveis custos financeiros dos responsáveis pelas crianças inscritas no programa de alergia à proteína do leite de vaca em uma unidade básica de saúde.

2 MÉTODO

O presente estudo observacional foi desenvolvido em metodologia tipo transversal de caráter descritivo e analítico, desenvolvida na Unidade de Saúde de Fátima, Belém/PA, onde foi implantado pela Secretária Municipal de Saúde de Belém o Programa de alergia alimentar.

Tal programa funciona em três dias da semana, às terças, quartas e quintas-feiras no período da tarde, com a participação constante de uma assistente social e uma nutricionista. Essas profissionais avaliam mensalmente a necessidade das crianças de receberem as fórmulas infantis, adequando o tipo e a quantidade de latas prescritas. Além disso, é instruído aos pais ou responsáveis a importância da criança seguir as adequações dietéticas prescritas pela nutricionista e cuidados necessários no momento de reintroduzir o leite de vaca para melhor resultado do tratamento da APLV.

A pesquisa consistiu em 289 crianças de 0 a 36 meses, residentes no município de Belém, diagnosticadas por pediatra ou gastropediatra com alergia alimentar à proteína do leite de vaca incluídas no programa, que recebem o produto fornecido pela SESMA e que estão ativas no programa.

Os critérios de inclusão foram a criança precisaria estar inscrita no programa e o responsável da criança deveria consentir com o termo de consentimento livre e esclarecido. Já os critérios de exclusão fora irregularidade da criança no programa e responsável da criança não aceitar participar do projeto.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado questionários compostos por 19 questões, elaboradas com a intenção de coletar informações acerca do funcionamento do programa, de possíveis custos dos familiares para aquisição da fórmula infantil e o reflexo do programa na saúde das crianças portadoras de APLV. Esses questionários foram aplicados às mães ou responsáveis pelas crianças na Unidade de Saúde no momento em que os mesmos foram retirar as fórmulas mensais.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com parecer de número 3.533.923 com data de 26 de agosto de 2019, após aceite e assinatura dos TCLE's pelo pesquisador e pelos participantes.

Como o estudo limitou-se à análise de dados obtidos por questionários aplicados aos responsáveis das crianças pertencentes à população alvo da pesquisa, o risco envolvido dizia respeito à possível responsabilidade por danos morais aos responsáveis questionados.

Buscou-se prevenir os danos por meio de aplicação do questionário com termo de consentimento dentro das normas éticas de pesquisa, assim como assegurando o sigilo da identidade do entrevistado e das informações obtidas na coleta de dados.

Apesar dos riscos, verifica-se que a pesquisa trouxe diversos benefícios, tanto aos pesquisadores, como à comunidade médica e social, pois permitirá uma melhor compreensão dos custos diretos de portadores de APLV.

As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborado no software Microsoft® Office Excel® 2016. Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão. E, para a estatística analítica, utilizou-se o Qui-Quadrado Aderência na análise amostra geral para avaliar os resultados das variáveis categóricas da amostra.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no software BioEstat® 5.3 (AYRES et al., 2010). Para a tomada de decisão, adotou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

3 RESULTADOS

A população de estudo foi composta por 289 pacientes, sendo 116 (40.1%) do sexo feminino e 173 (59.9%) do sexo masculino, sendo uma diferença estatisticamente significativa (* $p = 0.0010$) entre as proporções encontradas.

A distribuição dos pacientes em faixas etárias mostrou uma diferença estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$). A faixa de maior proporção ficou entre 10 a 19 meses (38.1%), seguida da faixa de < 10 meses (29.4%) e de 20 a 29 meses (22.8%).

Entre os participantes da pesquisa, houve incidência estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) de pacientes que não realizaram o teste de provação oral (82.7%). Apenas 45 pacientes (15.6%) realizaram o exame.

Em relação ao acompanhamento mensal pela equipe do programa, houve uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) de pacientes que não recebem esse acompanhamento (57.8%). O especialista que acompanha a maior proporção dos pacientes, são os nutricionistas (38.1%), seguidos dos assistentes sociais (27.0%). Os pacientes procuram outros meios de atendimento e uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) são atendidos pelos planos de saúde (54.7%).

Uma grande proporção dos entrevistados não informou a frequência do acompanhamento (63.0%). Entre os que informaram, as mais frequentes são as mensais (23.2%) e a trimestral (6.9%), conforme tabela 1.

Tabela 1: Acompanhamento mensal pela equipe, USF, julho a outubro/2019

Acompanhamento mensal pela equipe	Frequência	% (N=289)
Recebe acompanhamento		
Sim	119	41.2%
Não*	167	57.8%
Ignorado	3	1.0%
Qual especialista		
Nutricionista	110	38.1%
Assistente social	78	27.0%
Pediatra	6	2.1%
Psicólogo	3	1.0%
Gastropediatra	2	0.7%
Imunologista pediatra	2	0.7%
Outros meios de consultas		
Plano de saúde**	158	54.7%
Particular	71	24.6%
SUS	47	16.3%
Plano de saúde e particular	3	1.0%
Não possui	10	3.5%
Frequência do acompanhamento		
Mensal	67	23.2%
Bimestral	3	1.0%
Trimestral	20	6.9%
Quadrimestral	3	1.0%
Semestral	3	1.0%
Anual	1	0.3%
Ignorado	182	63.0%
Não possui	10	3.5%

Fonte: PROTOCOLO DE PESQUISA

*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

As suplementações mais fornecidas são a FAAH- Fórmula nutricional à base de aminoácidos (47.1%) e a FEEH – Fórmula nutricional à base de proteína extensamente hidrolisada (42.9%), ambas estatisticamente significantes (* $p < 0.0001$) em relação as demais.

O número de latas prescritas varia de duas a vinte e quatro mensais, com média de 8 latas por mês. O intervalo com proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) foi de 8 a 10 latas por mês (47.1%).

Uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$), relatou que recebe a quantidade integral de latas prescritas por mês (93.8%). Apenas 16 pacientes não recebem a fórmula em sua integralidade (5.5%)

São ofertadas uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$), entre 7 a 9 latas por mês, aos pacientes, como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Distribuição segundo a suplementação recebida, USF, julho a outubro/2019

Suplementação	Frequência	% (N=289)
Qual suplementação recebe		
FAAH*	136	47.1%
FEEH*	124	42.9%
Soja	24	8.3%
FAAH e FEEH	3	1.0%
Ignorado	2	0.7%
Quantidade de latas prescritas		
02 a 04	25	8.7%
05 a 07	83	28.7%
08 a 10*	136	47.1%
Acima de 10	41	14.2%
Ignorado	4	1.4%
Recebe integral		
Sim*	271	93.8%
Não	16	5.5%
Ignorado	2	0.7%
Quantas latas são ofertadas		
0 a 03	8	2.8%
04 a 06	80	27.7%
07 a 09*	130	45.0%

10 a 12	51	17.6%
Acima de 12	10	3.5%
Ignorado	10	3.5%

Fonte: PROTOCOLO DE PESQUISA

*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

Uma proporção estatisticamente significativa (*p < 0.0001) de pacientes relata não gastar recursos próprios para adquirir as latas do leite (77.2%). Entre os 63 pacientes que referem ter custos próprios para comprar o alimento, a maioria gasta entre R\$100,00 a R\$199,00 (30.2%), seguidos dos que gastam entre R\$200,00 a R\$299,00 (22.2 %) e daqueles que possuem custo de R\$400,00 ou mais.

Não houve diferença estatisticamente significativa (p > 0.05), entre os valores gastos pelos pacientes, para aquisição das latas de leites não ofertadas pelo programa, conforme tabela 3.

Tabela 3: Custo com a suplementação, USF, julho a outubro/2019

Custo com a suplementação	Frequência	% (N=289)
Utiliza recursos próprios para adquirir as latas não ofertadas		
Sim	63	21.8%
Não*	223	77.2%
Ignorado	3	1.0%
Qual o custo médio por lata (reais)		n = 63
100 a 199	19	30.2%
200 a 299	14	22.2%
300 a 399	7	11.1%
400 ou mais	13	20.6%
Ignorado	10	15.9%
Mín / Média ± DP / Máx	100 / 308 ± 170 / 830	

Fonte: PROTOCOLO DE PESQUISA

*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

As pacientes, em uma proporção estatisticamente significativa (*p < 0.0001), afirma seguir corretamente as orientações das nutricionistas (97.2%), 4 não seguem e 4 não responderam ao questionamento (1.4% ambas). Dos 289 pacientes que compõem a amostra, 284 pacientes (98.3%) notaram melhoras nos sintomas da alergia, uma proporção

estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$). Apenas 3 deles (1.0%) não tiveram sucesso com a substituição do alimento.

Houve uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) de pacientes que já ingeriram leite de vaca, após o início do tratamento (61.2%). Dos que já ingeriram o leite de vaca, 144 (81.4%) notaram manifestações dos sintomas, esta proporção foi estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$).

Os sintomas que apresentaram manifestações significantes, foram os Sintomas Gastrointestinais (58.84%) e Sintomas Cutâneos (21.68%), dentre os demais, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Distribuição segundo a manifestação dos sintomas com a reintrodução do leite de vaca, USF, julho a outubro/2019

Manifestação dos sintomas	Frequência	% (N=289)
Já ingeriu derivados do leite de vaca, após o início do tratamento?		
Sim*	177	61.2%
Não	109	37.7%
Ignorado	3	1.0%
Notou a manifestação de sintomas		n = 177
Sim*	144	81.4%
Não	33	18.6%
De quais sintomas		n = 144
Sintomas Gastrointestinais	133	58.84%
Sintomas Respiratórios	17	7.52%
Sintomas Cutâneos	49	21.68%
Outros	6	2.65%
Ignorado	21	9.29%

Fonte: PROTOCOLO DE PESQUISA

* $p < 0.0001$ Teste G Aderência

A satisfação com o programa foi expressa por uma proporção estatisticamente significativa (* $p < 0.0001$) dos participantes (95.5%), sendo apenas 11 pacientes (3.8%) insatisfeitos com o atendimento.

Em decorrência da satisfação do programa ter alta proporção, poucos foram os que referiram dificuldade com o mesmo (19%). Entre as dificuldades citadas, a falta do gastropediatra foi o de maior proporção (9.0%), seguido da quantidade de latas prescritas

(3.5%), sendo que nenhuma das dificuldades apresentou proporção estatisticamente significativa, como mostra a tabela 5.

Tabela 5: Principais dificuldades com o programa, USF, julho a outubro / 2019

Principais dificuldades	Frequência	% (N=289)
Falta de gastropediatra	26	9.0%
Quantidade de latas	10	3.5%
Atraso na entrega	8	2.8%
Comunicação	6	2.1%
Outros	7	2.4%
Não opinaram*	234	81.0%

Fonte: PROTOCOLO DE PESQUISA

*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

Uma proporção estatisticamente significativa (*p < 0.0001) não sugeriu melhorias para o programa (70.6%). Entre as melhorias sugeridas está o atendimento pelo especialista no programa (10.7%) e a melhor comunicação com os pacientes (7.3%).

4 DISCUSSÃO

O programa de alergia alimentar que foi desenvolvido pelo Núcleo de Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belém é a referência atual para crianças no Estado do Pará com diagnóstico clínico comprovado de APLV. Nesse sentido, torna-se importante o conhecimento das características clínicas e sociais da clientela atendida, trazendo subsídios para o aprimoramento do funcionamento do programa.

Durante a pesquisa realizada, revelou-se um maior percentual de crianças do sexo masculino inscritos no programa, da mesma forma que a pesquisa publicada pela Revista Paulista de pediatria, demonstrando um percentual de 58,4% de meninos com APLV¹³.

Quanto a faixa etária, observou-se que a maior prevalência foi de crianças entre 10 a 19 meses, com diminuição progressiva até os 36 meses, sendo semelhante à resultados de uma pesquisa realizada por nutricionistas das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, que encontrou maior prevalência durante o primeiro ano de vida¹⁴.

O Ministério da Saúde preconiza que para a confirmação diagnóstica é necessária a presença de história clínica sugestiva da APLV e a realização do teste de provocação oral, sendo contraditório com os dados da pesquisa, uma vez que, apenas 45 dos 289 responsáveis

entrevistados relataram a realização do teste por meio de outras instituições ou recursos particulares, devido a indisponibilidade do mesmo na Unidade de Saúde. Tal dificuldade, pode eventualmente gerar um diagnóstico equivocado, ocasionando a oferta inadequada do tipo e da quantidade de fórmula ideal para cada criança⁵.

Outro custo indireto das famílias dos portadores, é a busca por acompanhamento de profissionais, visto que, 167 crianças não recebem a assistência prevista pela diretriz de funcionamento do programa. Além disso, entre as 119 que recebem o acompanhamento, apenas dois relataram ser da gastropediatra e/ou imunologista pediatra e seis da pediatra, gerando gastos com consultas particulares ou planos de saúde para aproximadamente 80% dos entrevistados.

As fórmulas infantis devem ter suas composições de acordo com as recomendações do Codex juntamente à Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵. E segundo o relatório de recomendação da CONITEC (2017), as fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEEH) são toleradas em 90% dos casos de crianças menores de seis meses e em 95% das crianças acima de seis meses. Assim, as FEEH são indicadas como primeira opção para todas as crianças até 24 meses com APLV mediadas e não mediadas por IgE. Divergindo assim da realidade atual do Programa de Alergia alimentar, em que 47,1% das crianças inscritas estão em uso contínuo da FAAH e 42,9% em uso da FEEH, o que gera mais custos ao Programa e às famílias que precisam comprar latas não fornecidas, visto que as fórmulas a base de aminoácidos (FAAH) são mais caras.

Segundo estudos realizados pela CONITEC, a base do tratamento da alergia alimentar é essencialmente nutricional, baseada em exclusão dos alérgenos alimentares responsáveis pela reação alérgica e utilização de fórmulas ou dietas hipoalergênicas. De uma maneira geral, notou-se um bom funcionamento da entrega de latas prescritas para cada participante, pois, 93,8% relataram receber a quantidade integral, dispensando qualquer custo para a aquisição das fórmulas. Porém, entre os 63 responsáveis que precisaram utilizar de recursos próprios, o custo girou em média de R\$ 308,00 reais nas ocasiões em que foram necessárias a compra de latas extras⁵.

Corroborando com o estudo previamente citado⁶, verificou-se que com a associação do uso das fórmulas infantis e adequações dietéticas prescritas pela nutricionista do programa, houve uma melhora dos sintomas em 98,3% das crianças portadoras da alergia à proteína do

leite de vaca e, naquelas em que o tratamento não obteve sucesso, pode estar relacionado ao não cumprimento da dieta ou uso da fórmula infantil inadequada para o tipo de alergia.

A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza que deve-se tentar reintroduzir o alimento a cada 6 a 12 meses de dieta de exclusão, para verificar se o paciente já desenvolveu tolerância¹⁶, o que foi realizado, visto que 61% já havia tentado essa reinserção. No entanto, foi observado que 144 crianças ainda apresentaram reações à derivados do leite de vaca mesmo com o início do tratamento, o que indica a necessidade de manter a dieta específica. Ainda sobre isso, foi observado que em 33 (18%) crianças os sintomas cessaram, o que sugere o desenvolvimento da tolerância e, assim, a possibilidade de suspensão da fórmula especial e alta do programa. Dai a necessidade do acompanhamento especializado ser disponível e mais regular, pois esse achado já poderia reduzir os custos para o SUS e para as famílias, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes que poderiam retornar à alimentação habitual para a faixa etária conforme o Guia alimentar para crianças¹⁹.

Tais achados de possível tolerância à proteína do leite de vaca diferem dos dados da Sociedade Européia de Gastroenterologia Pediátrica Hepatologia e Nutrição que, nos últimos anos, observou um melhor prognóstico de APLV em crianças, com uma taxa de remissão de aproximadamente 85% a 90%¹⁷. Porém, no presente estudo verificou-se que entre 177 crianças que já fizeram a tentativa de reintrodução de derivados de leite de vaca, aproximadamente 18% obtiveram remissão dos sintomas. No entanto, essa conclusão de remissão ou não deve ser melhor avaliada em estudo específico, visto que, não houve acompanhamento da evolução dos pacientes até o final do tratamento, pois não foi objetivo da presente pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Foi possível mensurar a importância do programa para as crianças portadoras de APLV, visto que, a pesquisa constatou 95,5% de satisfação entre os participantes apesar das dificuldades encontradas. Entre as dificuldades encontradas, a falta de especialistas disponíveis, e a quantidade de latas prescritas foram as situações mais pontuadas na aplicação da pesquisa, pois, é necessário um laudo médico que confirme o diagnóstico de alergia para efetivar a inscrição da criança, gerando assim, custos indiretos aos responsáveis. Outras questões apontadas foram em relação à problemas na comunicação entre os participantes e a equipe e o atraso na entrega das latas. Sendo estas, conseqüentemente, as principais sugestões de melhoria.

Com o trabalho podemos observar que o programa está ativo e através dos questionários aplicados, nota-se que a maioria dos responsáveis pelas crianças não possuem

custos diretos com o leite, uma vez que, as latas são distribuídas corretamente à grande parte dos participantes. Entretanto, a falta de especialista na unidade torna-se um obstáculo para o funcionamento pleno do programa, o que acaba gerando custos indiretos.

Além disso, constatou-se que a má comunicação com os profissionais dirigentes e a desorganização de datas para a entrega, dificultam o processo de recebimento da suplementação. Diante disso, verifica-se a necessidade de uma maior atenção por parte do sistema público a fim de minimizar os problemas encontrados, tornando o programa mais efetivo e gerando um maior benefício para a população e às crianças acometidas.

REFERÊNCIAS

1. Solé DS, Silva L, Cocco R, Ferreira C, Roseli S, Oliveira L, et al. (2018). Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia. 2. 10.5935/2526-5393.20180004.
2. Aguiar ALO., Maranhão Clarissa Marques, Spinelli Livia Carvalho, Figueiredo Roberta Marinho de, Maia Jussara Melo C., Gomes Rosane Costa 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. [Internet]. 2013 June [cited 2019 Nov 20]; 31(2): 152-158. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Solé DS, Silva L, Cocco R, Ferreira C, Roseli S, Oliveira L, et al. (2018). Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia. 2. 10.5935/2526-5393.20180005.
4. Brasil. Ministerio da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde da criança - Aleitamento materno e alimentação complementar [livro online]. Brasília: MS; 2015 [acesso em 20 nov 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação: Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca [livro online]. Brasília: MS; 2018 (acesso em 20 nov

- 2019). Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Recomendacao/Relatorio_Formulasnutricionais_APLV.pdf
6. Almeida D. Prefeitura garante leite especial a crianças com alergia alimentar (internet). Portal da Prefeitura Municipal de Belém. 2013 [acesso em 2017 out 29]. Disponível em: <http://ww3.belem.pa.gov.br/www/em-pauta/prefeitura-garante-leite-especial-a-criancas-com-alergia-alimentar/#more-1129>.
 7. Toporovski MS, Vieira MC, Spolidoro JV, Moraes Marcos Brito, Fagundes Neto Ubiraja. Alergia ao Leite de Vaca. In: Lopez FA, Campos-Junior D, editors. Tratado de Pediatria. São Paulo: Manole; 2007: 863-71.
 8. Alves JQ, Mendes JF, Jaborandy ML. Perfil nutricional e consumo dietético de crianças alérgicas à proteína do leite de vaca acompanhadas em um hospital infantil de Brasília/DF, Brasil. *Com. Ciências Saúde*. 2017; 28(3/4):402-412
 9. Brito CT, Da Silva JV, Garcia LR. Perfil nutricional de crianças atendidas pelo programa de controle de alergia à proteína do leite de vaca no município de Natal/RN. *Revista Humano Ser - UNIFACEX*, 2017, 3(1):1-18.
 10. Miranda L. Promotora da Infância reúne e avalia programa de alergia alimentar da prefeitura municipal (internet). Jusbrasil. 2014 [acesso em 2017 out 29]. Disponível em: <https://mp-pa.jusbrasil.com.br/noticias/158557248/belem-promotora-da-infancia-reune-e-avalia-programa-de-alergia-alimentar-da-prefeitura-municipal>.
 11. Brasil. Belém-PA. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento do “Programa de Alergia Alimentar”. Coord: Ref. Técnica Nutricional/SESMA e UMS Fátima/SESMA; 2017
 12. Gaspar A, Santos N, Piedade S, Santa-Marta C, Pires G, Sampaio G et al. Registro anual de anafilaxia em idade pediátrica num centro de Imunoalergologia. *Rev Port Imunoalergologia*. 2014; 22 (1):43-54
 13. Aguiar ALO, Maranhão CM, Spinelli LC, Figueiredo RM, Maia JMC, Gomes RC, 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.* [Internet]. 2013 June

- [cited 2019 Nov 20] ; 31(2): 152-158. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200004
14. . Kemp AS, Hill DJ, Allen KJ, Anderson K, Davidson GP, Day AS et al. Guidelines for the use of infant formulas to treat cows milk protein allergy: an Australian consensus panel opinion. *Med J Aust* 2008;188:109-12.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. O "Codex Alimentarius". [acesso em 20 nov 2019] Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388701/Codex+Alimentarius/10d276cf-99d0-47c1-80a5-14de564aa6d3>
16. Brasil. Ceará. Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo clínico para pacientes portadores de alergia à proteína do leite de vaca [livro online]. Fortaleza-CE: SESCE. 2015 [acesso em 20 nov 2019]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/08/protocolo_aplv_2_edicao_2019_.pdf
17. Borges W. Alergia alimentar: Uma abordagem prática. [publicação online]; 2014 [acesso em 20 nov 2019] Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Texto_Alergia_Alimentar_Portal_SBP_2014.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV); 2017. [acesso em 21 nov 2019] Disponível em: file:///C:/Users/hilan/Downloads/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores De 2 Anos; 2019. [acesso em 21 nov 2019] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf