

ADRIELE ERICEIRA BEZERRA
ÉRICA JARDIM RABELO
JOSELMA DAS MERCÊS ALMEIDA PEREIRA

INTOLERÂNCIA À LACTOSE EM CRIANÇAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Orientador: Profa Ma. Ludmilla B. Leite

São Luís

2016

Bezerra, Adriele Ericeira

Intolerância à lactose em crianças / Adriele Ericeira Bezerra; Érica Jardim Rabelo; Joselma das Mercês Almeida Pereira -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

35 f.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ms. Ludmilla Barros Leite Rodrigues

3. Intolerância à lactose. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Deficiência congênita de lactose. I. Título.

CDU: 159.922.7

ADRIELE ERICEIRA BEZERRA
ÉRICA JARDIM RABELO
JOSELMA DAS MERCÊS ALMEIDA PEREIRA

INTOLERÂNCIA À LACTOSE EM CRIANÇAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa Ma. Ludmilla B. Leite (Orientadora)

1º Examinador(a)

2º Examinador(a)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo dom das nossas vidas, obrigada Senhor, nossa força vem de ti!

Aos nossos pais, que sempre estiveram nos apoiando, nossas inspirações.

Aos demais parentes e amigos que nos passaram confiança durante toda esta jornada, que acompanharam nossas trajetórias de vida, renovando a fé existente para que fosse concretizado este sonho.

A nossa orientadora Ludmilla Leite por todo ensinamento repassado.

A todos os professores da Faculdade Laboro, que contribuíram para nossa formação, repassando ensinamentos e experiências.

E aos demais que contribuíram direta e indiretamente... Nosso muito obrigada!!!

RESUMO

Em qualquer idade, a alimentação é considerada de extrema importância, sendo muito mais que uma necessidade básica para a sobrevivência do indivíduo, pois além de tudo tem os nutrientes necessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção das funções fisiológicas do ser humano. Percebe-se que quanto mais jovem a criança, maior a dependência do suprimento adequado de nutrientes e maior o peso no envolvimento emocional relacionado às práticas alimentares. A intolerância alimentar está relacionada a um termo genérico que se refere às variadas manifestações clínicas decorrentes de reações adversas desencadeadas por alimentos. Já a intolerância a lactose é uma incapacidade parcial ou total de digerir a lactose, o açúcar do leite, a digestão torna-se difícil, e a lactose chega inalterada ao intestino grosso, onde é fermentada por bactérias que fabricam gases e ácido láctico. As principais manifestações consistem em diarreia, dor abdominal, distensão e flatulência pouco depois da ingestão de laticínios. Além de manifestações gastrointestinais, distúrbios respiratórios e cutâneos, e são muitas vezes, similares aos causados por alergias alimentares. Em crianças de maior idade, a intolerância à lactose pode ser diagnosticada com base na história e na observação de melhora após dieta isenta de lactose. Nos lactentes, utiliza-se quase sempre o teste de respiração de hidrogênio. Sendo assim a presente pesquisa mostra-se importante perante a saúde da criança, visto que o assunto abordado enfoca consequências sérias e limitantes para esse grupo de pessoas. A enfermagem vem a atuar de forma importante, mostrando que conhecer, orientar e buscar resolutividade continua sendo os métodos mais eficazes para que possamos controlar fatores agravantes que possam vir a afetar a saúde.

Palavras-chave: Intolerância à Lactose. Crianças. Lactentes. Alimentos. Reações.

ABSTRACT

At any age, food is considered of extreme importance, being much more than a basic necessity for the survival of the individual, because in addition it has the necessary nutrients for the growth, development and maintenance of the physiological functions of the human being. It is noticed that the younger the child, the greater the dependence of the adequate supply of nutrients and the greater the weight in the emotional involvement related to the alimentary practices. Food intolerance is related to a generic term that refers to the various clinical manifestations resulting from adverse reactions triggered by food. Already lactose intolerance is a partial or total inability to digest lactose, milk sugar, digestion becomes difficult, and lactose arrives unchanged in the large intestine, where it is fermented by bacteria that manufacture gases and lactic acid. The main manifestations consist of diarrhea, abdominal pain, bloating and flatulence shortly after the ingestion of dairy products. In addition to gastrointestinal manifestations, respiratory and cutaneous disorders, and are often similar to those caused by food allergies. In older children, lactose intolerance can be diagnosed based on history and the observation of improvement after a lactose-free diet. In the infants, the hydrogen breath test is almost always used. Therefore, the present research is important for the health of the child, since the subject addressed has serious and limiting consequences for this group of people. Nursing comes to play an important role, showing that knowing, guiding and seeking resolve continues to be the most effective methods for controlling aggravating factors that may have affected health.

Key words: Lactose Intolerance. Children. Infants. Food. Reactions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Geral.....	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4.1 Anatomia e Fisiopatologia do Sistema Gastrointestinal.....	14
5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	15
6 ALIMENTAÇÃO E SUAS INFLUÊNCIAS.....	17
7 DIFERENÇA DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE E ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE	19
8 DEFINIÇÃO, CAUSAS, SINAIS, SINTOMAS, TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO	20
9 CLASSIFICAÇÃO	25
9.1- Deficiência congênita de lactose.....	25
9.2- Deficiência primária de lactose.....	26
9.3- Deficiência secundária ou adquirida de lactase.....	26
10 CRIANÇAS CONVIVENDO COM A INTOLERÂNCIA À LACTOSE	26
11 CONDUTAS E CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM	29
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O leite é um dos mais importantes alimentos consumidos no mundo; e o primeiro a ser fornecido aos seres humanos assim que nascem, através do aleitamento materno. Altamente nutritivo, fonte de vitaminas, ferros e minerais e a principal fonte de cálcio da alimentação, nutriente fundamental junto com a vitamina D, para a formação e a manutenção da massa óssea; porém, todavia pode ocasionar prejuízos funcionais ao organismo pela resistência a enzima lactase dificultando a quebra de suas moléculas, o que dificulta a digestão; ou mesmo não sendo produzida em quantidade satisfatória para converter à galactose ou glicose (são monossacarídeos simples, nada menos que açúcar) extraídos dos alimentos consumidos sendo então levados a corrente sanguínea (SANTOS et al., 2014).

O leite materno supre todas as necessidades do lactente e, na impossibilidade de tê-lo como fonte alimentar principal, toda substituição deve ser cautelosa. O fato de o leite ser um alimento muito importante nos primeiros anos de vida faz com que toda situação clínica que indique suspensão ou restrição de sua ingestão deva ser seguida de perto, idealmente por pediatra e nutricionista (TUMAS; CARDOSO, 2008).

Algumas patologias que podem aparecer, acabam por se ter substituição do leite materno pelo leite de vaca na alimentação infantil. As situações mais comuns na prática clínica são casos de intolerância e alergia, entidades clínicas distintas, mas que costumam ser confundidas, pois frequentemente os termos "intolerância" e "alergia" são utilizados como sinônimos. No caso das alergias, prejudicam a digestão comuns a leites, ovos e mariscos; o que vem a depender da resposta imunológica do organismo a um certo ingrediente contido no alimento, correspondendo a duas fases: a exposição (contato) com o alimento e a segunda a reação; por outro lado a intolerância consiste em não conseguir digerir determinado alimento não envolve o sistema imunológico. Assim, torna-se fundamental o estabelecimento da diferença entre estas duas situações, já que elas podem implicar desde apenas um mal-estar até um choque anafilático (GALEGO et al., 2015).

Simplificando a intolerância parte de três condições, deficiência congênita de enzimas, implicando nas doenças intestinais; deficiência primária, ou seja, a criança já nasce com incapacidade de produção da lactose. Nesse caso produzindo efeitos colaterais logo após o nascimento uma vez e que leite materno, é comum

aos demais contendo também a lactose. O segundo geralmente causa influencia nas crianças menores de 5 anos de idade, sintomatologia persistente de diarreias, mucosas intestinais lesionadas. Significando uma deficiência temporária de lactose até que haja a reparação da mucosa, cerca de três semanas após a cessão do quadro diarreico. O terceiro mais comum a população característico da idade mais avançada. Sendo mais comum a raça negra (SPOLIDORO, 2012). Assim como de forma secundária ocasionadas por infecções virais (rotavírus) e parasitárias como ameba e giárdia (GALEGO et al., 2015).

A intolerância alimentar está relacionada a um termo genérico que se refere às variadas manifestações clínicas decorrentes de reações adversas desencadeadas por alimentos. Muitas causas destas reações adversas podem envolver mecanismos distintos, o que proporciona o aparecimento de sintomas clínicos. Os sintomas mais comuns são excesso de gases, devido as bactérias presentes no organismo; dor abdominal, cólica; com sensação de abdome expansivo; flatulência; diarreias; náuseas. Estes instigam a necessidade dos testes laboratoriais para confirmação do diagnostico: respiratório (a partir do hálito em intervalos de 15 a 30 minutos ,o gás expelido na expiração determinando a presença ou não da lactose após ingestão da mesma, o aumento de hidrogênio indica que a lactose está sendo utilizada indevidamente); sanguíneo (verifica-se a glicose em dois tempos, jejum e após ingestão de 50 g de lactose), coletado em períodos de 30,60,90 e 120 minutos; sempre relatar o peso da criança , será utilizado para base do cálculo da quantidade de lactose para o paciente específico; genotipagem (avalia o comportamento do DNA em relação a produção da lactose e simplesmente o parasitológico de fezes ,geralmente inespecífico, mas que vem a determinar a presença de ácidos nas fezes ocasionado pela presença da lactose na mesma, ph inferiores a 5,0 medidos por fitas reagentes, variações de 1 a 10 nos valores , a presença de substancia redutora acima de 0,5 estabelece má absorção (GALEGO et al., 2015).

A quantidade de lactose que irá causar sintomas varia de indivíduo para indivíduo, dependendo da dose de lactose ingerida, o grau de deficiência de lactase e a forma de alimento consumido (HEYMAN, 2006). Devesse ter um cuidado quanto a ocorrência da osteoporose, deficiência de cálcio; buscando-se outros meios alimentares como a soja que consiste em uma concentração reduzida de lactose (FERNANDES, 2015).

Tendo em vista a problemática exposta, o presente estudo se justifica no conhecimento da Intolerância à Lactose em Crianças. Portanto, buscamos desenvolver uma investigação para fornecer informações gerais acerca da patologia, realizando uma breve revisão sobre o conceito, causa e condutas de enfermagem no tratamento intolerância à lactose em crianças. Esse tema despertou nosso interesse devido ao grande número de criança que apresentam essa deficiência.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Demonstrar os achados na literatura sobre intolerância a lactose em criança fornecer aos profissionais de saúde os dados mais relevantes e atuais sobre a temática.

2.2 Específicos

- Expor as manifestações clínicas, causas, tratamento e as principais complicações da Intolerância à Lactose em Crianças;
- Descrever como as crianças convivem com Intolerância à Lactose;
- Elaborar as condutas de enfermagem com as crianças portadoras da intolerância à lactose.

3 METODOLOGIA

A intolerância a lactose pode ocasionar prejuízos funcionais nas paredes abdominais, muito comumente pela diarreia, horas após o consumo de lactose. Está normalmente deveria ser digerida na região da mucosa intestinal por enzimas que realizam o processo de fermentação. Embora a pessoas que já nascem com restrições desde o processo de amamentação, a as ocorrências mais tardias que podem surgir desde infecções ou reações alérgicas que afetem o intestino.

O tratamento basicamente está em torno de mudança nos hábitos alimentares evitando-se o excesso no consumo de produtos ricos em lactose; o que pode ocasionar um outro problema pelo baixo fornecimento de cálcio, proteínas e minerais; que devem estar em parâmetros ideais para realização de suas funções no organismo.

A criança tem o direito de crescer e se desenvolver-se bem, de forma tranquila e satisfatória, e a preocupação por problemas de saúde numa idade altamente precoce traz o interesse por identificar e saber agir frente a casos da melhor forma possível. Portanto Trata-se de uma pesquisa que utiliza a dialética com método científico, de modo a considerar as diferentes visões sobre o objetivo de estudo, sendo uma pesquisa realizada com problemática atribuída de natureza qualitativa (caráter exploratório, com manifestação subjetiva e esclarecedora)

Os objetivos são de caráter exploratórios e descritivos. Como procedimento técnico iniciou-se a pesquisa bibliográfica a partir de fontes documentais e bibliográficas. Essas foram levantadas em bases de dados científicos, teses, dissertações e revistas eletrônicas. Os descritores utilizados foram: Intolerância à Lactose em Crianças, alimentação intolerantes, crianças intolerantes, enfermagem e intolerância, lactose na infância e alimentação sem lactose.

O estudo foi desenvolvido no período de Junho a Janeiro de 2017. Tendo como critérios de inclusão para o estudo: publicações dos últimos dez anos; produção nacional e internacional com abordagem da Intolerância à Lactose em Crianças. A pesquisa desenvolveu-se através de buscas na internet nas bases de dados eletrônicas: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical LiteratuaryAnalysisandRetrievalSystem Online), SCIELO (The ScientificElectronic Library Online), e ColecionaSUS.

A apresentação dos resultados e a análise dos dados obtidos foram realizadas de forma descritiva, de modo a viabilizar a aplicabilidade da revisão elaborada e fornecer subsídios ao enfermeiro na tomada de decisão quanto à assistência de Enfermagem a crianças com intolerância à lactose, por toda a equipe de enfermagem, assim como de forma a esclarecer, tranquilizar e educar aos pais para agirem de forma correta, realizando todas as condutas determinantes para o bem estar da criança, que é as mudanças alimentares; alimentação com restrições, mas estas não necessariamente de exclusão mais de dosagens toleráveis que permitem viver sem a ocorrência de sintomas desencadeantes da intolerância a lactose. A importância do acompanhamento, também por parte do profissional pediatra para um crescimento e desenvolvimento pleno.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Anatomia e Fisiopatologia do Sistema Gastrointestinal

O sistema gastrointestinal é importante para a manutenção e sobrevivência do ser humano, pois o este necessita receber um aporte adequado de nutrientes. Portanto estes nutrientes ingeridos necessitam ser transformados em produtos solúveis e sofrer alterações químicas para assim serem absorvidos e assimilados, sendo este processo chamado de digestão. As funções dos órgãos que compõem o sistema gastrointestinal são as de: preensão, deglutição, digestão e absorção dos alimentos e a expulsão dos resíduos e eliminações destes em forma de fezes (DANGELO; FATTINI, 2008).

A função do sistema digestivo é a forma de fornecer nutrientes para o organismo. Nutrientes estes que são adquiridos através de uma boa alimentação, estes depois de ingeridos passam pela boca que é a primeira porção do canal alimentar, em seguida são conduzidas pela faringe e esôfago através de impulsos enviados pelos nervos vagos chegando ao estômago, onde ocorre o armazenamento de grandes porções de alimentos após a refeição, mistura destes alimentos com secreções gástricas, esvaziamento e condução desse alimento até o intestino delgado (GUYTON; HALL, 2011).

Para Mahan e Escott-Stump (2005), a intolerância a lactose é causada pela deficiência de lactase, uma enzima que digere o açúcar do leite. Esta deficiência pode ser desencadeada por um quadro de infecção do intestino delgado ou destruição das células mucosas por outras causas. Nas crianças, geralmente ocorrem após outras infecções ou condições.

Algumas pessoas nascem sem a capacidade de produzir lactase, que tem a função de quebrar o açúcar do leite, a lactose, em moléculas menores para que possam ser absorvidas. Por outro lado, em qualquer época da vida, pode aparecer esta incapacidade de produção ou uma inibição temporária, como por exemplo, na sequência de uma toxinfecção alimentar que trouxe dano a mucosa intestinal. Igualmente, a dificuldade pode advir de lesões intestinais crônicas, como nas doenças de Crohn e de Whipple, doença celíaca, giardíase, AIDS, desnutrição e também pelas retiradas cirúrgicas de longos trechos do intestino (síndrome do

intestino curto). A deficiência congênita é comum em prematuros nascidos com menos de trinta semanas de gravidez (MOTA, 2005).

Defeitos enzimáticos no sistema digestivo, também podem causar intolerâncias alimentares, como é o caso de intolerância a lactase, podendo resultar também de algum efeito farmacológico de drogas vasoativas, aminas presentes nos alimentos, como por exemplo, a histamina (ORTOLANI, 2006).

5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Durante a vida embrionária, é necessário que a mãe tenha um cuidado quanto sua alimentação para que não falem nutrientes adequados ao bom desenvolvimento fetal, uma vez que, caso falte pode ocorrer alterações estruturais, em órgãos e tecidos, no metabolismo, na regulação endócrina e expressão genética. Caso ocorra até o segundo trimestre, interfere na distribuição do fluxo sanguíneo e hormonal. O feto desvia nutrientes limitados para proteção de órgãos vitais como o cérebro. A consequência sofrida é o retardo no crescimento e desenvolvimento de outros órgãos. A regulação metabólica é afetada e causa diminuição das células betas do pâncreas, a massa muscular reduz-se, conseqüentemente, a oxigenação das gorduras, aumentando o armazenamento (MAJEM; BARTRINA, 2001).

A criança é acompanhada desde sua formação até atingir a idade adulta. O ministério da saúde possui um protocolo e criou a caderneta da criança, diferenciada pelas cores rosa e azul para meninas e meninos, respectivamente, apresentando informações desde o registro civil, como fazê-lo, direitos dos pais e da criança, os cuidados com a criança nos primeiros dias de vida, assim como a higienização do coto umbilical, amamentação, calendário vacinal, saúde bucal, saúde ocular e auditiva, sinais de perigo (amolecido, febril, alterações fisiológicas), cuidados quanto à desidratação e diarreias, prevenção de acidentes, como evitar agressões, registro dos profissionais sobre o que avaliado na criança, análise de alterações no desenvolvimento, fatores de risco como hospitalização durante a gestação, alterações físicas como olhos afastados, sinais de autismo, vigilância do crescimento, gráficos com a devida legenda para identificação atual do perímetro cefálico, IMC, peso, comprimento e registros da PA (PALOMBO et al., 2014).

O crescimento infantil refere-se às mudanças ocasionadas durante a evolução da fase da vida em que se encontra e esse desenvolvimento está em torno

de três critérios que são peso, altura e massa muscular. As crianças de seis a 10 anos têm estes acréscimos graduais e de forma lenta, contribuindo para seu crescimento sensorial e motor e alcançam a puberdade dos 11 aos 13 anos, meninas e meninos respectivamente. Essas alterações permitem que as mesmas compreendam seu próprio corpo. Ambos desenvolvem os membros em vez dos troncos, os meninos tendem a ter pernas e pés mais compridos. Em contrapartida, as meninas apresentam coxas e quadris mais avantajados. O fator crescimento poderá ser prejudicado em relação à má nutrição, doenças que prejudiquem o desenvolvimento físico, como o raquitismo por deficiência de vitamina D (GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

A princípio, todo e qualquer problema que possa surgir na criança, poderá ser evitado através de um bom acompanhamento de pré-natal e amamentação, no qual consistem todos os nutrientes essenciais até os seis meses, diminuindo gradativamente o risco a obesidade. Além disso, na área da pediatria consiste a puericultura, que tem por objetivo prevenir e promover a saúde, ou seja, está visa à saúde e não a doença, tratando não somente a criança como também a família, informando sobre os problemas que podem surgir à saúde da criança tendo conhecimento quanto o ambiente familiar, socioeconômico e cultural, aspecto de fundamental importância, pois o cuidado da criança parte da família e esta deve estar ciente das condições pré-existentes, cabendo a este profissional puericultor atuar como orientador, e educador para a saúde, abrangendo o contexto saúde/indivíduo/família/comunidade, para um crescimento satisfatório sem prejuízos decorrente de doenças ocasionadas na infância a vida adulta (DEL CIAMPO et al., 2006).

É uma tarefa que deve ser desempenhada em conjunto, todavia cabem ao profissional enfermeiro as consultas de enfermagem, sendo este o principal envolvido no que diz respeito à atenção primária, devendo ter cuidado em puericultura e possuir um conhecimento abrangente para conduzir as situações de acordo com intervenção necessária no processo saúde/doença (GAUTERIO; IRALAI; CEZAR-VAZ, 2012).

6 ALIMENTAÇÃO E SUAS INFLUÊNCIAS

Costuma-se dizer que somos reflexo do que comemos, e durante toda as faces da vida temos de ter um cuidado quanto a forma e os alimentos que estarão presente no nosso cotidiano. E esse cuidado deve estar redobrado as mulheres que estão amamentando seu filhos, abusando de fontes ricas em proteínas, potássio, ferro, cálcio entre outros. Este é o fator primordial para uma produção satisfatória de leite que satisfaça a fome do bebê. Quando não se tem essa preocupação acarreta na falta de produção de leite, desnutrição da criança, afetando sua alimentação de pelo menos seis meses exclusivo da amamentação materna, isso implica fornecer outros alimentos ao bebê, de acordo com as normas do Ministério da Saúde o que interfere num crescimento adequado que afasta possíveis complicações a está fase inicial de vida da criança como possíveis doenças oportunistas, da infância e na maioria das vezes intolerâncias ou alergias (BRASIL, 2012).

Quanto mais cedo é ofertado alimentos sólidos ou mesmo líquidos, diferentes do leite rico em nutrientes essenciais e nas dosagens corretas, pode vir a surgir o que chamamos de intolerância a lactose, proteína do leite não digerida, ocorrendo o acúmulo e complicações, processo conhecido como hipolactasia. Por isso é essencial e prioritário o cuidado durante toda a vida com a alimentação e principalmente durante a gestação, pois é daí que as crianças retiram as substâncias que lhes permitem crescerem saudáveis durante os primeiros dias de vida e manter para toda a vida (SALOMÃO et al., 2012).

À medida que vamos crescendo a lactose tornasse menos presente na alimentação e no caso da intolerância ocasionando fermentação no intestino, produção de gases como hidrogênio e dióxido de carbono principais causadores de flatulências, dores abdominais, sintomas comuns a intolerância; a lactose não digerida aumenta a pressão osmótica do intestino e resultar em fezes diarreicas, com perda de cálcio em consequência. Isto pode afetar a densidade óssea (MATTAR; MAZO, 2010).

Há uma necessidade e precaução não somente quanto a dose recomendada e tolerável ao leite como quanto ao fornecimento adequado de cálcio no organismo. Portanto que o cuidado com a saúde parte sempre do princípio e origem, que é a geração, com um pré-natal eficaz que esclarece todos os cuidados e necessidades da criança logo nos seus primeiros dias até o crescimento. As escolas

também devem buscar educar as crianças frente à alimentação, as incentivando a alimentar-se bem. De modo geral, as cantinas são associadas a este intuito, visando essa meta o Ministério da Saúde e da Educação implementaram uma portaria interministerial (nº1.010/2006), referente aos alimentos corretos a serem fornecidos nas cantinas e refeitório das escolas. Isso faz com que alimentos como refrigerantes, salgados fritos, sucos artificiais sejam deixados de lado, visando os sanduíches naturais e saladas de frutas, por exemplo. Devem-se definir estratégias na escolha de quais alimentos serem disponibilizados, readequar os merendeiros quanto aos alimentos a serem preparados como sucos naturais, cuscuz, vitaminas de frutas entre outros, assim como manter o ambiente limpo, informarem aos responsáveis para que mantenham estes hábitos saudáveis e utilizar, no preparo, água potável. A escola pode buscar divulgar entre os alunos a importância da alimentação saudável, utilizando de métodos como palestras e gincanas (CHAVES; BRITO, 2006).

O conselho de Alimentação Escolar, criado em 1994, pela Lei Federal nº8.913, é independente da prefeitura ou secretaria do estado, objetiva acompanhar desde a compra ao preparo dos alimentos. Definido como um órgão fiscalizador, deliberativo e de assessoramento, é composto de sete representantes, sendo estes um representante da sociedade civil, dois pais de alunos, dois representantes dos professores, um representante do poder legislativo e um representante do poder executivo. Visa um controle social, ou seja, qualquer pessoa interessada pode participar, visto a execução das políticas públicas (SILVA et al., 2013).

Segundo Irala e Fernandez (2001), a alimentação deve ser provida de alimentos variados, levando em consideração princípios como variedade, moderação evitando sobrecargas ou ausência de nutrientes. Não necessariamente eliminando por completo o alimento, mas controlar a quantidade e frequência com que são ingeridos, buscando o equilíbrio. Deve-se ter em mente a pirâmide alimentar, que apresenta particularidades da base ao topo sendo estes:

a) Os cereais, massas e raízes em sua base. E os ditos, carboidratos complexos, cabendo a este grupo, o arroz, o pão, batatas. São consumidos varias vezes ao dia, pois ajudam no bom funcionamento fisiológico, além de atividades motoras como falar e correr.

b) Na sequência, vêm as hortaliças e frutas fonte de fibras, minerais e vitaminas a este pertence à maçã, banana, cenoura, sua associação garante uma boa alimentação.

c) As proteínas são fundamentais para os ossos, pele, cabelos e unhas, como exemplos no dia a dia têm o leite, queijo, carne bovina, peixes, aves, feijão.

d) O topo da pirâmide fica por conta dos açúcares e gorduras ditos carboidratos simples, devendo ser consumidos em pequenas proporções sendo preditor a causar obesidade e doenças oportunistas.

A família deve estar atenta quanto à alimentação, visando três funções básicas: energia, plasticidade e regulação das funções orgânicas. É importante visar alimentos ricos em ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina D, fibras e fósforo. Manter o consumo moderado de proteínas visando um bom crescimento, pois os alimentos de origem animal fornecem mais que proteínas, sendo, também uma boa fonte de ferro.

7 DIFERENÇA DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE E ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE

A alergia à proteína do leite de vaca afeta até 20% dos pacientes com sintomas sugestivos de intolerância à lactose, isso porque essas patologias são frequentemente confundidas. Os sintomas mais freqüentes manifestam-se no trato gastrointestinal, trato respiratório e pele. Suas manifestações clínicas incluem prurido, vômito, diarreia, náusea, dor abdominal, broncoespasmo, constipação intestinal, dentre outras. O diagnóstico da alergia deve ser realizado com cautela, uma vez que seu tratamento se baseia na exclusão de todos os alimentos que contem a proteína do leite de vaca, pois sua presença é o fator desencadeante das reações alérgicas. Por outro lado, na intolerância à lactose, é preciso observar a tolerância individual, não sendo obrigatória a exclusão total do leite e de seus derivados (VASCONCELOS et al., 2012).

Para Rocha e Huth (2012) a intolerância à lactose pode ser descrita como uma afecção da mucosa intestinal o que a incapacita digerir a lactose devido à deficiência de uma enzima denominada lactase, que é responsável pela hidrólise da lactose em glicose e galactose. Já a alergia à proteína do leite de vaca acontece quando o sistema imunológico é atingido, desencadeando um mecanismo de ação contra o antígeno causador, gerando assim sinais e sintomas logo após a ingestão de leites e derivados. O agente responsável por essas reações são as proteínas do

leite de vaca como a caseína, lactoglobulina, lactoalbumina, soroalbumina, imunoglobulinas.

8 DEFINIÇÃO, CAUSAS, SINAIS, SINTOMAS, TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO

A deficiência de lactose é a mais comum deficiência enzimática em todo o mundo. Pessoas que portam deficiência da enzima intestinal lactose têm como consequência habilidade diminuídas para digerir a lactose (açúcar do leite) e experimentam sintomas de cólicas abdominais, flatulência e diarreia depois de ingerir leite ou seus derivados.

“A atividade da lactase é alta durante o período neonatal e de lactância em todas as espécies de mamíferos e em todas as populações humanas, mas declina na época do desmame. Após este período, a atividade da lactase é mantida em níveis baixos, geralmente menos de 10% da atividade do neonato.” (VOGEL, 2000; McPHEE; GANONG, 2007).

A intolerância à lactose pode ser descrita como uma afecção da mucosa intestinal que a incapacita a digerir a lactose devido à deficiência de uma enzima denominada lactase (PEREIRA FILHO; FURLAN, 2004), que é responsável pela hidrólise da lactose em glicose e galactose.

A intolerância à lactose é a intolerância a carboidrato mais comum e atinge todas as faixas etárias (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

A deficiência congênita à lactose aparece depois do nascimento quando a dieta contém lactose do leite. As causas da intolerância à lactose são atribuídas a distúrbios como a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) ou a infecções gastrintestinais como rotavírus (diarreias prolongadas, em torno de 14 dias) e giardíase (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2008).

A intolerância à lactose de início tardio assemelha-se a forma congênita, porém se manifesta numa fase mais tardia da vida. As principais manifestações consistem em diarreia, dor abdominal, distensão e flatulência pouco depois da ingestão de laticínios. Além de manifestações gastrointestinais, desordens respiratórias e cutâneas, e são muitas vezes, similares aos causadas por alergias alimentares. Portanto a intolerância alimentar deve ser considerada no diagnóstico

diferencial da alergia alimentar. O tratamento é diferenciado (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2008).

Uma vez que a lactose não é utilizada pelo organismo ela permanece no intestino delgado, instigando o aumento da pressão osmótica, podendo ocorrer diarreia deste tipo. Quando permanece no intestino delgado, tende a deslocar-se para o intestino grosso, influenciando o processo de fermentação que origina gases (H₂ E CO₂), sendo eliminados em pequenas proporções através dos pulmões e ácidos graxos como acético, butílico e lático (absorvidos e metabolizados de forma moderada, assim como a água. Esses fenômenos moderam a perda calórica e os quadros diarreicos, os sintomas de intolerância surgem pelo excesso de absorção destes elementos.

Intolerância em prematuros:” É uma fase que ocorre nos prematuros com menos de 34 semanas de gestação, quando a lactase é deficiente. O complexo lactase/florzina-hidrolase alcança níveis de 30% do valor que tem um recém-nascido a termo com 34 semanas de gestação e atinge 70% do valor entre 35 e 38 semanas. Esse incremento na atividade da lactase somente nas últimas semanas de gestação explica por que prematuros, comparativamente aos recém-nascidos a termo, apresentam digestão e absorção da lactose diminuída. Os níveis de lactase nos prematuros parecem aumentar rapidamente após o nascimento, mais do que o correspondente para fetos com a mesma idade gestacional” (AZIZ, 2015).

Em crianças de mais idade, a intolerância à lactose pode ser diagnosticada com base na história e na observação de melhora após dieta isenta de lactose. Nos lactentes, utiliza-se quase sempre o teste de respiração de hidrogênio. Os carboidratos não digeridos, como a lactose, no cólon resultam na produção de gases por bactérias. Amostras de respiração são analisadas para avaliar a quantidade de hidrogênio (WAITZBERG, 2009).

Consiste na eliminação dos laticínios agressores ou no uso de reposição enzimática. Nos lactentes, a fórmula de leite de vaca ou leite humano podem ser substituídos por fórmulas à base de soja. O leite pré-tratado (com lactose de origem microbiana) pode melhorar a absorção da lactose. Como os laticínios constituem uma importante fonte de cálcio, é necessário fornecer suplementos destes nutrientes para evitar a sua deficiência. O iogurte contém a enzima lactase inativa, que é

ativada pela temperatura e pelo pH do duodeno; esta atividade de lactose substitui a ausência de lactase endógena. O iogurte fresco pode ser mais bem tolerado do que o iogurte congelado (GALEGO et al., 2015).

Também vem a depender da gravidade de absorção da lactase. É importante ter o conhecimento inicial da tolerância adquirida, ou seja, do consumo máximo tolerado, o que não causará malefício ou mesmo desconforto ao indivíduo. Sendo esta de origem congênita, as medidas adotadas são bruscas, excluindo por completo da dieta; já a secundária, precisasse identificar primeiramente a doença de base. Portanto, são fatores extremamente importantes para concretizar a dieta, está mantendo os níveis de tolerância ou mesmo de substituição nos casos mais complexos. Se não for suficiente ainda teria a opção pelos fármacos (GALEGO et al., 2015).

Tudo que se é consumido passa pelo estômago, este como função tende a digerir os alimentos para que os nutrientes essenciais e nutricionais sejam absorvidos de forma adequada; o que não é aproveitável e utilizados seguem em direção aos intestinos. Porém a pessoas que não tem uma flora intestinal eficaz, neste caso implicando na quebra da lactose, ocasionando um acúmulo de glicose e a partir daí a intolerância.

É importante se atentar aos sinais e sintomas que a intolerância à lactose pode apresentar, visando por um conjunto amplo após a ingestão de leite e laticínios. Isso varia quanto à intensidade da intolerância e a resposta do organismo perante ingestão alimentar rica em lactose, em virtude da individualidade de cada ser humano. Além da diarreia, a pessoa pode apresentar dor e distensão abdominal, flatulência, náuseas e vômitos. Deve-se esclarecer, porém, que em muitos casos, podem ocorrer dor e distensão abdominal sem diarreia (ROCHA, 2012).

Os sintomas podem variar de acordo com o tipo de intolerância à lactose. Na secundária geralmente observa-se diarreia, dermatite perineal, flatulência, dor abdominal e distensão abdominal. Na deficiência primária, pode ocorrer dor ou distensão abdominal, aftas, flatulência, náuseas, vômitos ou déficit de crescimento. A intensidade dos sintomas depende da quantidade de lactose que cada pessoa pode tolerar. O tempo de esvaziamento gástrico, que é individual, pode influenciar o tempo para o aparecimento dos sintomas e sua intensidade (KRAUSE; MAHAN, 2008).

A intolerância não tem cura, pode ser tratada e controlada, geralmente surge na infância acometendo principalmente o público infantil. O tratamento inicial consiste de mudanças nos hábitos alimentares, eliminação dos laticínios agressores dependendo da gravidade de absorção da lactose. É importante ter o conhecimento inicial da tolerância adquirida, ou seja, do consumo máximo tolerado o que não causará malefício ou mesmo desconforto ao indivíduo, sendo está de origem congênita, as medidas adotadas são bruscas, excluindo por completo da dieta (SPOLIDORO; EPIFANIO, 2012).

Já a secundária, precisa identificar primeiramente a doença de base. Portanto, são fatores extremamente importantes para concretizar a dieta, está mantendo os níveis de tolerância ou mesmo de substituição nos casos mais complexos. Se não for suficiente ainda teria a opção de recorrer aos fármacos, reposição enzimática para pré-digestão da lactose no leite ou suplementar a lactase do próprio organismo (adicionar comprimidos ao leite ou polvilhar nos laticínios, como sorvete) claro sempre nos casos que avaliados e receitados por profissional especializados (GALEGO et al., 2015).

“A terapia de reposição enzimática com lactase exógena (+ β -galactosidase), obtida de leveduras ou fungos, constitui uma possível estratégia para a deficiência primária de lactase capazes de reduzir os sintomas e os valores de hidrogênio expirado em muitos indivíduos intolerantes à lactose. Não são capazes de hidrolisar completamente toda a lactose da dieta com resultados variáveis em cada paciente. As "lactases" exógenas estão disponíveis comercialmente na forma líquida e em cápsulas e tabletes, e possivelmente as diferentes preparações não são equivalentes a taxa real de eficácia apresenta resultados discrepantes, que decorrem do tipo de microorganismo utilizado, da contribuição da atividade residual da lactase da mucosa intestinal, e da dose de reposição utilizada” (MATTAR; MAZO, 2010).

Devesse procurar um profissional especializado para ter um acompanhamento nutricional, e então ingerir adequadamente as dosagens diárias toleráveis e até mesmo passar a substituir aos mais agressores pelos mais toleráveis. Visando uma vida normal, sem limitações, com qualidade de vida. Visto que muitos tendem a se auto avaliarem e agir por conta própria e eliminando a glicose por completo, sem saber os futuros e não muito distantes problemas de

saúde como a osteoporose devido à falta de cálcio presente nos ossos, dentes, além de outras funções que tem o leite como principal fornecedor de cálcio, assim como seus derivados. Em alguns casos a suplementação do cálcio é necessária (SANTOS et al., 2014).

Nos lactentes, a fórmula de leite de vaca ou leite humano podem ser substituídos por fórmulas à base de soja. O leite pré-tratado (com lactose de origem microbiana) pode melhorar a absorção da lactose. Como os laticínios constituem uma importante fonte de cálcio, é necessário fornecer suplementos destes nutrientes para evitar a sua deficiência. O iogurte contém a enzima lactase inativa, que é ativada pela temperatura e pelo pH do duodeno; esta atividade de lactose substitui a ausência de lactase endógena. O iogurte fresco pode ser mais bem tolerado do que o iogurte congelado (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A intolerância à lactose é difícil de diagnosticar apenas com base em sintomas. O diagnóstico desta patologia é solicitado pelo especialista ao laboratório para que forneça lactose pura ao paciente e, durante as horas seguintes, recolha amostras de sangue indicativas dos níveis de glicose. Se a intolerância se confirmar, a concentração de glicose no sangue aumenta muito pouco ou não aumenta, devido à baixa atividade da enzima. Outra maneira de diagnóstico seria através da verificação da acidez ou a cor das fezes, pois, em excesso, os ácidos produzidos e os açúcares não digeridos alteram o pH e a coloração fecal (MOTA, 2005).

Existem ainda, outros testes, onde, diagnóstico da intolerância à lactose pode ser baseado no aumento do Hidrogênio no ar expirado após ingestão de lactose, que é constatado através de um analisador de teste de respiração que, de forma indireta, mede a quantidade de hidrogênio produzida durante a fermentação da lactose pelas bactérias, exalado na respiração.

Para confirmar a suspeita de uma intolerância á lactose, três semanas, geralmente são suficientes para a confirmação. Se com a retirada do leite e seus derivados os sintomas desaparecerem, o resultado é considerado positivo. E se os sintomas reaparecerem quando os alimentos forem reintroduzidos, também (ORTOLANI, 2006).

9 CLASSIFICAÇÃO

Há três tipos de intolerância a lactose que são decorrentes de diferentes processos:

9.1- Deficiência congênita de lactose

Segundo Farias e Fagundes Neto (2006) é uma patologia rara, sua manifestação no recém-nascido ocorre logo após a primeira ou segunda ingestão de leite. Neste caso não existe a lactase, com vilosidades intestinais normais, apresentando distensão abdominal, vômitos, diarreia líquida, volumosa e com odor ácido que melhora com a suspensão da ingestão de leite e piora com a reintrodução do mesmo. No caso de persistência na ingestão do leite, o recém-nascido poderá apresentar dermatite perianal intensa e parada do crescimento.

A intolerância a lactose como já bem relatado dá-se quando a criança não tem uma alimentação plena de leite materno no período mínimo de seis meses, havendo inclusão de outros alimentos antes do tempo previsto, o que passa a ser percebido na faixa de cinco anos de idade. Porém este fator pode ser congênito, resultante de uma herança genética autossômica recessiva. Acometendo o indivíduo uma vez que a carga genética dos pais apresente-se de forma homocigota, desta forma os filhos desde casal receberam genes mutantes. O risco deste ocorrido é de um em quatro; entretanto vem a desencadear da associação das cargas dos heterocigóticos, podendo surgir após várias gerações, risco maior ainda em pais que tem algum grau de parentesco, desta forma preocupante e grave (MATTAR; MAZO, 2010).

A criança dá sinais de intolerância a lactose por meio de fezes amolecidas logo após amamentação ou mesmo ingestão de algo contendo lactose, em caso de lactentes devesse estar atento a alimentação da mãe, pois influencia diretamente na criança. A má absorção da lactose no adulto de forma primária é diferente da criança devido a forma molecular; no adulto a absorção é reduzida com o tempo de vida, na criança a enzima lactase está ausente (MATTAR; MAZO, 2010).

O leite é essencial para nosso crescimento saudável, não deve ser eliminado da dieta em sua totalidade por ser a principal fonte de cálcio, importante para os ossos, por isso a reintrodução de forma controlada e aos pouquinhos, a

ingestão associada a outros alimentos pode ser satisfatória neste período, e também de fermentados. No caso da intolerância congênita tornasse Terapia totalmente dietética, senso necessário excluir o leite materno ou complementares, além de vômitos, pode desencadear problemas renais e oculares; sendo esta forma de intolerância a lactose rara e potencialmente fatal (CASTRO et al., 2004).

9.2- Deficiência primária de lactose

Segundo Kligman et al. (2007), esse tipo de intolerância está relacionada ao padrão de desenvolvimento. Elevando-se relativamente ao final da vida fetal e começa a descrever por volta dos três anos de idade, nestas condições se pode prover a ocorrência de casos de intolerância à lactose extremamente prematuros e em algumas crianças e adultos.

9.3- Deficiência secundária ou adquirida de lactase

Segundo Farias e Fagundes Neto (2006), este tipo de intolerância à lactose é a mais comum, podendo ocorrer em consequência de doenças que causam algum dano a mucosa intestinal. Podendo ainda ocorrer em todos os tipos de cirurgias gastrointestinais e também em crianças prematuras. A digestão da lactose é limitada mesmo em seres humanos saudáveis, portanto sua ocorrência é comum após doenças que acometem o sistema, portanto sua ocorrência é comum após as doenças que acometem o sistema gastrointestinal.

10 CRIANÇAS CONVIVENDO COM A INTOLERÂNCIA À LACTOSE

Algumas crianças na primeira fase da infância e lactentes com deficiência de lactase não devem ingerir fórmulas infantis ou alimentos contendo lactose, até que se tornem capazes de tolerar ou digerir a lactose, esse acompanhamento deve ser feito por um profissional capacitado e especialista. A restrição parcial ou total da ingestão de leite e seus derivados é suficiente para controlar os sintomas. A ingestão de leite, fracionadas em pequenas porções no decorrer do dia podem ser toleradas, por crianças maiores e adultos, porém esta é uma questão absolutamente

individual, já que cada organismo reage de uma forma para a doença, levando em consideração o nível em que ela se encontra (ROCHA, 2012).

Nos supermercados hoje em dia a uma farta variedade de alimentos zero lactose o que permite que as pessoas com intolerância a lactose possam continuar a comer alimentos que fazem a alegria geral da população como achocolatados e biscoitos. O ideal é que busquem também ler aos rótulos, que recentemente sofreram alterações pela dificuldade de compreensão quanto aos ingredientes e que muitas pessoas passavam a consumir por falta de clareza em utilizar terminologias desconhecidas ao público leigo e que acabavam consumindo e sentindo-se mal. Apresentando sintomas referentes a intolerantes (MORAIS et al., 2014).

A intolerância à lactose pode ocorrer em qualquer idade, é extremamente raro ser intolerante à lactose desde o nascimento. Nas crianças, a intolerância à lactose se torna mais comum após os 5 anos de idade. A maioria das crianças tem lactase quando nasce e pode digerir lactose enquanto bebês. A lactose é o açúcar principal do leite materno. Se uma infecção ou alergia alimentar afetar o intestino delgado, a criança pode desenvolver intolerância à lactose, causando uma redução da lactase. (ROCHA, 2012).

Os responsáveis pelas crianças intolerantes à lactose devem ser orientados a ler os rótulos dos alimentos que serão consumidos, afim de verificar se há presença de leite e lactose na composição do produto, pois não existe cura para esta doença, mas é possível tratar os sintomas limitando ao ingestão do leite e seus derivados (MACHADO et al., 2012).

Devem ficar atento ao grau de comprometimento que essa criança tem, se a intolerância não for grave, não precisa excluir da dieta qualquer alimento que contenha lactose. Aos poucos vai se descobrindo quais alimentos lácteos a criança pode ingerir sem sentir tantos sintomas, claro que tudo com auxílio médico (AZIZ, 2015).

Atualmente já se tem vários produtos sem lactose à disposição, como queijos, requeijão, iogurtes, leites, biscoitos, pães, bolos, entre outros. Outro substituto para o leite são as bebidas vegetais, entre elas o leite de arroz, leite de amêndoas e o leite de castanhas (BRASIL, 2012).

Segundo Kaufman (2005), é indicado o consumo de vegetais de cor verde escura como o brócolis, a couve, o agrião, a mostarda, o repolho, o nabo, peixes que tenham ossos moles como o salmão e sardinhas, mariscos e camarão, que são fontes ricas de cálcio. Para isso é necessário o acompanhamento direcionado dos pais a incentivarem essas crianças a adaptarem o paladar desde cedo para estes alimentos.

Figura 1- Descrição de alimentos que contém ou não lactose em sua composição.

Alimentos	Sem lactose	Com lactose
Laticínios	Bebidas à base de soja ou arroz, leite sem lactose.	Queijos envelhecidos, manteiga, creme de leite, ricota, leite condensado ou evaporado, chocolates, sorvetes, leite integral ou desnatado, leite fermentado, coalhada, iogurtes.
Pães e massas	Pão francês e italiano, cereais, cevada, macarrão, batata, arroz, bolacha água e sal.	Cereais matinais com leite, pães, panquecas <i>waffles</i> e bolos feitos com leite.
Gorduras	Margarinas, óleos vegetais.	Manteiga, requeijão, molhos cremosos à base de leite.
Frutas e vegetais	Frutas e vegetais frescos, cozidos ou em suco.	Preparados na manteiga, com molhos cremosos ou com iogurtes.
Carnes e substitutos	Carnes vermelhas, frango, peixes, ovos, nozes, amendoim, soja, tofu.	Embutidos, carnes preparadas com queijos ou molhos cremosos, pizzas, omeletes e suflês preparados com leite.
Sopas, molhos	Preparados sem leite.	Preparados com leite ou queijos, molho branco.
Sobremesas e doces	Bolos, tortas, sorvetes – preparados sem leite, geléias, chocolates, mel, xarope de glicose, melado, adoçantes artificiais.	Pudins, bolos, tortas, sorvetes, chocolates, caramelos, creme chantilly.

Fonte: Tumas; Cardoso, 2008

Quando você se depara com algum caso de criança com intolerância à lactose, é muito importante que os pais/ responsáveis fiquem atentos para alguns detalhes e assim ir orientando a criança para que aos poucos ela possa começar a desenvolver o auto cuidado:

- ✓ Conhecer os alimentos contém a lactose como por exemplo, leites, salsichas, patês, margarinas, sorvetes, molhos, alguns embutidos, cereais enriquecidos, sopas instantâneas e comidas prontas).

- ✓ Aprender a ler as etiquetas dos alimentos enlatados para comprovar se algum alimento apresenta ou não a lactose, e advertências como a que indique que “pode conter vestígios de leite”.

- ✓ Conhecer os lácteos sem lactose, já que existem marcas de leite que comercializam uma gama de produtos sem lactose, que podem tornar mais suportável a necessidade de excluir total ou parcialmente os lácteos de uma dieta.

- ✓ Experimentar na cozinha e buscar receitas livres de lactose que possam ser preparadas em casa.

11 CONDUTAS E CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM

O cuidado ao paciente intolerante deve ser acompanhado junto a equipe multiprofissional de saúde das unidades a fim de que haja qualidade de vida. Os profissionais enfermeiros devem manter prontuários atualizados, avaliando de forma geral, que consiste na anamnese, exame físico, dados propedêuticos (peso, altura, IMC e etc.), de acordo com o sexo e idade para um crescimento e desenvolvimento adequado das crianças; Além de orientações quanto ao cuidado com a alimentação, explicar as restrições dietéticas à família; identificar fontes alternativas de cálcio (os vegetais escuros como o espinafre, assim como ovos, feijão), bem como meios de controlar os sintomas e evitar doenças pela falta de cálcio, vitamina D e déficit de energia, que pode vir a prejudicar o desenvolvimento estrutural das crianças, podendo não se reverter o quadro (MACHADO et al., 2012).

Substituir a formula do leite de vaca ou o leite humano por uma fórmula a base de soja; no caso dos lactentes, não excluir por completo, para evitar falta de nutrientes essenciais a esta fase da vida da criança; limitar o consumo que é a dose tolerável ao dia, geralmente em torno de 12g que equivale a um copo de 150ml; tomar o leite com outros alimentos; consumir queijo duro, ricota ou iogurte em lugar de ingerir leite. Orientar para que seja relatado qualquer alteração existente, da importância de evitar os sintomas e até mesmo extrapolar no consumo tolerável aos alimentos e em casos mais graves procurar um profissional especializado (GALEGO et al., 2015).

Manter o responsável ciente da importância de realizar o tratamento de forma correta sem prejuízos funcionais ou mesmo da identificação precoce a intolerância a lactose. Ir em busca dos sinais e sintomas que geralmente apresentam desconfortos digestivos (cólicas e diarreias), assim como falta de peso de acordo com a idade, dependendo da frequência diarreica pode ocorrer desidratação, acidose metabólica e etc. (AZIZ, 2015).

Destacasse a importância de o profissional enfermeiro tranquilizar e explicar as mães lactentes que acabam sentindo-se frustradas, ansiosas e preocupadas com a possibilidade de não amamentar seus filhos da forma que gostariam e imaginaram, essas acabam por ter de suspender momentaneamente leite do peito para realização de testes, e assim utilizar as alternativas existentes como fermentação do leite, que permite a perda da concentração da lactose presente inicialmente ou mesmo amamentar em curto tempo e com menor frequência de forma que não agrida a mucosa intestinal (NEVES et al., 2013).

Portanto tudo provém de uma equipe bem treinada, que trabalhe em equipe de forma produtiva, organizada, focando qualidade ao atendimento prestado. Vale ressaltar que as crianças lactentes, que alimentam-se exclusivamente de leite materno tem muito menos quadros de intolerância, está costuma dar-se por volta dos 5 anos de idade, quando é ofertado outro tipo de leite, geralmente o de vaca, assim como outros alimentos derivados do leite.

O principal objetivo foca-se em evitar que os sinais e sintomas se agravem. Ter total controle da doença faz-se necessário para que a criança e o responsável entenda que se pode ter uma vida normal, apenas obedecendo às orientações dadas pelos profissionais de saúde.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intolerância à lactose é ocasionada pela falta da enzima lactase, pela produção insuficiente ou má funcionamento, que é produzida pelas células do intestino delgado e sua função é separar a lactose em dois tipos de açúcar menos complexos chamados glicose e galactose. Pode provocar déficit de vitaminas, minerais e ácidos graxos essenciais perdidos por diarreias prolongadas. Tendo forte influência sobre a vida das pessoas que apresentam os sintomas, pois afeta não só a saúde, como a qualidade de vida dos mesmos.

Os sintomas variam de intensidade e vão depender da quantidade de lactose que cada um consegue tolerar. O diagnóstico cuidadoso é fundamental para que não sejam adquiridas condutas restritivas desnecessárias com relação à ingestão do leite de vaca, especialmente na dieta de crianças, uma vez que este alimento é uma fonte importante de nutrientes diretamente envolvidos no processo de crescimento. O cuidado com o portador com intolerância à lactose deverá ser específico.

Com a análise dos trabalhos revisados, podemos afirmar que pouco se tem discutido sobre as condutas da enfermagem na intolerância a lactose, acreditamos que nosso trabalho servirá de contribuição para a profissão e a sociedade e para as famílias cuidadoras envolvidas no processo. Ao aumentarmos nossa reflexão, percebemos que o nosso compromisso pessoal e profissional com o cuidar e o educar é contínuo e, nesta proposta específica.

Toda doença crônica acarreta situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar na estrutura familiar. Porém, esse equilíbrio pode se dar através do resgate e mobilização de recursos necessários, onde a equipe de saúde deve estar muito atenta, pois ela representa uma possibilidade de re-significação e adaptação, reduzindo o impacto da doença tanto para a criança, quanto para a família-cuidadora e sociedade.

Ao término desse trabalho, espera-se que as informações aqui prestadas, possam contribuir para novos estudos em torno da Intolerância a Lactose. Por tanto a pesquisa deixa sugestões para trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

AZIZ, C. G. Uso de fórmulas sem lactose. **Pediatria Moderna**. v.51, n.11, p. 381-385. nov. 2015. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6182>. Acesso em: 10 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

CASTRO, M. M. et al. Intolerancia congénita a la lactosa y hepatoesplenomegalia: A propósito de un caso. **Arch. Pediatr. Urug**. v.75, n.4, Montevideo dic. 2004.

CHAVES, L. G.; BRITO, R. R. **Políticas de Alimentação Escolar**. Brasília: Centro de Educação a Distância – CEAD, Universidade de Brasília, 88 p. 2006. - (Profucionário - curso técnico de formação para os funcionários da educação). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/12_pol_aliment_escol.pdf>. Acesso em 04 jan 2017.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana básica**. São Paulo: Atheneu, 2008.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 739-743, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>> Acesso em 11 out 2016.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências Nutricionais**, 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

FARIAS, F. F; FAGUNDES NETO, U. Intolerância aos carboidratos. **Rev. Associacao Med**. v.36, n.1, São Paulo, 2006.

FERNANDES, T. F. Intolerância a Lactose. **RBM**. v.72, n.6, p. 267-270, jun, 2015.

GALEGO, M. et al. Estudo Sobre a Intolerância á Lactose. **Revista UNINGÁ Review**. v. 22, n. 1, p. 24-27, Abr /Jun, 2015.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GAUTERIO, D. P.; IRALAI, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.3, p. 508-513, mai/jun. 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

HEYMAN, M. B. LACTOSE INTOLERANCE IN INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS. **PEDIATRICS**. v.118, n.3, p. 1279-1286. 2006.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

IRALA, C. H.; FERNANDEZ, P. M. **Manual para escolas peso saudável: a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.sonutricao.com.br/downloads/Manual_para_Escolas.pdf> Acesso em 10 dez. 2016.

KAUFMAN, D. **Intolerância à Lactose**. Publicado em: 20 nov. 2005. Disponível em: www.dinakaufman.com. Acesso: 03 nov 2016.

KLIGMAN, R.M. et al. **Textbook of pediatrics**. 18 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007.

KRAUSE; MAHAN, **Cuidado Nutricional para pacientes com Doença Intestinal/Cuidado Nutricional na Alergia e Intolerância Alimentar**. In:---. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia., 16 ed. São Paulo: Roca, 2008.

MACHADO, E. R., PAULA, R. M., SILVA, A. F. P. Aptidão do Enfermeiro no Auxílio à Nutrição de Lactente com Intolerância à Lactose e Alergia à Proteína do Leite de Vaca. **Revista: Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.16, n.4. p. 61-76. 2012. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26029236005>>ISSN 1415-6938>. Acesso em: 12 nov 2016.

MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição & dietoterapia**. Tradução de Andréia Favano. 11ed. São Paulo; Roca, 2005.1242 p.

MAJEM, L.; BARTRINA, J. **Obesidad infantil y juvenil: ESTUDIO**. Enkid. Barcelona. Masson. 2001.

MATTAR, R.; MAZO, D. F. F. Intolerância á Lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.56, n.2, São Paulo, 2010.

MCPHEE, S. J.; GANONG, W. F. **Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica**. 5 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2007. 642 p.

MORAIS, C.M.Q.J. et al. Avaliação das informações referentes à presença ou não de glúten em alguns alimentos industrializados. **Rev Inst Adolfo Lutz**. São Paulo; v.73, n.3, p.259-63. 2014.

MOTA, E. D. **Alimentação Natural: uma opção que faz a diferença**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

- NEVES, C. V.; Marin, A. H. **A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.198-214, jan./jun. 2013. Disponível: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-59920>>. Acesso em: 10 nov 2016.
- ORTOLANI, C. Alergias alimentares e intolerâncias alimentares. **Gastroenterologia Clínica**. v.20, n.3. p.467- 483, 2006.
- PALOMBO, C. N. T. et al. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, número especial, p.60-7. 2014.
- PEREIRA FILHO, D.; FURLAN, S. A. **Prevalência de intolerância à lactose em função da faixa etária e do sexo: experiência do Laboratório Dona Francisca, Joinville (SC)**. Revista Saúde e Ambiente / Health and Environment Journal, v. 5, n. 1, jun. 2004
- ROCHA, L. C. S. C. **INTOLERÂNCIA À LACTOSE: conduta nutricional no cuidado de crianças na primeira infância**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em NUTRIÇÃO CLÍNICA) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2012.
- SALOMÃO, N. A. et al. Ingestão de cálcio e densidade mineral óssea em mulheres adultas intolerantes a lactose. **Rev. Nutr.** v.25, n.5, Campinas, sep./oct. 2012.
- SANTOS, F. F. P. et al. INTOLERÂNCIA À LACTOSE E AS CONSEQUÊNCIAS NO METABOLISMO DO CÁLCIO. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Ano 2, v. 2, Número Especial, jun, 2014.
- SILVA, M. V.; DANELON, M. S. Conselhos de Alimentação Escolar (CAEs): análise dos pareceres conclusivos sobre a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 20, n.1, p. 122-135. 2013. http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/volume_20_1_2013/20-1_artigo-10.pdf Acesso em 07 jan. 2017.
- SPOLIDORO, J.V. N.; EPIFANIO, M. Tolerância á lactose e alergia ás proteínas do leite de vaca: patologias complementares-porque restringir as duas. Moreira Jr. Editora. **Pediatria Moderna**. v.48, n. 12, dez. 2012.
- TUMAS, R., CARDOSO, A. L. Como conceituar, diagnosticar e tratar a intolerância à lactose. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica. v.34, n.1, p.13-20. 2008.
- VASCONCELOS, F. A. G. et al. **Manual de orientação sobre a alimentação escolar para portadores de diabetes, hipertensão, doença celíaca, fenilcetonúria e intolerância a lactose**. 2. ed. – Brasília, 2012. 54 p.
- VOGEL, F. **GENÉTICA HUMANA: Problemas e abordagens**. 3 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000. 508-511p.

WAITZBERG, D.L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4.ed. São Paulo: Atheneu, v. 2, 2009.