



16º Congresso de Iniciação Científica

PREVALÊNCIA DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE EM PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Autor(es)

RENATA RUIVO SOFIA LOPES

Co-Autor(es)

ADERBAL SABRA
GABRIELA COELHO CABRAL
GUSTAVO RODRIGUES
SELMA SABRA

Orientador(es)

ADERBAL SABRA

1. Introdução

A lactose está presente em diversos tipos de leite, e todos os mamíferos, inclusive o ser humano, quando nascem em condições normais, estão aptos a digerir este açúcar (Uggioni & Fagundes, 2006). No entanto, 75 % da população mundial sofre de intolerância à lactose (Uggioni & Fagundes, 2006; Téó, 2002), que é uma incapacidade para digerir completamente esse dissacarídeo predominante no leite (Téó, 2002). Para que possa ser assimilada pelo organismo é necessário que a lactose seja hidrolisada em galactose e glicose no intestino delgado, pela ação da enzima lactase, também chamada de beta galactosidase (Uggioni & Fagundes, 2006; Téó, 2002). A ausência dessa enzima na mucosa intestinal implica na não absorção e utilização do açúcar (Uggioni & Fagundes, 2006).

A ocorrência de uma variação ontogenética determina maior prevalência de deficiência da lactase em certos grupos étnicos, principalmente negros e amarelos (Sabra, 1994). Estudos realizados em diferentes partes do mundo demonstram que a intolerância à lactose apresenta alta prevalência mundial, variando em relação ao grupo étnico, podendo chegar a 100% em algumas regiões da África, e menos de 1% na Dinamarca. Há uma teoria que preconiza que a persistência da lactase no adulto é um traço adaptativo da evolução do homem. No Brasil, a miscigenação, associada às condições precárias de higiene, com constante contaminação do tubo digestivo, originam baixa atividade da lactase nas crianças (Sabra & Wills, 1994).

A intolerância à lactose pode ser classificada como primária, quando há um defeito intrínseco da enzima; ou secundária, quando ocorre um dano na mucosa intestinal com conseqüente falta da mesma. Algumas causas do distúrbio primário são: deficiência de lactase do prematuro; deficiência de lactase congênita; e deficiência de lactase do tipo adulto. O distúrbio secundário pode ter como causas: doença

celíaca; fibrose cística; alergia à proteína heteróloga; desnutrição; retocolite ulcerativa; síndrome do cólon irritável; giardíase; utilização de algumas drogas; entre outras (Téo, 2002; Sabra & Wills, 1994).

A lactose não digerida, conforme passa pelo cólon, é fermentada por bactérias colônicas, havendo produção de ácidos orgânicos de cadeia curta e gases (Téo, 2002). Isto resulta em diversos sinais e sintomas clínicos, como: diarreia significativa acompanhada de desidratação, principalmente nas crianças de baixa idade; evacuação explosiva logo após a ingestão do alimento; assadura perianal; distensão e dor abdominal; flatulência; desnutrição; acidose metabólica; e enterite necrosante (Téo, 2002; Sabra & Wills, 1994; Moriwaki & Matioli, 2000).

Diante de um quadro clínico que leve a suspeita de intolerância à lactose, deve-se iniciar a investigação diagnóstica por uma anamnese dirigida, seguida de exame físico detalhado e testes que avaliem a digestão e absorção desse carboidrato. Os exames complementares disponíveis são a pesquisa de açúcar nas fezes, a determinação do pH fecal, o teste de tolerância com sobrecarga oral de lactose, o teste de hidrogênio expirado, a biópsia intestinal, entre outros (Teves & Medina & Espinoza et al., 2001).

O tratamento da intolerância à lactose consiste basicamente na retirada ou diminuição desse açúcar da dieta, o que leva ao desaparecimento progressivo dos sintomas. Uma das grandes preocupações com a redução da lactose da alimentação é a garantia do fornecimento de quantidade apropriada de proteínas, cálcio, riboflavina e vitamina D, cuja maior fonte é o leite e seus derivados. É de fundamental importância um planejamento dietético apropriado em crianças, que assegure um crescimento satisfatório (Uggioni & Fagundes, 2006; Sabra & Wills, 1994).

Estudo realizado no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004, no Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará / Universidade Federal do Pará concluiu que dentre as principais causas de diarreia crônica, a intolerância à lactose é responsável por quase metade dos casos (46%) (Amorim & Koury & Damasceno, 2005).

Outro estudo, realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nacional Daniel A. Carrión, no Peru, utilizou o teste de sobrecarga oral com lactose e concluiu que 50 pacientes (de um total de 56) apresentaram curva anormal de tolerância ao dissacarídeo testado (Teves & Medina & Espinoza et al., 2001).

2. Objetivos

Identificar a prevalência da intolerância à lactose, em pré-escolares e escolares, de 2 anos à adolescência, no município de Duque de Caxias e, posteriormente, orientar as ações da Prefeitura de Duque de Caxias, das instituições particulares de ensino, e de pais e responsáveis, quanto à dieta adequada a ser oferecida às crianças portadoras de intolerância à lactose.

3. Desenvolvimento

O método diagnóstico utilizado é o Teste de Tolerância com Sobrecarga Oral de Lactose, cujo primeiro passo é dosar a glicemia em jejum. A seguir, administra-se uma solução padronizada de lactose a 10%. Após 15 minutos, faz-se nova dosagem de glicemia (Sabra & Wills, 1994; Pereira Filho, 2004). Um aumento de 20 a 30 mg/dL é considerado normal. Não havendo elevação da glicemia, deve-se fazer nova dosagem aos 30 minutos (Sabra & Wills, 1994). Essa metodologia já foi aplicada na Creche Favos de Mel, em Gramacho, e na filial de Duque de Caxias. Já foram avaliadas 100 crianças, cujos pais autorizaram a inclusão no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao final do teste é entregue aos responsáveis um questionário de sintomas que deve ser preenchido com o que foi apresentado pela criança e devolvido na Instituição. Estão sendo utilizados: lactose, glicosímetro e fita de glicemia. Procedimentos: luvas, algodão, álcool e agulhas.

4. Resultado e Discussão

Foram analisadas 100 crianças em Duque de Caxias, sendo 61% do sexo masculino e 39% do feminino. Em relação à faixa etária tem-se que houve uma variação de 2 a 13 anos de idade assim distribuídos: 30% de 2 a 4 anos; 37% de 5 a 7 anos; 24% de 8 a 10 anos; e 9% de 11 a 13 anos. O teste de sobrecarga oral de lactose demonstrou haver 51% da população pediátrica com resultado positivo para intolerância e 49% com resultado negativo, sendo que 35% negativou no tempo 15 minutos e 14% no tempo 30 minutos. Foram colhidas informações a respeito da sintomatologia desenvolvida pelos pacientes. Entretanto, esses dados ainda estão em fase de análise estatística.

Cabe ressaltar que o diagnóstico definitivo de intolerância à lactose é determinado pela positividade de um exame complementar, mais a clínica apresentada pelo paciente. Logo, ainda não é possível confirmar o diagnóstico de intolerância à lactose nas crianças testadas, uma vez que a análise dos sintomas ainda está em andamento.

5. Considerações Finais

A partir dos resultados, percebe-se que a prevalência de intolerância à lactose no Município de Duque de Caxias se aproxima da prevalência brasileira, que está em torno de 45%, já que mais da metade das crianças testadas revelaram teste positivo para o desenvolvimento desta doença. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade da realização do objetivo secundário desta pesquisa, que é orientar a dieta da criança, tanto em casa, quanto no ambiente escolar.

Faz-se importante a realização de estudos envolvendo este tema, já que a prevalência de intolerância à lactose tem-se mostrado bastante significativa em estudos anteriores. Além disso, sabe-se que esta é uma doença que pode trazer severos prejuízos ao desenvolvimento físico e intelectual de seus portadores.

Acredita-se que os sintomas mais significativamente identificados sejam aqueles já descritos na literatura, como diarreia explosiva, dor e distensão abdominal e flatulência. Entretanto, será bastante relevante a identificação de uma prevalência que se desvie para mais ou para menos do esperado, bem como a ocorrência de sintomas raros ou nunca antes descritos.

Referências Bibliográficas

1. Amorim, C.S.C.; Koury, J.A.A.; Damasceno, A.C.A. Diarreia Crônica em Menores de Cinco Anos. **Rev. Para. Méd**, Pará, v. 19, n. 3, p. 35-38, jul./set. 2005.
2. Moriwaki, C.; Matioli, G. Influência b-Galactosidase na tecnologia do leite e na má digestão da lactose. **Arq. Ciências saúde UNIPAR**, Paraná, v. 4, n. 3, p. 283-290, set./dez. 2000.
3. 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). **Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente**, Joinville, 2004.
4. Sabra, A. Intolerância à lactose. **Temas de Pediatria Nestlé**, Rio de Janeiro, n. 57, p. 3-15, 1994.
5. Sabra, A.; Wills, A. Diarreia Osmótica por Hidratos de Carbono. In: Sabra, A. **Diarreia Aguda e Crônica em Pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1994. p. 48-68.
6. Téó, C.R.P.A. Intolerância à lactose: uma breve revisão para o cuidado nutricional. **Arq. Ciências saúde UNIPAR**, Paraná, v. 6, n. 3, p. 135-140, set./dez. 2002.
7. Teves, P.M.; Medina, J.S.; Espinoza, Z.I.G. et al. Análisis de la prueba de tolerancia a la lactosa. **Rev. Gastroenterol Peru**, Lima, v. 21, n. 4, oct./dic. 2001.
8. Uggioni, P.L.; Fagundes, R.L.M. Tratamento dietético da intolerância à lactose infantil: teor de lactose

em alimentos. **Hig. Aliment**, São Paulo, v. 21, n. 140, p. 24-29, abril 2006.