

INTRODUÇÃO ALIMENTAR EM CRIANÇAS VEGETARIANAS – REVISÃO DE LITERATURA

FOOD RELEASE FOR VEGETARIAN CHILDREN

ANA BEATRIZ GUEDES ALI¹, BRUNA CAROLINE PESSOA ANDRADE^{1*}, MABELLY MANACES SOARES DE OLIVEIRA¹, TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWARA²

1. Acadêmicas do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES-Uniwaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. 2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES-Uniwaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador de TCC.

* Rua das Petúncias, 663, Tancredo Neves, São Gotardo, Minas Gerais, Brasil. CEP: 38800-000. brunapessoa@hotmail.com

Recebido em 10/10/2014. Aceito para publicação em 22/10/2014

RESUMO

Diversos são os subgrupos de vegetarianos, porém, todos partilham da mesma ideia de excluir alimentos de origem animal da dieta. Há evidências de que este tipo de alimentação traga benefícios clínicos que se estendem por toda a vida do indivíduo. Uma criança inicia a sua vida como vegetariana. A opção de manter essa dieta durante o desenvolvimento da criança é ponto de discussão e requer cuidados com a suplementação de nutrientes que podem vir a ser necessários. Na alimentação oferecida após o período de aleitamento materno exclusivo deve-se ter atenção especial também a alimentos que são considerados alérgenos ainda na infância, como o leite de vaca, o trigo, o ovo, o amendoim, peixes, frutos do mar e a soja. Neste artigo de revisão bibliográfica procurou-se concentrar informações necessárias para o sucesso do planejamento da introdução alimentar em crianças vegetarianas. Para isso foram selecionados artigos de relevância de várias bases de dados, como *PubMed*, *Lilacs* e *Google* acadêmico. A partir destes conclui-se que a suplementação de uma criança vegetariana é semelhante à de uma não vegetariana, salvo pequenas exceções, como a vitamina B12. Esta é um elemento essencial para a síntese das células, bem como para a formação e manutenção das células sanguíneas e manutenção do sistema nervoso. Como não há fontes vegetais válidas de vitamina B12 e dada sua importância, sua deficiência deve ser lembrada principalmente quando a criança se encontra em uma dieta vegetariana há mais tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças Vegetarianas. Suplementação Nutricional. Alérgenos.

ABSTRACT

Many are subgroups of vegetarians, however all share the same idea to exclude animal foods diet. There is evidence that this type of power bring clinical benefits that extend throughout the life of the individual. A child begins his life as a vegetarian. The option to keep this diet during development of the child is open to discussion and requires care with supplemental nutrients that may be required. In food offered after the period of

exclusive breastfeeding should also pay special attention should also be given to foods that are considered allergens in childhood. such as cow's milk, wheat, egg, peanuts, fish, sea-food and soybeans. In this literature review article we tried to concentrate information necessary for the successful planning of introduction in vegetarian food children. For this relevance of articles from various databases such as Pubmed, Lilacs and Google scholar were selected. From this it was concluded that supplementation of a vegetarian children is similar to that of a non-vegetarian, except minor exceptions, such as vitamin B12. This is essential for the synthesis of cell element, and for the formation and maintenance of blood cells and maintenance of the nervous system. Since there is no valid plant sources of B12 and vitamine given its importance, its deficiency should be considered especially when the child is in a vegetarian diet longer.

KEYWORDS: Vegetarian children, nutrient supplementation, allergens.

1. INTRODUÇÃO

O termo vegetariano, basicamente, caracteriza os indivíduos que não comem nenhum tipo de carne. Dentro desse grupo existem ainda diferentes classificações dependendo da inclusão ou não dos derivados animais à dieta, como por exemplo, os veganos que são os vegetarianos estritos que não consomem produto algum do reino animal, há os lacto vegetarianos, que são aqueles que se permitem consumir leite e laticínios e os ovolactovegetarianos que ingerem ainda o ovo¹.

Toda criança inicia sua vida como vegetariana, uma vez, que nos seis primeiros meses de vida a sua alimentação é à base do leite materno ou fórmulas adaptadas quando a amamentação exclusiva não é possível². Após esse período ocorre a introdução de alimentos complementares, que deverão suprir as necessidades energéticas e nutricionais, além de construir uma transição adequada do aleitamento exclusivo para a alimenta-

ção da família³. Dessa forma, a introdução da carne se dá no segundo semestre de vida².

Existe um grande número de estudos sobre os benefícios da amamentação ou sobre a utilização de fórmulas, porém sobre a introdução de alimentos e seus impactos na vida futura pouco se encontra. Talvez isso decorra da diversidade de recomendações entre diversos países e orçãos de saúde⁴.

A adequação da dieta vegetariana ou vegana para crianças e adolescentes tem sido ponto de discussão, apesar de esta apresentar vantagens para a saúde dos adultos⁵. Quando devidamente planejados, estes estilos alimentares são adequados para todos os estágios da vida. Este artigo busca, portanto, fornecer orientações quanto a introdução da alimentação para estas crianças e os cuidados que devem ser tomados com a mesma.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica. Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chaves “alimentação de crianças vegetarianas”, “vegetarianismo na infância”, “suplementação de nutrientes na infância” nas bases de dados *Lilacs*, *Pubmed* e *Google* acadêmico. Os artigos selecionados correspondem aos de maior relevância e se encontram entre o período de 1994 a 2014. A partir da seleção destes, foi utilizada a normatização estilo ABNT para a sua produção.

3. DESENVOLVIMENTO

A dieta com base em alimentos vegetais, cereais de grãos integrais, frutas, nozes, leguminosas entre outras, proporcionam benefícios clínicos como uma menor incidência de casos de hipertensão e doenças coronarianas, obesidade, alguns tipos de câncer e ainda o diabetes com início na fase adulta^{6,7}. Acredita-se que esses benefícios sejam decorrentes do fato dessas dietas se apresentarem com um alto teor de fibras, fito químicos e antioxidantes, além de possuírem um reduzido teor de colesterol e gorduras saturadas^{6,8}. No caso da dieta vegana a ingestão de colesterol e gordura saturada não existe.

A alimentação da criança nos primeiros anos de vida, a começar pelo nascimento, apresenta repercussões que se estendem por toda a vida do indivíduo. Nos primeiros seis meses de vida o aleitamento materno exclusivo é suficiente para fornecer os nutrientes necessários para o lactente, além de promover a proteção à saúde e a prevenção de doenças futuras; porém, a partir desse período uma alimentação complementar deve ser introduzida³, pois as necessidades do lactente em relação a proteínas, zinco, ferro, algumas vitaminas e energia total são mais difíceis de serem supridas através do aleitamento materno exclusivo².

Bebês vegetarianos que estão em aleitamento ma-

terno ou utilizam formulas e já recebem alimentação complementar tem crescimento normal quando observadas as fontes energéticas e de micronutrientes como ferro, vitamina B12 e vitamina D. Estilos alimentares mais restritivos como o frutivorismo (baseado apenas em frutas) ou o crudivorismo (apenas com alimentos crus) tem sido associado a deficiências de crescimento⁹.

Entre crianças veganas há a tendência de apresentarem menor Índice de Massa Corporal quando comparadas a crianças que consomem outras dietas¹⁰. O ESPHAN Comitê de Nutrição desaconselha o oferecimento de dieta vegana para bebês e crianças novas⁴. Já a Associação Dietética Americana afirma que dietas veganas e vegetarianas são adequadas para todos os estágios da vida, inclusive a infância¹¹.

O aporte de macro e micronutrientes deve ser suficiente para suprir as perdas metabólicas que acontecem diariamente e para permitir crescimento e desenvolvimento. As considerações mais discutidas para crianças vegetarianas são apresentadas em sequência.

Energia

Estudos realizados por Messina e Messina observou que uma alimentação mais rica em micronutrientes menos calórica promove tempo maior de vida e retarda o envelhecimento. O vegetarianismo acompanha tal observação¹⁵.

A atual recomendação em relação à quantidade de energia que deve ser suprida pelos alimentos complementares é de 200 kcal/dia dos 6 aos 8 meses, 300 kcal/dia dos 9 aos 11 meses e 550 kcal/dia dos 12 aos 23 meses. Para que tais valores sejam alcançados é aconselhado observar a densidade energética dos alimentos, pois as crianças possuem capacidade gástrica limitada¹⁶.

Proteína

Veganos e vegetarianos atingem e até mesmo ultrapassam a cota diária de ingestão de proteína. Para que haja a promoção do crescimento e desenvolvimento adequados a dieta de uma criança vegetariana deve ser baseada em produtos de soja, leguminosas, feijões, tahine, sementes, pastas oleaginosas, nozes e grãos integrais, proporcionando dessa forma fontes concentradas de energia e nutrientes, visto, que dietas muito restritivas tornam difícil que as necessidades nutricionais sejam alcançadas⁵. Segundo a Sociedade Vegetariana Brasileira, para que se alcance a ingestão adequada de proteínas, uma dieta vegetariana deve conter cereais, como o arroz, milho, aveia, trigo e ainda feijões, seja o grão de bico, lentilha, ervilha, preto, branco ou carioca, ofertando dessa forma a quantidade de aminoácidos necessários para a criança¹.

As proteínas de fontes vegetais estão acompanhadas de maior quantidade de micronutrientes e apresentam maior proporção de proteína por caloria do que as prote-

ínas de fontes animais. Além disso, as de fonte animal são ricas em ácidos graxos insaturados, que se relacionam ao aparecimento de doenças cardiovasculares¹⁷.

Vitamina B12

A dieta vegetariana costuma apresentar níveis inferiores de ingestão de vitamina D e vitamina B12 quando comparada a dieta não vegetariana e, isso se deve ao fato dessas vitaminas estarem presentes principalmente em alimentos de origem animal⁸. Algumas fontes alimentares como os derivados da soja são considerados fontes válidas de vitamina B12, no entanto, são inadequadas pelo fato da cobalamina nesse caso ser um análogo inativo de vitamina B12¹⁸. Portanto, as únicas formas de se obter a ingestão de vitamina B12 nesse caso, são através do consumo de alimentos lácteos, ovos, suplementos alimentares ou alimentos fortificados¹⁹.

A vitamina B12 é um elemento essencial para a síntese das células, bem como para a formação e manutenção das células sanguíneas e manutenção do sistema nervoso, dessa forma, a sua deficiência pode levar ao desenvolvimento de anemia megaloblástica e distúrbios neurológicos²⁰. Caso não ocorra consumo a suplementação deve ser feita de 5 a 10 mcg por dia ou 2000 mcg por semana. Apesar da deficiência de vitamina B12 ser uma entidade clínica rara, esta deve ser lembrado principalmente quando a criança já possui estoques prévios reduzidos e se encontra em uma dieta vegetariana a mais tempo. Deve ser suspeitada quando o hemograma mostrar macrocitose, neutrófilos hipersegmentados, anisocitose e plaquetopenia⁶.

Vitamina D

A contribuição do leite materno e de alimentos complementares para suprir as necessidades de vitamina D é pequena, visto que a produção dessa vitamina depende da exposição direta da pele a luz solar³. Porém a diminuição da ingestão de vitamina D é característica da dieta vegetariana, principalmente em vegetarianos puros durante o inverno, pois a exposição à luz solar é menor. Uma atenção especial deve ser dada a crianças e adolescentes em crescimento⁸. A deficiência de vitamina D apresenta-se hoje como uma epidemia em várias populações em todo o mundo²¹.

Independentemente da dieta criança, a deficiência de vitamina D pode ocorrer em crianças que residem na zona temperada e naquelas com pele escura, dessa forma, torna-se prudente a suplementação dos lactentes de pais vegetarianos, pois, entre eles, o risco de raquitismo é maior⁶. Isso também acontece com os carnívoros, à deficiência de vitamina D hoje é considerado um problema de saúde pública. A recomendação de suplementação tem sido enfatizada a grande maioria dos indivíduos.

Ferro

A absorção do ferro sofre influência de fatores como a proporção de ferro heme e não heme presente no alimento, o estado nutricional relativo ao ferro em que se encontra o indivíduo e ainda fatores dietéticos que interferem na biodisponibilidade do mineral¹. A dieta vegetariana é similar a não vegetariana no que se refere ao teor de ferro, no entanto, a biodisponibilidade do ferro na dieta vegetariana é menor devido à ausência de ferro heme¹⁹.

Porém, em estudos realizados poucos indivíduos com deficiência de ferro foram encontrados. Esse achado pode ser explicado pela composição da alimentação vegetariana que facilita a absorção do mineral, por exemplo, a vitamina C e ainda alimentos como a soja, que acabam por compensar a menor biodisponibilidade de ferro nos alimentos vegetais¹⁹. A recomendação para a suplementação do ferro equivale para crianças vegetarianas ou não. Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Pediatria propõe que crianças recebam a suplementação dos seis meses de vida aos dois anos de idade¹. Atenção deve ser dada para prematuros e crianças de baixo peso ao nascer, pois estas podem necessitar de suplementação de ferro mesmo estando no período de aleitamento exclusivo²². A administração do ferro associada a vitamina C favorece a absorção do suplemento¹⁹.

Zinco

O zinco é um mineral encontrado em alimentos de origem vegetal como legumes, cereais integrais, sementes e nozes e é responsável pela constituição de mais de 50 tipos de enzimas, sendo ainda importante para o funcionamento adequado do metabolismo proteico, função imune e crescimento e reparação celular⁵. O ácido fítico é um ácido orgânico presente em todas as proteínas de sementes, tubérculos e raízes. Comporta-se como um agente quelante, ligando-se ao zinco prejudicando a sua absorção na dieta e a absorção do zinco secretado endogenamente¹. Uma forma de reduzir o teor de ácido fítico a fim de se aumentar a absorção do zinco, é deixando os cereais e feijões de molho na água da noite para o dia. A deficiência desse mineral não é comumente encontrada em crianças vegetarianas¹.

Cálcio

Não há diferenças significativas entre os marcadores de metabolismo ósseo, densidade óssea e balanço de cálcio entre vegetarianos e não vegetarianos apesar do menor aporte ao primeiro grupo²³.

Especula-se que um dos maiores contribuintes para a saúde óssea de vegetarianos seja o potássio e seu efeito na alcalinidade sanguínea. Estudos demonstram que o consumo elevado de proteínas e baixo de potássio reduzem o pH do sangue, e cálcio é reabsorvido dos ossos para efetuar uma neutralização. Além disso o cálcio vegetal, encontrado em folhas escuras, brócolis e sementes

oleaginosas possui um alto teor de absorção²³.

No preparo das refeições deve-se ficar atento para a não adição de sal, visto que esse é um aditivo que não deve ser introduzido antes dos 12 meses².

Alimentos alérgenos para a criança

No período da introdução de alimentos novos produtos serão recebidos, digeridos e assimilados pelo corpo da criança. Esse processo pode ser bem sucedido estabelecendo uma tolerância ou, ao invés disso, podem surgir intolerâncias ou alergias a determinados alimentos. As alergias são reações adversas a alimentos mediadas por mecanismos imunológicos; as intolerâncias provocam respostas não fisiológicas, porém não são imunomediadas²⁴.

Os principais alimentos envolvidos na alergia alimentar em crianças são o leite de vaca, o trigo, o ovo, o amendoim, o milho, peixes, frutos do mar e a soja. Porém, a alergia ao leite de vaca, trigo, ovo e soja, geralmente desaparecem na infância, ao contrário da alergia ao amendoim, frutos do mar e nozes que podem perdurar por mais tempo ou ainda persistir por toda a vida. Isto se deve à modificação das respostas frente a antígenos alimentares que acontece com a maturação do intestino²⁵.

Leite de vaca

A intolerância ou alergia ao leite de vaca é a forma mais comum de hipersensibilidade alimentar na infância e com frequência desenvolve-se nos primeiros anos de vida²⁶. Os sinais e sintomas presentes nessa desordem são diarreia, vômitos, dor abdominal, déficit de crescimento (decorrente da má absorção intestinal ou perda de energia dos alimentos que são eliminados nas regurgitações ou vômitos), no entanto, a constipação pode estar presente²⁷. Alguns pacientes podem ainda apresentar prurido, urticária, angioedema, alergia oral, bronco espasmo, esofagite eosinofílica, refluxo gastroesofágico, cólica, enterocolite, entre outras²⁸.

O tratamento recomendado é exclusão do alérgeno da alimentação da criança e, naquelas menores de dois anos que não estão em aleitamento materno, deverão suplementar com as formulas²⁹. Porém, a terapêutica de exclusão do leite de vaca e seus derivados da dieta requer atenção, pois, uma vez que uma dieta substitutiva adequada não seja introduzida, consequências como uma ingestão insuficiente de cálcio pode ocorrer, levando a um incremento no risco de problemas na mineralização óssea³⁰.

Quando comparada a dieta de crianças com e sem alergia ao leite de vaca, alguns estudos perceberam uma menor ingestão de energia e nutrientes (principalmente o cálcio) por parte das crianças com alergia ao leite de vaca³¹. Já o excessivo consumo de leite de vaca é conhecido como um fator de risco para o desenvolvimento de anemia nos primeiros anos de vida. A explicação se

deve ao fato do leite de vaca ser pobre em ferro e não possui-lo na sua forma heme que é melhor absorvida pelo organismo³².

A ideia de que o consumo de leite de vaca durante o desenvolvimento infantil e adolescência previne a osteoporose e suas consequências têm sido questionadas. Estudos observacionais vêm demonstrando que os benefícios com a suplementação de cálcio regridem quando esses produtos não são mais consumidos, assumindo dessa forma um efeito protetor temporário^{33,34}.

No caso de história familiar positiva para alergia ao leite vaca, recomenda-se ainda a não introdução no primeiro ano de vida de certos alimentos como, o próprio leite de vaca além do amendoim, ovo, peixes e nozes, devido a seu alto componente alergênico²⁹.

Inúmeros estudos estão sendo conduzidos para investigar a relação entre o consumo precoce do leite de vaca e o desenvolvimento de Diabetes Tipo 1. VAARALA diz que acontece uma imunização primária à insulina bovina que ativa linfócitos T e provoca produção de anticorpos que atingem as células beta do pâncreas, visto que a insulina humana e a insulina bovina diferem em apenas três aminoácidos³⁵.

Glúten

O glúten é uma proteína vegetal presente no trigo, centeio, cevada e aveia. Apesar de não se tratar de um constituinte essencial ao organismo, essa proteína é consumida em grandes quantidades através do trigo³⁶. A doença celíaca (DC) refere-se a uma patologia autoimune que se manifesta em indivíduos geneticamente predispostos que consomem cereais a base de glúten^{37,38}. O intestino delgado desses pacientes mostra-se atrofiado com suas vilosidades achatadas levando, conseqüentemente, à redução da área disponível para a absorção de nutrientes³⁷.

A DC pode se apresentar de forma clássica, silenciosa ou atípica. Na sua forma clássica os sintomas gastrointestinais se iniciam entre seis e 24 meses de idade, período este de introdução do glúten na dieta e, se caracterizam por diarreia crônica, irritabilidade, distensão abdominal e hipotrofia muscular³⁸.

O tratamento dessa afecção é basicamente dietético com a exclusão do glúten da dieta. O cumprimento da dieta é fundamental para que a criança mantenha um desenvolvimento pândero-estatural e puberal adequados, fertilidade, densidade mineral óssea, diminuição do risco de deficiência de macro e micronutrientes e ainda a redução do risco do surgimento de doenças malignas (principalmente do sistema digestivo)³⁹.

Verbeke *et al.* (2004)⁴⁰, pesquisam uma correlação entre Doença Celíaca e Diabetes Tipo 1, afirmando existir uma relação entre os anticorpos produzidos na presença do glúten e as células beta no pâncreas. A alta prevalência de Doença Celíaca em indivíduos diabéticos

corroborar com os pontos questionados na pesquisa⁴⁰.

Ovo

O desenvolvimento de alergia ao ovo é mais comum nos primeiros anos de vida, geralmente devido às proteínas presentes na clara⁴¹.

A alergia ao ovo é dividida em dois grupos de resposta, a imediata e a tardia. Sendo que a imediata ocorre em um período de até quatro horas após a ingestão do alimento e tardia em um período superior a este. As manifestações imediatas são decorrentes de mecanismo IgE mediados e incluem a anafilaxia, urticária, choque, hipotensão, laringoespasma e bronco espasmo^{41,42}.

Recomenda-se que a introdução de alimentos com potencial alergênico deve ser adiada naquelas crianças que compartilham de antecedentes familiares de alergia. Alimentos como o ovo, soja e o pescado deverão ser adicionados à dieta após o primeiro ano de vida enquanto, no caso do amendoim, apenas a partir do terceiro ano de vida⁴¹.

Esta posição é questionada por alguns especialistas, principalmente no que tange ao aporte de ácidos graxos ômega 3⁴. Também se deve ter o cuidado de não oferecer alimentos potencialmente alergênicos em conjunto até que seja provada a sua tolerância individual. Observação curiosa é que já se demonstrou que o ovo diminui o seu potencial de alergenidade quando é cozido e homogeneizado⁴³.

4. CONCLUSÃO

A suplementação de uma criança vegetariana é semelhante à de uma criança não vegetariana, com exceção somente da vitamina B12.

O sucesso da alimentação infantil está na diversificação alimentar, pois desde que bem planejada, uma dieta vegetariana ou vegana pode ser adequada para a criança desde o seu nascimento.

Atenção especial deve ser dada para história familiar de alergia alimentar, para que se possam introduzir os alimentos com potencial alergênico no tempo correto.

REFERÊNCIAS

- [1] Couceiro P, Slywitch E, Lenz F. Padrão alimentar da dieta vegetariana. *Einstein* 2008; 6(3):365-73.
- [2] Maranhoto, C. A criança vegetariana. Centro vegetariano. [acesso 20 de dez. 2013] Disponível em: <<http://www.centrovegetariano.org/Article-596-A+Crian%E7a+Vegetariana.html>>.
- [3] Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro. 2004; 80(5):S131-S141.
- [4] Agostoni C, *et al.* Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* 2008; 46(1):99-110.
- [5] Velasco XEC. Estado nutricional e consumo alimentar de crianças e adolescentes vegetarianos. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- [6] Sociedade Brasileira De Pediatria. Alimentação não convencional. SBP. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=986&tipo_detalhe=s>. Acesso em 09 de mar. 2014.
- [7] Catalina LRO, Ximena DSM. Dieta vegetariana em laedad pediátrica. *Gastroenterology* 2010; 21(1):9-14.
- [8] Pedro N. Dieta vegetariana – fatos e contradições. *Medicina Interna*. 2010; 17(3).
- [9] Mangels AR, Messina V. Considerations in planning vegan diets: children. *J. Am. Diet. Assoc.* 2001; 101:661-9.
- [10] Sanders TAB, Reddy S. Vegetarian diets and children. *Am. J. Clin. Nutr.* 1994; 59(suppl):1176S-81S.
- [11] ADA. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Vegetarian diets. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003; 103:745-65.
- [15] Messina MJ, Messina VL. The dietitian's guide to vegetarian diets: issues and applications. Aspen Publishers, 1996.
- [16] WHO. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva/Switzerland, 2002.
- [17] Fuhrman J. Proteja a saúde de seus filhos: alimentação saudável para prevenção de doenças. Elsevier, 2005.
- [18] Donaldson MS. Metabolic vitamin B12 status on a mostly raw vegan diet with follow-up using tablets, nutritional yeast, or probiotic supplements. *Ann Nutr Metab.* 2000; 44:229-34.
- [19] Key TJ, Appely PN, Rosell MS. Health effects of vegetarian and vegan diets. *Nutrition Society*. 2006; 65:35-41.
- [20] Guerra A, *et al.* Alimentação do lactente. *Acta Pediatr Port.* 2012; 43(2):17-40.
- [21] Silva BCC, Camargos BM, Fujii, JB, Dias EP, Soares MMS. Prevalência de deficiência e insuficiência de vitamina D e sua correlação com PTH, marcadores de remodelação óssea e densidade mineral óssea, em pacientes ambulatoriais. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2008; 52(3).
- [22] Dewev, KG. Nutrition, growth, a complementary feeding or the breastfed infant. *Pediatr. Clin. North. Am.* 2001; 48(1):87-104.
- [23] New, SA. Do vegetarians have a normal bone mass? *Osteoporos. Int.* 2004; 15:679-88.
- [24] Ferreira CT, Seidman E. Food allergy: a practical update from the gastroenterological viewpoint. *J. Pediatr.* 2007; 83(1):7-20.
- [25] Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar - 2007. *Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.* 2008; 31(2).
- [26] Nielsen RG, Bindslev-jensen C, Kruse-andersen S, Husby S. Severe gastroesophageal reflux disease and cow milk hypersensitivity in infants and children: disease association and evaluation of a new challenge procedure. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2004; 39(4).
- [27] Motta MEFA. Intolerance of Cow's Milk and Chronic Constipation in Children. *International Pediatrics*. 2001; 16(2).
- [28] Gasparin FSR, Teles JM, Araújo SC. Alergia à proteína do

- leite de vaca versus intolerância à lactose: as diferenças e semelhanças. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2010; 3(1):107-14.
- [29] Kalluf LJH. O Cuidado Nutricional do Lactente com Alergia à Proteína do Leite de Vaca. In: KALLUF, L. J. H. *Fitoterapia Funcional: dos Princípios Ativos à Prescrição de Fitoterápicos*. 1.ed. São Paulo: VP Editora. 2008.
- [30] Medeiros LCS, Speridião PGL, Sdepanian VL, Fagundes-neto U, Morais MB. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(5).
- [31] Cortez, APB, Medeiros LCS, Speridião PGL, Mattar RHGM, Fagundes-neto U, Morais MB. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. *Rev Paul Pediatria*. 2007; 25(2):106-13.
- [32] Levy-costa RB, Monteiro CA. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6):797-803.
- [33] Specker B, Wosje K. A critical appraisal of the evidence relating calcium and dairy intake to bone health early in life. In: Burckhardt P, Dawson-Hughes B, Heaney R, eds. *Nutritional aspects of osteoporosis*. San Diego: Academic Press 2001:107-23.
- [34] Tucker KL. Does milk intake in childhood protect against later osteoporosis? *Am J Clin Nutr* 2003; 77:10-1.
- [35] Vaarala O. The gut immune system and type 1 Diabetes. *Ann. N.Y. Acad.* 2002; 958:39-46.
- [36] Andretta V. *Alimentação restrita em glúten e sua relação com alergias alimentares*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale, 2005.
- [37] Araújo HMC, Araújo WMC, Botelho RBA, Zandonadi RP. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. *Rev. Nutr. Campinas*. 2010; 23(3):467-74.
- [38] Baptista ML. Doença celíaca: uma visão contemporânea. *Pediatria, São Paulo*. 2006; 28(4):262-71.
- [39] Sdepanian VL, Morais MB, Fagundes-Neto U. Doença celíaca: avaliação da obediência à dieta isenta de glúten e do conhecimento da doença pelos pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil - ACELBRA. *Arq. Gastroenterol*. 2001; 38(4).
- [40] Verbeke SP, et al. Tiempo de exposición al gluten y marcadores de riesgo de diabetes mellitus insulino dependiente en pacientes celíacos. *Rev. Méd. Chile*. 2004; 132:979-84.
- [41] Pereira ACS, Moura SM, Constant PBL. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*. 2008; 29(2):189-200.
- [42] Batista JL, Pastorino AC, Grumach AS, Jacob CMA. Reações adversas à vacina MMR em pacientes alérgicos a ovo: revisão da literatura. *Pediatria, São Paulo*. 2000; 22(1):55-9.
- [43] Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. *Ann. Allergy. Asthma Immunol*. 2006; 97:10-21.

