

# Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte

Admissions for tobacco-related ambulatory care sensitive conditions: profile of a large-sized city

Leonardo Henriques Portes<sup>1</sup>  
Jane Azevedo da Silva<sup>2</sup>  
Maria Teresa Bustamante Teixeira<sup>3</sup>  
Luiz Cláudio Ribeiro<sup>4</sup>

## Resumo

Considerando que são necessários mais estudos que relacionem as Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial ICSAA com a efetividade dos serviços na Atenção primária à Saúde (APS) e a importância da realização de pesquisas que relacionem o tabagismo com as ICSAA, esta pesquisa teve a intenção de estabelecer o perfil das ICSAA tabaco-relacionadas referentes ao município de Juiz de Fora/MG. Para tal, foi feita a descrição estatística das ICSAA tabaco-relacionadas a partir de uma base de dados secundários com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referentes ao ano de 2008. As ICSAA representaram 17,7% do total de hospitalizações no município, sendo que 43,7% das ICSAA foram tabaco-relacionadas. Deste grupo, 56,3% corresponderam ao sexo masculino e 23,7% à região leste de Juiz de Fora. As ICSAA tabaco-relacionadas estiveram associadas majoritariamente a indivíduos com faixas etárias mais avançadas. O estabelecimento do perfil das ICSAA tabaco-relacionadas pode-se configurar como uma linha de base que poderá subsidiar profissionais e gestores no acompanhamento da implantação das ações a nível local associadas à evolução histórica das ICSAA tabaco-relacionadas.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Tabagismo

**Keywords:** Hospitalization, Primary Health Care, Smoking.

## Abstract

Considering that more studies are needed that relate the Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) with the effectiveness of services in Primary Health Care (PHC) and the importance of conducting research that relate smoking with the ACSC, this research intended to establish the profile of tobacco-related ACSC for Juiz de Fora /MG city. To this end, the statistical description was made of tobacco-related ACSC from a secondary database with information from Hospital Information System of the Brazilian National Health System (SUS) for the year 2008. The ACSC accounted for 17.7% of all hospitalizations in the city, with 43.7% of ACSC were tobacco related. Of this group, 56.3% were male and 23.7% for the eastern region of Juiz de Fora. The ACSC tobacco-related individuals were mostly associated with older age groups. The establishment of the profile of tobacco-related ICSA can be configured as a baseline that will subsidize professionals and managers in monitoring the implementation of local actions related to the historical evolution of tobacco-related ACSC.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora associada da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

<sup>4</sup> Doutor em Demografia. Professor adjunto do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Para correspondência:  
Leonardo Henriques Portes  
Email: leo.portes@yahoo.com.br

Data da Submissão: 02/08/2013  
Data do Aceite: 09/09/2013

www.jmphe.com  
J Manag Prim Health Care 2013; 4(2):94-101.

## Introdução

O tabagismo, além de degradar o meio ambiente devido à poluição e incêndios, acarreta custos referentes ao tratamento de doenças tabaco-relacionadas nos serviços de saúde, à perda de produtividade de trabalho (por doença ou morte) e às aposentadorias precoces e pensões. Ainda resulta em mortes de fumantes e não fumantes, além do sofrimento destas pessoas e de seus familiares<sup>1</sup>.

A fumaça do cigarro, a qual é produzida a partir da combustão incompleta da folha do tabaco, apresenta mais de 4000 substâncias, incluindo algumas farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e cancerígenas<sup>2</sup>.

A duração e nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde<sup>3</sup> sendo que é atribuída a ela a causa de 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares<sup>4</sup>. Assim, o contínuo hábito de fumar é um importante preditor de futuras doenças tabaco-relacionadas<sup>5</sup>, as quais não se revelam imediatamente após o consumo ou exposição aos produtos derivados do tabaco<sup>6</sup>.

Neste contexto, o CDC (Centers for disease Control and Prevention), que está há mais de 60 anos comprometido com estudos que buscam a redução dos impactos negativos das doenças na saúde da população e na economia dos Estados Unidos<sup>7</sup>, possui como um de seus aplicativos o Smoking Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC), o qual permite estimar o impacto do tabagismo em grandes populações. Este aplicativo tem sido utilizado em alguns estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e em outros países<sup>8,9</sup>.

Para a realização destes estudos, o SAMMEC permite o cálculo para 23 categorias de doenças cujos diagnósticos apresentam relação de causalidade com o tabagismo, estando organizadas em quatro grupos: neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e condições perinatais<sup>10</sup>.

Dentre todas as doenças tabaco-relacionadas, uma considerável parcela está relacionada às condições sensíveis ao primeiro nível de atenção à saúde. As Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA) representam os agravos à saúde para os quais uma efetiva ação ainda na atenção primária diminuiria o risco de hospitalizações<sup>11</sup> e configuram-se como um indicador da Atenção Primária à Saúde (APS) que permite

medir de forma indireta o funcionamento e a capacidade de resolução da atenção básica<sup>12</sup>.

As ICSAA tiveram início nos Estados Unidos na década de 1980, e atualmente são também adotadas pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), dentre eles a Espanha, que possui um sistema de saúde universal, territorializado e hierarquizado com base na APS, semelhante ao brasileiro. O aumento recente do número de publicações de estudos com boa qualidade metodológica reflete o interesse na utilização deste indicador e o amadurecimento na abordagem do tema<sup>13</sup>.

A existência de diferentes listas nacionais e internacionais de ICSAA dificulta a comparação de resultados de estudos que utilizam listas diferentes<sup>14</sup>. Neste sentido, em 2008, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária<sup>15</sup>, uma vez também considerada a necessidade da criação de uma relação de morbidades que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença em todo o país. Além de possibilitar mais uma ferramenta de avaliação e desempenho da APS, esta lista busca aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde no país<sup>11</sup>.

Relacionando o tabagismo às condições sensíveis à atenção ambulatorial, dados nacionais de 2006 apontam que dos 28,5% das ICSAA, excluindo-se partos, algumas das internações mais frequentes estiveram relacionadas às doenças tabaco-relacionadas, como gastroenterites e suas complicações (23,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%) e doenças cerebrovasculares (6,5%)<sup>11</sup>.

Neste sentido, um estudo que teve como base a lista mineira de ICSAA<sup>16</sup>, objetivou construir um algoritmo para captura de ICSAA em um registro integrado de saúde composto por população adscrita em duas unidades de Saúde da Família do município de Juiz de Fora/MG. Considerando as internações capturadas pelo algoritmo no período entre 2002 e 2005, foram observadas como principais causas de ICSAA as pneumonias bacterianas, que representaram 15,6% das hospitalizações entre os homens e 17,5% entre as mulheres. Também tiveram destaque as internações vinculadas à dependência química entre os homens, representando 10,1%, e as psicoses entre as mulheres, representando 9,6%.

Considerando as ICSAA tabaco-relacionadas, além das pneumonias bacterianas, também se destacaram entre as mulheres insuficiência cardíaca (8,77%), angina pectoris (4,39%) e asma (3,51%). Entre os homens, bronquite aguda (6,42%), doença pulmonar obstrutiva crônica (6,42%), asma (5,50%) e angina pectoris (5,50%) foram alguns dos principais motivos de hospitalizações<sup>17</sup>.

Considerando que são necessários mais estudos que relacionem as ICSAA com a efetividade dos serviços na APS<sup>18</sup> e a importância da realização de pesquisas que relacionem o tabagismo com as ICSAA, esta pesquisa teve a intenção de estabelecer o perfil das ICSAA tabaco-relacionadas referentes ao município de Juiz de Fora/MG no ano de 2008.

## Método

O município de Juiz de Fora/MG, que apresentava uma população de 516.247 habitantes no ano de 2010, correspondeu ao lócus da pesquisa. Para análise das ICSAA tabaco-relacionadas foi utilizada uma base de dados secundários com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referente ao município no ano de 2008, adotado por Silva<sup>19</sup>. Tal pesquisa foi vinculada ao projeto *Uso integrado das bases de dados epidemiológicos para serem utilizados em pesquisa*, o qual foi desenvolvido pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A base de dados, a qual também foi adotada no presente estudo, consistiu em 36.791 registros de internação hospitalar, não constando internações referentes a partos (normal e cesáreo) e a registros da área rural do município. Ainda foram excluídos os registros repetidos que apresentaram as mesmas datas de admissão e saída (glosa de Autorizações de Internação Hospitalar) e registros de internações dentro de um mesmo período contínuo e com o mesmo diagnóstico principal. Entretanto, foram considerados os registros dos pacientes que apresentaram diferentes diagnósticos durante um período contínuo de internação.

Tendo o objetivo de estabelecer o perfil das ICSAA tabaco-relacionadas no ano de 2008, foram inicialmente selecionadas do banco de dados as doenças que apresentam códigos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) coincidentes com as apresentadas pela Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, formando o grupo de ICSAA. A partir desta

seleção, foram selecionadas somente as ICSAA contidas na lista de doenças tabaco-relacionadas da base eletrônica de dados do CDC, uma vez que nesta lista há indicação dos códigos da CID-10 de cada doença e a instituição provedora apresenta destaque internacional nas pesquisas relacionadas ao tabagismo. Dessa forma, foi obtido o conjunto de dados correspondentes às ICSAA tabaco-relacionadas.

Após a realização desta seleção, através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), foi feita a descrição estatística das doenças em questão com a aplicação de técnicas descritivas exploratórias dos dados. Para tal, foi observada a distribuição das ICSAA tabaco-relacionadas considerando os seguintes aspectos: sexo, idade, grupos de doenças estabelecidas pelo CDC, regiões administrativas de Juiz de Fora e tipo de modelo assistencial adotado pelas (unidades de atenção primária à saúde) UAPS da zona urbana do município.

Também foi determinado o índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas para as regiões administrativas do município e tipos de modelo assistencial adotados pelas UAPS, sendo considerados os valores populacionais disponibilizados pela subsecretaria de atenção primária à saúde da prefeitura municipal de Juiz de Fora sintetizados a partir de dados do SIAB de janeiro de 2011.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer 013/2011. Protocolo CEP/ UFJF: 22730132011).

## Resultados

Das 36791 internações, 6516 (17,7%) foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Dentre estas internações, 2921 internações (44,8% de todas as ICSAA) apresentaram códigos da CID-10 de doenças tabaco-relacionadas. Dentre as 2921 ICSAA tabaco-relacionadas, 1277 (43,7%) corresponderam ao sexo feminino e 1644 (56,3%) ao sexo masculino.

Em relação à idade, as ICSAA tabaco-relacionadas estiveram associadas majoritariamente a indivíduos com faixas etárias mais avançadas (50 a 64 anos e 65 anos ou mais), como disposto na tabela 1.

Em relação aos grupos de doenças tabaco-relacionadas estabelecidas pelo CDC, 2383 (81,6%)

ICSAA relacionadas ao tabaco apresentaram códigos da CID-10 referentes às doenças cardiovasculares e 538 (18,4%) às doenças respiratórias. Não houve registros de ICSAA tabaco-relacionadas referentes a câncer e condições perinatais.

populações correspondentes aos modelos assistenciais e os respectivos índices proporcionais de ICSAA tabaco-relacionadas.

		FAIXA ETÁRIA						Total	
		Até 4 anos	5 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 49 anos	50 a 64 anos		65 anos ou mais
ICSAA tabaco-relacionadas	Não	3027	1910	3693	4927	7687	6575	6051	33870
		8,90%	5,60%	10,90%	14,50%	22,70%	19,40%	17,90%	100,00%
	Sim	104	23	8	51	384	1036	1315	2921
		3,60%	0,80%	0,30%	1,70%	13,10%	35,50%	45,00%	100,00%
<b>Total</b>		3131	1933	3701	4978	8071	7611	7366	36791
		8,50%	5,30%	10,10%	13,50%	21,90%	20,70%	20,00%	100,00%

Tabela 1. Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas segundo a faixa etária

Fonte: Pesquisa direta

		Centro	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total
		ICSAA tabaco-relacionadas	Não	3602	7347	3919	7880	2178	4391
	10,60%		21,70%	11,60%	23,30%	6,40%	13,00%	13,40%	100,00%
Sim	318		692	314	654	154	396	393	2921
	10,90%		23,70%	10,70%	22,40%	5,30%	13,60%	13,50%	100,00%
<b>Total</b>		3920	8039	4233	8534	2332	4787	4946	36791
		10,70%	21,90%	11,50%	23,20%	6,30%	13,00%	13,40%	100,00%

Tabela 2. Frequência de Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas segundo as regiões administrativas de Juiz de Fora/MG

Fonte: Pesquisa direta

## Discussão e Conclusões

A disposição das ICSAA tabaco-relacionadas de acordo com as regiões administrativas do município estudado apresenta-se na tabela 2.

A fim de estabelecer uma relação entre as diferentes regiões administrativas do município, na tabela 3 estão dispostas as ICSAA tabaco-relacionadas segundo as regiões com as respectivas populações e índices proporcionais.

Em relação ao tipo de cobertura assistencial das áreas de origem dos usuários que foram hospitalizados, o total de áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou mais da metade das ICSAA tabaco-relacionadas, como pode ser observado na tabela 4. A tabela 5 apresenta as

É importante ressaltar que os resultados apontados demonstram um significativo número de ICSAA em 2008 (17,7%), sendo que deste montante 44,8% corresponderam a internações tabaco-relacionadas.

Pode-se notar que as regiões administrativas do município que apresentaram as maiores frequências de ICSAA não tiveram, necessariamente, os maiores índices proporcionais quando consideradas as populações correspondentes. Neste sentido, a região leste apresentou tanto o maior número de ICSAA tabaco-relacionadas quanto o maior índice proporcional. Entretanto, apesar da região norte

apresentar o segundo maior número de ICSAA tabaco-relacionadas, o fato de apresentar a maior população entre as sete regiões administrativas do município a torna a quarta região com maior índice proporcional de ICSAA tabaco-relacionadas.

Apesar da ESF portar-se como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde, buscando uma melhora na qualidade e acesso à APS em todo o país<sup>20</sup>, os resultados evidenciaram que o modelo ESF apresentou tanto a maior frequência de ICSAA tabaco-relacionadas, quanto o maior índice proporcional em relação aos demais modelos assistenciais adotados pelas UAPS da zona urbana de Juiz de Fora.

Região	ICSAA tabaco-relacionadas	População	Índice proporcional x 1000
CENTRO	318	115409	2,8
LESTE	692	91363	7,6
NORDESTE	314	59613	5,3
NORTE	654	115484	5,7
OESTE	154	42855	3,6
SUDESTE	396	61428	6,4
SUL	393	61490	6,4
<b>Total</b>	<b>2921</b>	<b>547642</b>	<b>5,3</b>

Tabela 3. Índice proporcional das Internações por Condições sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA) tabaco-relacionadas segundo as regiões administrativas de Juiz de Fora/MG

Fonte: Pesquisa direta

No entanto, considerando que os efeitos resolutivos da APS são sentidos em longo prazo<sup>21</sup> aliado aos fatos da ESF vir sendo consolidada a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006<sup>22</sup> e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) ter suas ações desempenhadas com maior solidez a partir dos anos 2000<sup>23</sup>, torna limitado o julgamento imediato de que as ações na APS voltadas para o controle do tabagismo e o modo como estão sendo desenvolvidas estejam diretamente relacionados com as taxas de ICSAA observadas.

Este julgamento também se torna limitado pelo fato de muitas doenças tabaco-relacionadas serem crônicas e multicausais<sup>3</sup>, o que poderia justificar a maior frequência de ICSAA na população acima de 65 anos.

Desta forma, não se pretende estabelecer uma relação imediata entre o quantitativo de ICSAA

tabaco-relacionadas e as correspondentes localidades onde são desempenhadas ou não ações de controle do tabagismo, assim como a forma a qual são desempenhadas.

Considerando que a principal proposta deste trabalho refere-se à sensibilização de profissionais de gestores quanto à utilização das ICSAA como indicador de resolutividade da APS, é válido tecer alguns comentários sobre a aplicabilidade das ICSAA, estando incluídas as tabaco-relacionadas.

Oliveira et al<sup>24</sup>, a partir da análise da relação entre as ICSAA e os serviços de APS oferecidos pelos municípios de Minas Gerais, concluíram que os serviços não são efetivos em relação à prevenção de agravos. Diante disso, os autores consideraram que tal cenário reforça a necessidade de reformulações na APS no que tange à capacitação técnica dos profissionais, ao processo de educação permanente e aos incentivos de remuneração segundo metas pré-estabelecidas. Também apontaram necessidades de mudança nos investimentos na infra-estrutura das unidades básicas de saúde, na disponibilidade de recursos materiais e nos sistemas de referência e contra-referência e de apoio diagnóstico e terapêutico.

Dessa forma, as ICSAA configuram-se como um indicador que pode auxiliar no monitoramento das ações implementadas na atenção básica, sendo importantes para o apoio dos gestores e profissionais de saúde tanto para a organização e planejamento dos serviços de saúde, quanto nos processos de organização da assistência em todos os níveis de saúde<sup>25</sup>. Assim, há a viabilização de ferramentas para:

*“o monitoramento e a avaliação dos serviços existentes, a organização de políticas de qualificação e capacitação profissional, a criação de condições estratégicas para a coordenação dos serviços e a oferta de um cuidado integral, de qualidade e humanizado”<sup>25</sup>.*

No entanto, é preciso ter de forma clara as limitações do indicador ICSAA. Apesar de avaliar o impacto das políticas e programas de saúde, este indicador não avalia a qualidade das ações em saúde para a sua adaptação à condição do usuário<sup>26</sup>. Assim, é preciso considerar a particularidade de cada estabelecimento de saúde e comunidade adscrita, podendo uma mesma iniciativa tomada para a melhoria da resolutividade dos serviços não ser aplicável e

eficaz em diferentes localidades.

Outra limitação da utilização das ICSAA como instrumento de monitoramento da APS refere-se à qualidade dos dados trabalhados para a construção deste indicador, exigindo que:

*“os dados sobre altas hospitalares sejam completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, que as condições selecionadas como sensíveis à atenção ambulatorial sejam válidas e que os denominadores utilizados no cálculo dos coeficientes sejam a população efetivamente exposta ao risco de internação”* 27.

Nesse sentido, é importante considerar que este estudo apresenta como limitação a possibilidade de variações na composição das áreas cobertas e descobertas por UAPS no município e na configuração dos valores referentes às ICSAA desde o momento da formação do banco de dados e o ano de 2011, cujos valores populacionais foram utilizados para a determinação dos índices proporcionais das ICSAA tabaco-relacionadas.

A respeito da interpretação dos dados referentes às ICSAA, Souza e Costa<sup>28</sup> consideram

MODELOS ASSISTENCIAIS					Total	
	Área					
		Descoberta	Tradicional	ESF	PAC	
ICSAA tabaco-relacionadas	Não	5082	8101	18888	1799	33870
		15,00%	23,90%	55,80%	5,30%	100,00%
	Sim	468	734	1594	125	2921
		16,00%	25,10%	54,60%	4,30%	100,00%
		5550	8835	20482	1924	36791
<b>Total</b>		15,10%	24,00%	55,70%	5,20%	100,00%

Tabela 4. Frequência das ICSAA tabaco-relacionadas segundo tipo de cobertura assistencial das Unidades de Atenção primária à Saúde (UAPS)

Fonte: Pesquisa direta

Modelos Assistenciais	ICSAA tabaco-relacionadas	População	Índice proporcional x 1000
Área Descoberta	468	116.874	4,0
Tradicional	734	133.161	5,5
Estratégia Saúde da Família (ESF)	1594	26.3298	6,1
Programa agentes comunitários de saúde (PACS)	125	34.309	3,6
<b>Total</b>	2921	547642	5,3

Tabela 5. Índice proporcional das ICSAA tabaco-relacionadas segundo tipo de cobertura assistencial das Unidades de Atenção primária à Saúde (UAPS)

Fonte: Pesquisa direta

que deve ser observado em uma eventual queda de ICSAA se ela não está associada à diminuição da oferta de leitos ou à migração de pacientes, que necessitam de atendimentos mais especializados, para outros municípios de maior porte. Os mesmos autores ainda alertam sobre a questão da existência de leitos hospitalares ociosos, os quais tenderiam a manter hospitalizações para justificar as suas existências mesmo tendo como causas de internação demandas que poderiam ser resolvidas na APS.

Considerando os aspectos comentados e a análise estatística das ICSAA tabaco-relacionadas, o estabelecimento do perfil das ICSAA tabaco-relacionadas pode-se configurar como uma linha de base que poderá subsidiar profissionais e gestores no acompanhamento da implantação das ações a nível local associadas à evolução histórica das ICSAA tabaco-relacionadas.

## Referências

- Sampson HA. Food allergy. Part 1: Immunopathogenesis and clinical disorders. *J Allergy Clin Immunol.*1999; 103:717-728.
- Binsfeld BL, Pastorino AC, Castro APBM, Yonamine GH, Gushken AKF, et al. Conhecimento da rotulagem de produtos industrializados por familiares de pacientes com alergia a leite de vaca. *Rev. paul. pediatri.* 2009; 27(3):296-302.
- Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006;117(2 Supl.):470-475.
- Pereira PB, Silva CP. Alergia a proteína do leite de vaca em crianças: repercussão da dieta de exclusão e dieta substitutiva sobre o estado nutricional. *Pediatria (São Paulo).* 2008;30(2):100-106.
- Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Alergia Alimentar [artigo na Internet] 2009 Jul [acessado em: 2012 out 5]. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/secao.asp?s=81&id=306>
- Allergy UK. What is Food Allergy? [serial on the Internet] 2012 Mar [cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.allergyuk.org/what-is-food-allergy/what-is-food-allergy>
- Jyonouchi H. Non-IgE Mediated Food Allergy. *Inflammation & Allergy - Drug Target.* 2008; 7(3):173-180.
- Carvalho Júnior FF. Apresentação clínica da alergia ao leite de vaca com sintomatologia respiratória. *J Pneumol.* 2000; 27(1):17-24.
- Cocco RR, Camelo-Nunes IC, Pastorino AC, Silva L, Sarni ROS, Rosário Filho NA, et al. Abordagem laboratorial no diagnóstico da alergia alimentar. *Rev Paul Pediatr.* 2007; 25(3):258-265.
- 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 Pediatr.* 2007; 25(2):106-113.
- Bousquet J, Michel FB. Predictors of risk of allergy. In: Week AL, Sampson HA, eds. *Intestinal immunology and food allergy.* New York: Raven Press, 1995;93-105 (Nestlé Nutrition Workshop Series).
- Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatría e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. *Rev. Bras. Alerg. imunopatol.* 2008; 31(2):64-89.
- Burks AW, Tang M, Sicherer S, Muraro A, Eigenmann P, Ebisawa M, et al. ICON: Food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 129(4):906-920.
- Zeppone SC. Alergia à proteína do leite de vaca (APLV): uma perspectiva imunológica [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Mestrado em Análises Clínicas 2008.
- Rossel MG, Araya MQ. Alergia alimentaria em la infancia. *Ver Med Clin Condes.* 2011; 22(2):184-189.
- Pereira ACS; Moura SM, Constant, PBL. Alergia alimentar sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2008; 29(2):189-200.
- Toche, PP. Alergia a alimentos y aditivos. *Rev. Med Clin Condes.* 2004;15(3):92-97.
- Oliveira LCL, Solé D. Alergia ao amendoim: revisão. *Rev bras alerg imunopatol.* 2012; 35(1):3-8.
- Villamarim EA, Sanchez N. Alergia alimentaria. *Revista Gastrohnp.* 2010; 12(3): S27-S34.
- Sanderson IR, Walker WA. Uptake and transport of macromolecules by the intestine. In: Week AL, Sampson HA, eds. *Intestinal immunology and food allergy.* New York: Raven Press, 1995;19-36 (Nestlé Nutritional Workshop Series).
- Brandtzaeg P, Thrane PS. Ontogeny of the mucosal immune system. In: Week AL, Sampson HA, eds. *Intestinal immunology and food allergy.* New York: Raven Press, 1995;1-17 (Nestlé Nutritional Workshop Series).
- Batista JL, Pastorino AC, Grumach AS, Jacob CM. A. Reações adversas à vacina MMR em pacientes alérgicos a ovo: revisão da literatura. Revisões e ensaios reviews and essays. [artigo na Internet] 2009 Mar [acessado em: 2012 out 6]. Disponível em: <http://www.pediatriasopaulo.usp.br/upload/html/453/body/09.htm>
- The American Academy of Allergy Asthma and Immunology. Food Allergy: Tips to Remember [serial on the Internet] 2012 [cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/library/at-a-glance/food-allergy.aspx>
- Moreira LF. Estudo dos componentes nutricionais e imunológicos na perda de peso em camundongos com alergia alimentar [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Mestrado em Patologia, 2006.
- Allergy UK. Fish/Seafood Allergy. [serial on the Internet] 2012 Mar [cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.allergyuk.org/fish-and-seafood-allergy/fish-and-seafood-allergy>.
- Castello MA, Hevia, X, Gomez IM, Almarales RC, Canosa JR. Algunas consideraciones sobre las reacciones adversas por alimentos. *Rev Cubana Med.* 2004; 20:5-6.
- Jacob CMA, Gushken AKF, Castro APBM. Alergia ao Leite de Vaca. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar.* 1ed. São Paulo: Manole; 2010.
- Allergy UK. Egg Allergy. [serial on the Internet] 2012 Out [cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.allergyuk.org/egg-allergy/egg-allergy>
- Yang AC, Varalda BD. Alergia a Ovo. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar.* 1ed. São Paulo: Manole; 2010.
- Skolnick HS, Conover-Walker MK, Koerner CB, Sampson HA, Burks W, Wood RA. The natural history of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol.*2001;107:367-374.
- International Union of Immunological Societies. Allergen Nomenclature [serial on the Internet] 2004 Abr [cited: 2012 out 5]. Available from: [www.allergen.org/search.php?allergenSource=Arachis+hypogaea](http://www.allergen.org/search.php?allergenSource=Arachis+hypogaea)
- Castro APBM, Fomin ABE, Yonamine GH. Alergia a Castanhas e Sementes. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar.* 1ed. São Paulo: Manole; 2010.
- Burks AW. Peanut allergy. *The Lancet.*2008; 371:1538-1546.
- Allergy UK. Soya (Soy) Allergy [serial on the Internet] 2012 Mar. [cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.allergyuk.org/soya-and-soy-allergy/soya-soy-allergy>
- Khan F, Orson F, Ogawa Y, Parker C, Davis, CM. Adult seafood allergy in the Texas Medical Center A 13-year experience. *Allergy Rhinol.*2011;2:71-77.
- Jeebhay MF, Robins TG, Lehrer SB, Lopata AL. Occupational seafood allergy areview. *Occup Environ Med.*2001;58:553-562.

37. Lima CMF, Yang AC. Alergia a Peixes, Crustáceos e Moluscos. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar*. 1ed. São Paulo: Manole; 2010.
38. Sarti W, Arruda LK, Tumelero MT. Alergia a Alimentos e ao Látex. In: Voltarelli JC. *Imunologia Clínica na Prática Médica*. 1ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
39. Nowak-Węgrzyn A, Assa'ad AH, Bahna SL, Bock SA, Sicherer SH, Teuber SS. Work Group report: Oral food challenge testing. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:S365-383.
40. Baral VR, Hourihane JO'B. Food allergy in children. *Postgrad Med J*. 2005;81:693-701.
41. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(6):S1-58.
42. Allergy UK. Skin Prick Testing [serial on the Internet] 2012 Mar.[cited: 2012 out 5]. Available from: <http://www.allergyuk.org/diagnosis--testing-of-allergy/skin-testing>
43. Castro APBM, Fomin ABF, Yonamine GH. Diagnostico in vivo. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar*. 1ed. São Paulo: Manole; 2010.
44. Lins MGM, Horowitz MH, Silva GAP, Motta MEFA. Teste de desencadeamento alimentar oral na confirmação diagnóstica da alergia à proteína do leite de vaca. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):285-289.
45. Mendonça RB, Cocco RR, Sarni ROS, Solé D. Teste de provocação oral aberto na confirmação de alergia ao leite de vaca mediada por IgE: qual seu valor na prática clínica?. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):415-422.
46. Santos KS, Kokron CM, Palma MS. Diagnóstico in vitro. In: Castro FFM. *Alergia Alimentar*. 1ed. São Paulo: Manole; 2010.