



**PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO
AMBULATORIAL À CRIANÇA COM ALERGIA
ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA NO
ESTADO DA BAHIA**

Salvador-BAHIA

Fevereiro, 2022

Siglas e abreviaturas

APLV - Alergia às Proteínas do Leite de Vaca

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

CFAE – Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

FAE- Fórmula Alimentar Especial

LV - Leite de Vaca

NBCAL - Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL)

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN- Recém- nascido

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SUS - Sistema Único de Saúde

TPO - Teste de Provocação Oral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

Apresentação	04
Amparo legal	05
Introdução	06
Objetivos	10
Metodologia	11
Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças com APLV	
Prevenção	13
Abordagem diagnóstica.....	14
Tratamento.....	14
Relação de fórmulas para APLV	15
Seguimento.....	17
Critérios para suspensão do tratamento	18
Abertura de processo para fornecimento de Fórmula alimentar Especial para APLV	
Critérios de inclusão.....	18
Critérios de exclusão	19
Documentação	20
Fluxo de atendimento	22
Anexo	24
Termo de Consentimento para realização de Teste de Provocação Oral.	
Referências	26
Quadros	
1. Mecanismos imunológicos e manifestações clínicas das alergias alimentares ...	9
2. Alimentos e Ingredientes que contém proteína do leite de vaca	15
3. Uso de fórmulas infantis para APLV em crianças menores de 6 meses e de 6 a 24 meses	16
4. Base de cálculo para a quantidade de fórmulas a ser dispensada.....	17
5. Classificação Internacional de Doenças (CID-10) contemplado neste protocolo para APLV.....	19
Figura: Componentes da Linha de Cuidado à criança com APLV na Bahia.....	12
Tabela: Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais por idade	17

APRESENTAÇÃO

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) é a alergia mais prevalente em crianças nos primeiros anos de vida, e na grande maioria dos casos ela é autolimitada. A predisposição genética, associada a fatores de risco ambientais, culturais e comportamentais, podem contribuir para a manifestação da APLV em lactentes.¹

Os primeiros dois anos de vida são marcados por intensos processos fisiológicos que viabilizam o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Nesse sentido, o tratamento das alergias alimentares requer atenção especial, em virtude das profundas repercussões que podem interferir no seu estado nutricional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se personagem principal do processo de integralização do cuidado, uma vez que também se constitui como porta de entrada do usuário no serviço de saúde. As ações da APS ocorrem em prol de uma atenção integral realizada de forma articulada em redes e pautadas na humanização, continuidade do cuidado e territorialização.

O tratamento é essencialmente nutricional e torna-se necessário o acompanhamento e monitorização do lactente nos primeiros anos de vida, quando possivelmente, a maioria desenvolverá tolerância às proteínas do leite de vaca.

A implantação da linha de cuidado proposta permitirá aos usuários e aos profissionais do sistema de saúde uma maior segurança e objetividade em relação ao diagnóstico e manejo da APLV ao longo da infância.

O presente documento foi redigido a fim de estabelecer o itinerário assistencial que crianças com suspeitas ou diagnosticadas com APLV deve percorrer na rede de atenção à saúde no estado da Bahia. Dessa forma, será ofertado ao usuário do serviço de saúde o cuidado integral com planos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção da rede.

AMPARO LEGAL

Artigo 196 da Constituição Federal (1988): preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;²

Artigo 197 da Constituição Federal (1990): O artigo 197, da Constituição Federal, estabelece que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”;³

Lei Federal 8080/90: elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Sendo assim, cabe ao Estado formular, avaliar e apoiar as Políticas de Alimentação e Nutrição, e em casos nos quais a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das dietas enterais, este deve fornecê-la de acordo com os princípios e normas do SUS;⁴

Lei 11.265/2006- NBCAL: regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância e produtos de puericultura correlatos, como garantia da segurança alimentar como um direito humano. Apoia as políticas públicas para minimizar o marketing abusivo e as pressões das indústrias de grande porte às instituições que prestam serviços ao público materno infantil, tanto no nível público como no privado;⁵

Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;⁶

Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu, no artigo 6º da Constituição Federal, a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 1.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7.272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b);⁷

Nota Técnica n.º 84/2010, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, a necessidade de organização de serviços estruturados baseados em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nos estados e municípios, como passo inicial para consolidação de um fluxo de avaliação, diagnóstico, tratamento, dispensação de produtos e acompanhamento destes usuários na rede pública de saúde;⁸

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;⁹

Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011: atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição;¹⁰

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: prova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);¹¹

Introdução:

A alimentação é um componente essencial à vida humana, e através dela que se obtêm os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do lactente. A infância é uma fase da vida caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento. Garantir o direito à alimentação é tarefa de todos os envolvidos a ela direta ou indiretamente. Esse deve ser um compromisso prioritário do Estado e compartilhado entre família e sociedade, incluindo empresas, organizações e educadores.¹²

Os primeiros mil dias do bebê, o qual abrange os 270 dias da gestação somados aos 730 dias referentes aos 24 meses de vida, são essenciais e decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança. É um importante período para intervenções que garantam nutrição e desenvolvimento saudáveis, que trarão benefícios em todo o ciclo de vida. As crianças devem receber alimentação adequada, por meio de nutrição pré-natal, aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, adição de alimentos complementares de acordo com sua faixa etária e continuação da amamentação pelo menos até os dois anos.¹³

A soberania nutricional e imunológica do leite materno, em relação aos outros leites inclusive o leite de vaca, é reconhecida há décadas. O leite materno contém todos os nutrientes essenciais e em quantidade adequada para a nutrição do lactente até o sexto mês de vida, além de conter fatores imunológicos que o protegem das infecções. A Organização Mundial da Saúde orienta que o aleitamento materno deve ser continuado como complemento a alimentação até os 2 anos de vida ou mais.¹² No Brasil, destacam-se algumas políticas de promoção e proteção do aleitamento materno que devem ser atentamente observadas e implementadas, como o Método Canguru, a NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras), a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e o Hospital Amigo da Criança.

A integralidade, como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve a atuação intersetorial entre as diferentes áreas envolvidas no processo do cuidado.¹⁴ Desde o período pré-natal, atuando de maneira preventiva ao desenvolvimento da alergia às proteínas do leite de vaca (APLV), através de ações educativas sobre aleitamento materno exclusivo até os 06 (seis) meses de idade; perpassando pelas maternidades/centros de parto com prática precoce da sucção ao seio no pós-parto imediato e no alojamento conjunto, além do fortalecimento dos bancos de leite; continuidade das ações de promoção ao aleitamento na atenção primária, com oferta de suporte à mulher que amamenta e envolvimento de toda a equipe de saúde. A ação multiprofissional deve estar presente em todos os níveis de atenção, por profissionais conscientes, qualificados e empáticos para dialogar sobre a superação de crenças e tabus, com objetivo de formar e fortalecer um elo contínuo e completo de apoio à amamentação. A continuidade do cuidado traz o foco para a responsabilidade central da APS no cuidado dos usuários e família. Com a garantia de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade do seu caso, mas mantendo, como referencial de acompanhamento, os profissionais da APS aos quais estão vinculados.^{15,16}

Fatores sociais, econômicos, biológicos e culturais contribuem para a não adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses. Neste contexto, o leite de vaca tem sido utilizado como alternativa ao leite materno para alimentar crianças. O organismo do recém-nascido pode não reconhecer a proteína do leite de vaca, e desencadear uma resposta imunológica anômala, levando-o a desenvolver alergia às mesmas.¹⁷

A APLV é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite (caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina), causada pela exposição de proteínas

integrais no trato gastrointestinal do lactente. É o tipo de alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses, sendo raro o seu diagnóstico em indivíduos acima dessa idade, visto que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca. No Brasil, sua prevalência em crianças com até os dois anos de idade oscila de 0,3% a 7,5%, sendo que apenas 0,5% estão em aleitamento materno.¹⁸ Diante da diferença de prevalência entre amamentados e não-amamentados, é fundamental evitar o uso desnecessário de fórmulas infantis.¹⁹

Na impossibilidade do aleitamento materno é imprescindível o acesso às fórmulas nutricionalmente completas e adequadas para a idade do lactente.

Diante da suspeita ou diagnóstico de APLV, a conduta é excluir qualquer forma de ingestão ou contato com o leite de vaca ou derivados,¹⁸ seja na dieta materna quando criança está em aleitamento, ou pelo consumo leite de vaca, seus derivados, outros alimentos com leite de vaca e/ou fórmulas lácteas infantis pelo lactente.^{17,18}

Mesmo em crianças com diagnóstico de APLV, a permanência do aleitamento materno é considerada como a primeira escolha de tratamento, com exclusão total de proteínas do leite da dieta materna. A amamentação deve ser estimulada mesmo com suspeita ou diagnóstico de APLV. Para isso, a mãe deve ser orientada sobre as alterações na dieta, submetendo-se a dieta de exclusão total de proteínas do leite de vaca. O uso de fórmulas alimentares para APLV são destinados em casos de hipossuficiência, ausência ou contra-indicação de aleitamento materno.¹⁸

Os mecanismos imunológicos da APLV são classificados em: mediados por IgE, não mediados por IgE (hipersensibilidade mediada por células)¹⁷ ou mistos (quando ambos os mecanismos estão envolvidos). Nos casos de APLV mediada por IgE, as manifestações clínicas são imediatas (ocorrem em até duas horas após o contato com o alérgeno). Em geral, caracterizam-se por reações agudas que podem envolver mais sistemas ou órgãos. Já nos casos de APLV não mediada por IgE, em geral, os sintomas manifestam-se tardiamente, ou seja, entre duas horas a sete dias, sendo mais comum o envolvimento do trato gastrointestinal, com resolução em mais de 50% dos casos ainda no primeiro ano de vida.^{18,20} Os sintomas estão detalhados no quadro 01.

Quadro 1. Mecanismos imunológicos e manifestações clínicas das alergias alimentares:¹

	Mediada por IgE	Não mediada por IgE	Mediada por IgE e célula (misto)
Pele	Urticária, angioedema, rash eritematoso mobiliforme, rubor	Dermatite de contato	Dermatite atópica
Respiratório	Broncoespasmos, coriza, rinite, tosse	Hemossiderose induzida por alimento (síndrome de Heiner)	Asma
Gastrintestinal	Edema e prurido de lábios, língua ou palato; vômitos; diarreia.	Refluxo gastroesofágico, cólicas, constipação Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar (FPIAP), Síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar	Esofagite eosinofílica (EoE) Gastrite eosinofílica Gastroenterite eosinofílica
Cardiovascular	Tontura, desmaio		
Sistêmicas	Anafilaxia, choque anafilático		

Adaptado de: Solé D et. al., 2018 e Yonamine et. al., 2021

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Propor uma linha de cuidados aos indivíduos com diagnóstico de APLV residentes no estado da Bahia.

Objetivos Específicos

1. Sensibilizar os profissionais de saúde quanto a importância da promoção da amamentação para a saúde do binômio mãe-filho;
2. Sistematizar normas e documentos que orientem a organização do cuidado integral aos indivíduos diagnosticados APLV na rede de saúde do Estado da Bahia;
3. Demonstrar o itinerário assistencial para crianças com APLV;
4. Reduzir o risco do desenvolvimento de desnutrição, através da atenção nutricional adequada;
5. Garantir o Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas às crianças com diagnóstico de alergia às proteínas do leite de vaca residentes no Estado da Bahia;
6. Garantir o cuidado integral, através de uma abordagem interdisciplinar, desde o acolhimento até a alta do tratamento
7. Orientar aos profissionais de saúde quanto ao cuidado integral, desde o acolhimento até o momento da alta do tratamento;
8. Destacar as competências da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e municípios, para sua rede referenciada e órgãos parceiros;

METODOLOGIA

A abordagem metodológica foi composta por pesquisa bibliográfica, análise documental, discussões e rodas de conversas com pediatras e nutricionistas que atuam na assistência de crianças e construção da linha de cuidados.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados indexadas LILACS, PUBMED, SciELO, selecionando as publicações referente aos últimos onze anos, entre os anos de 2010 e 2021. Foram utilizados como palavras-chave os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em inglês e seus correspondentes em português: Allergy; Infant Formula; Milk Proteins; Milk Hypersensitivity; Food, Formulated; proteínas do leite; lactente; fórmula infantil; saúde pública.

Foram analisados documentos oficiais produzidos e publicados pelo Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS COM APLV

A linha de cuidado para crianças com APLV na Bahia foi proposta para garantir o cuidado integral ao paciente, composta por ações de promoção, prevenção, acolhimento, abordagem diagnóstica, tratamento e acompanhamento, conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 01: Componentes da Linha de Cuidado à criança com APLV na Bahia.



Prevenção

O primeiro componente da linha de cuidado é a prevenção da APLV através da promoção do aleitamento materno. Zhang et al. enfatizam a amamentação exclusiva como um fator protetor contra a APLV. ²¹

Com vistas à redução do desmame precoce e com base na modificação de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, foram normatizadas pela OMS e UNICEF, estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher (IHAC) as orientações abaixo, denominadas "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno":

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.

2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.

3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.

4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.

6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos - 24 horas por dia.

8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10. Promover a informação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Essas práticas devem ser aperfeiçoadas através de programas de educação permanente, com objetivo de estabelecer o conhecimento do profissional no campo do comprometimento de suas ações.

Ressalta-se ainda a capacidade do aleitamento materno de proteger a criança contra a alergia alimentar e diversas infecções, devida a alta concentração dos anticorpos IgA secretores, fatores bioativos, fatores tróficos e fatores anti-inflamatórios^{22,23}

Abordagem Diagnóstica:

Devido à inespecificidade dos exames laboratoriais, não há exames complementares para o diagnóstico definitivo de APLV. A determinação da IgE específica auxilia apenas na identificação das alergias alimentares mediadas por IgE e nas reações mistas, portanto tem papel limitado na investigação diagnóstica. Dosagens de IgG para alimentos não tem qualquer respaldo científico para diagnóstico da alergia alimentar.¹⁷ De fato, o diagnóstico é baseado na história clínica sugestiva, melhora dos sintomas com a exclusão dietética da proteína alergênica por um período de duas a quatro semanas e reaparecimento após o teste de provocação oral (TPO).¹⁷ O teste consiste na oferta progressiva do alimento suspeito, após um período de exclusão, em doses frequentes e intervalos regulares, com concomitante monitoramento de possíveis reações clínicas, sob supervisão médica e em local com suporte para atendimento de situações de urgência devido reações alérgicas inesperadas. É indicado para confirmar se uma reação alérgica existe ou não, ou se desenvolveu a aquisição da tolerância ao longo do tempo.¹⁸

Para o fornecimento de fórmulas infantis contempladas neste protocolo, é importante a realização do TPO, salvo em pacientes com contraindicação estabelecida. Desta forma, assim que for efetivada a disponibilidade de realização de TPO na rede pública de atenção à saúde, os pacientes serão avaliados mediante fluxo de atendimento a ser estabelecido.

Tratamento

Em crianças amamentadas, manter aleitamento materno com total exclusão de proteínas do leite de vaca da dieta materna, com orientações sobre todos os alimentos que contém leite, traços de leite, inclusive medicação, produtos de higiene e limpeza, com orientação sobre a importância da leitura dos rótulos.²⁴ Os utensílios que tem contato com alimentos devem ser separados (panelas, liquidificadores, esponjas de prato) para que não haja nenhum contato dos alimentos com a proteína do leite.

A dieta de exclusão deve ser mantida por pelo menos duas semanas e observar o desaparecimento ou persistência dos sintomas.¹⁷ Caso não ocorra a remissão dos sintomas após duas semanas com a retirada do leite de vaca da dieta materna, torna-se necessário avaliar se o consumo de algum alimento não permitido, ou mesmo a ocorrência de contaminação cruzada. Ainda assim, se houver persistência dos sintomas, torna-se importante investigar e avaliar se o lactente apresenta reação a outros alérgenos, descartando o alérgeno leite de vaca ou investigando outras alergias e patologias. Essa

suspeita diagnóstica deve ser norteada pela história clínica, com anamnese detalhada, inquérito alimentar e dados epidemiológicos associados à manifestação clínica.²⁵

A mãe deve receber orientação nutricional adequada, com a indicação de outros alimentos fonte de cálcio. Recomenda-se ainda avaliar a necessidade de suplementação da mãe com cálcio e vitamina D (calecalciferol).¹⁷

É importante ter cuidado com os produtos de higiene materna e infantil, alguns possuem substâncias a base do leite de vaca na composição. Os rótulos dos produtos e alimentos industrializados devem ser lidos com atenção a fim de identificar a presença de algum ingrediente que possa conter leite de vaca. (Quadro 2)

Quadro 2. Alimentos e Ingredientes que contém proteína do leite de vaca

Leite e Derivados	Ingredientes
Bebida láctea, coalhada, cottage, cream cheese , creme de leite, cremes doces, doce de leite, iogurte, leite de vaca (todos os tipos: integral, desnatado, semi-desnatado, evaporado, condensado, em pó, fluido, desidratado, maltado, sem lactose), leite e queijo de cabra, ovelha e búfala, leite fermentado, manteiga, manteiga ghee (clarificada), margarina, molho branco, nata, petit suisse, queijos (todos os tipos), requeijão, soro de leite.	Aroma de queijo; caramelo; caseína; caseinato; composto lácteo; estabilizante; galactose; lactoferrina; lactose; lactulose; lactoalbumina; lactoglobulina; proteínas do leite; proteínas do soro; proteína láctea do soro do leite microparticulada, sabor açúcar queimado; sabor artificial de manteiga; sabor caramelo; sabor creme de bavaria; sabor de leite; sabor creme de coco; sabor iogurte; sabor leite condensado; sabor queijo; soro ou soro do leite;

Adaptado de: Vasconcelos et. al., 2011²⁶ e Barbosa et. al., 2013²⁷

Em crianças em aleitamento misto ou não amamentadas, seja por contraindicação de aleitamento materno, ou impossibilidade materna de seguir dieta de exclusão de proteína do leite de vaca, são indicadas fórmulas que sejam nutricionalmente adequadas para portadores de APLV. Para uma adequada escolha, é fundamental compreender a diferença entre APLV e intolerância à lactose. Trata-se de patologias diversas e que podem estar sobrepostas. Na primeira, as manifestações clínicas são diversas, com envolvimento de um ou mais sistemas orgânicos (cutâneos, respiratórios ou gastrointestinais), provocadas por mecanismos imunológicos contra as proteínas do leite. A intolerância à lactose se deve à deficiência da enzima responsável pela digestão do principal açúcar do leite, a lactose. O quadro clínico da intolerância envolve sintomas gastrointestinais após o consumo de alimentos que contenham lactose.²⁸ Os sintomas mais prevalentes são

dor, distensão abdominal, diarreia e flatulência.²⁹ Logo, o uso de fórmula para APLV com ou sem lactose dependerá da presença ou ausência de sintomas gastrointestinais.

Relação de fórmulas para APLV:

- ✓ **Fórmula de proteínas extensamente hidrolisadas (FEH):** considerada como primeira escolha. São toleradas em mais de 90% dos casos. Assim, as FEH são indicadas como primeira opção para todas as crianças até vinte e quatro meses com APLV mediadas e não mediada por IgE¹⁸.
- ✓ **Fórmulas a base de soja (FIS):** única fórmula de origem vegetal reconhecida por evidências científicas utilizada no tratamento da APLV. Pode ser a primeira escolha para crianças maiores de seis meses com APLV mediada por IgE e sem manifestações gastrointestinais. Se houver manutenção ou piora dos sinais e sintomas, deve ser realizada troca para FEH. Caso haja remissão dos sinais e sintomas com uso de FEH, a mesma deve ser mantida. Se houver manutenção ou piora dos sinais e sintomas com uso de FEH, deve ser realizada troca para FAA¹⁸
- ✓ **Fórmulas a base de aminoácidos (FAA):** reservadas para casos de alergia mais grave, desnutrição proteico-energética moderada ou grave com descompensação metabólica (desidratação, acidose), sangramento intestinal intenso e anemia grave, dermatite atópica grave e generalizada, com hipoproteinemia e comprometimento no crescimento.¹⁸

Quadro 3 - Uso de fórmulas infantis para APLV em crianças menores de 6 meses e de 6 a 24 meses conforme o tipo de alergia.¹⁸

	Não IgE mediado	IgE mediado
< 6 m		
1ª opção	FEH	FEH
2ª opção	FAA	FAA
6-24m		
1ª opção	FEH	FS
2ª opção	FAA	FEH
	-	FAA

FS: Fórmulas infantis à base de proteína de soja. FEH: Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada. FAA: Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres.

Nota: *As FAA devem ser a primeira escolha nos casos em que a criança encontre-se com sintomas graves, independentemente da faixa etária, como descrito no tópico sobre FAA.

O quantitativo dispensado será de acordo com o preconizado no Relatório de Recomendação para APLV da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), 2017:

Quadro 4: Base de cálculo para a quantidade de fórmulas a ser dispensada

FÓRMULAS DE SOJA, SEMI-ELEMENTAR E DE AMINOÁCIDOS	
IDADE	BASE DE CÁLCULO PARA A QUANTIDADE
Menores de 6 meses (uso exclusivo de fórmulas)	Contemplar 100% das necessidades energéticas diárias
Entre 6 meses e 7 meses e 29 dias	Considerar a introdução da alimentação complementar e descontar em torno de 200 kcal/dia
Entre 8 meses e 11 meses e 29 dias	Considerar o consumo da alimentação complementar e descontar em torno de 300 kcal/dia
Entre 12 meses e 24 meses	Considerar o consumo da alimentação complementar e descontar em torno de 550 kcal/dia

Fonte: CONITEC. Relatório de Recomendação. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca. 2017

Tabela 1- Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais (latas de 400 gramas) por idade.¹⁸

Idade	FS	FEH	FAA
< 6m	-	7-9	7-9
6-12 meses	6-7	5-6	5-6
12-24 meses	5-6	5-6	6-7

Seguimento:

A partir do 6º mês de vida, realizar acompanhamento periódico a cada 03 (três) meses, com apresentação de relatórios médico e nutricional constando informações sobre a evolução do paciente, diagnóstico nutricional, tolerância, aceitação da fórmula e resposta ao teste de provocação oral, de acordo com indicação e disponibilidade do exame.

OBS: Convém anexar, conforme indicação, exames complementares para APLV (dosagens de IgE sérica específica para proteínas do leite, pesquisa de sangue oculto nas

fezes) e/ou comprovação de outras patologias que possam acompanhar o caso, como intolerância à lactose, doença inflamatória intestinal, entre outras.

CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO¹⁸

A suspensão ou alta do tratamento dar-se-á quando a criança:

- ✓ Apresentar melhora completa de sinais e sintomas relacionados à APLV;
- ✓ Negativar TPO ao longo da conduta adotada;
- ✓ Não apresentar TPO de monitoramento conforme protocolado; ou
- ✓ Completar vinte e quatro meses de idade.

Em caso de suspensão na prescrição de uso de fórmulas, deve-se orientar o responsável pela criança a devolver as fórmulas residuais que porventura não sejam utilizadas.

Abertura de processo para fornecimento de Fórmula alimentar Especial para APLV

Critérios de Inclusão:

Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas nutricionais neste protocolo são pacientes menores de dois anos, domiciliados no Estado da Bahia, que apresentem relatórios de acompanhamento médico e nutricional assinados por profissionais registrados nos respectivos Conselhos Regionais do Estado da Bahia, com diagnóstico de pelo menos um dos CID's apresentados no Quadro 2, acrescido dos seguintes critérios:

- Sem aleitamento materno, quando diagnóstico de APLV;
- Em aleitamento materno, com APLV, comprovado dificuldades na amamentação exclusiva e/ou esgotadas as estratégias para manutenção do aleitamento materno. Nesse caso, o aleitamento poderá ser complementado;
- Ter história clínica sugestiva e resultados positivos na avaliação clínica.

Quadro 5: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) contemplado neste protocolo se refere a sinais e sintomas apresentados durante a investigação diagnóstica de APLV.¹⁸

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	LOCALIZAÇÃO	TIPO DE REAÇÃO IMUNE
L50.0	Urticária	Cutânea	IgE mediada
T78.1	Angioedema		
L58.8	Eritema morbiliforme		
H13.2	Rinoconjuntivite	Respiratória	
J20	Broncoespasmo	Generalizada	
T78.0	Choque anafilático		
K23.8	Esofagite eosinofílica	Gastrointestinal	Mistas (IgE e não-IgE)
K52.2	Gastroenterite eosinofílica		
L27.2	Dermatite atópica	Cutânea	
K52.2	Enterocolites	Gastrointestinal	Não-IgE-mediadas
R 68.3	Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e de líquidos (Relacionados a Alergia a Proteína do Leite de Vaca)		

Critérios de Exclusão:

- Não ser residente do Estado da Bahia;
- Não ser acompanhado por profissionais médico e nutricionista devidamente registrados no Conselho Regional do Estado da Bahia;
- Crianças até seis meses de idade em aleitamento materno exclusivo;
- Crianças de seis a vinte e quatro meses, com diagnóstico de APLV, em aleitamento materno suficiente e alimentação complementar isenta de proteínas do leite;
- Crianças com outras alergias ou patologias que não APLV;
- Crianças que apresentarem resultados negativos ao TPO;
- Pacientes hospitalizados.
- Crianças com idade superior a 24 meses que não apresentem relatórios comprobatórios da permanência da APLV grave associado a alergias múltiplas (com repercussões clínicas e nutricionais).

OBS: Em crianças com mais de 2 anos, uma dieta de exclusão de proteínas do leite de vaca pode ser nutricionalmente adequada, a menos que a criança tenha múltiplas alergias.³⁰

Documentação

- Cópia de certidão de nascimento ou documento de identificação com foto (se houver);
- Cópia do cartão do SUS do proponente ou da mãe, se recém-nascido;
- Cópia do comprovante de residência em nome de um dos genitores; (São documentos válidos para comprovação de residência: as contas de luz, água, telefone, correspondência de extratos de contas bancárias, extratos de cartões de crédito **(emitidos nos últimos 03 meses)**, contrato de aluguel ou certidão do **CADÚNICO**).
- Cópia do documento de identificação dos pais (RG e CPF);

Relatório médico contendo:

- CID da patologia;
- Data
- Nome e carimbo legíveis (CRM BA)
- Histórico clínico detalhado, sendo obrigatório registrar o histórico de amamentação (se foi realizada a tentativa de exclusão de proteínas do leite de vaca da dieta materna ou, em caso de não estar em aleitamento justificar o motivo da suspensão), presença de lesões cutâneas, sangramento nas fezes, ganho ponderal inadequado e registro de dados antropométricos (peso e altura). Para uso de fórmula com ou sem lactose, informar se há presença de diarreia, assadura perianal ou flatulência. De acordo com o caso, anexar resultados de exames realizados nos últimos 60 dias;

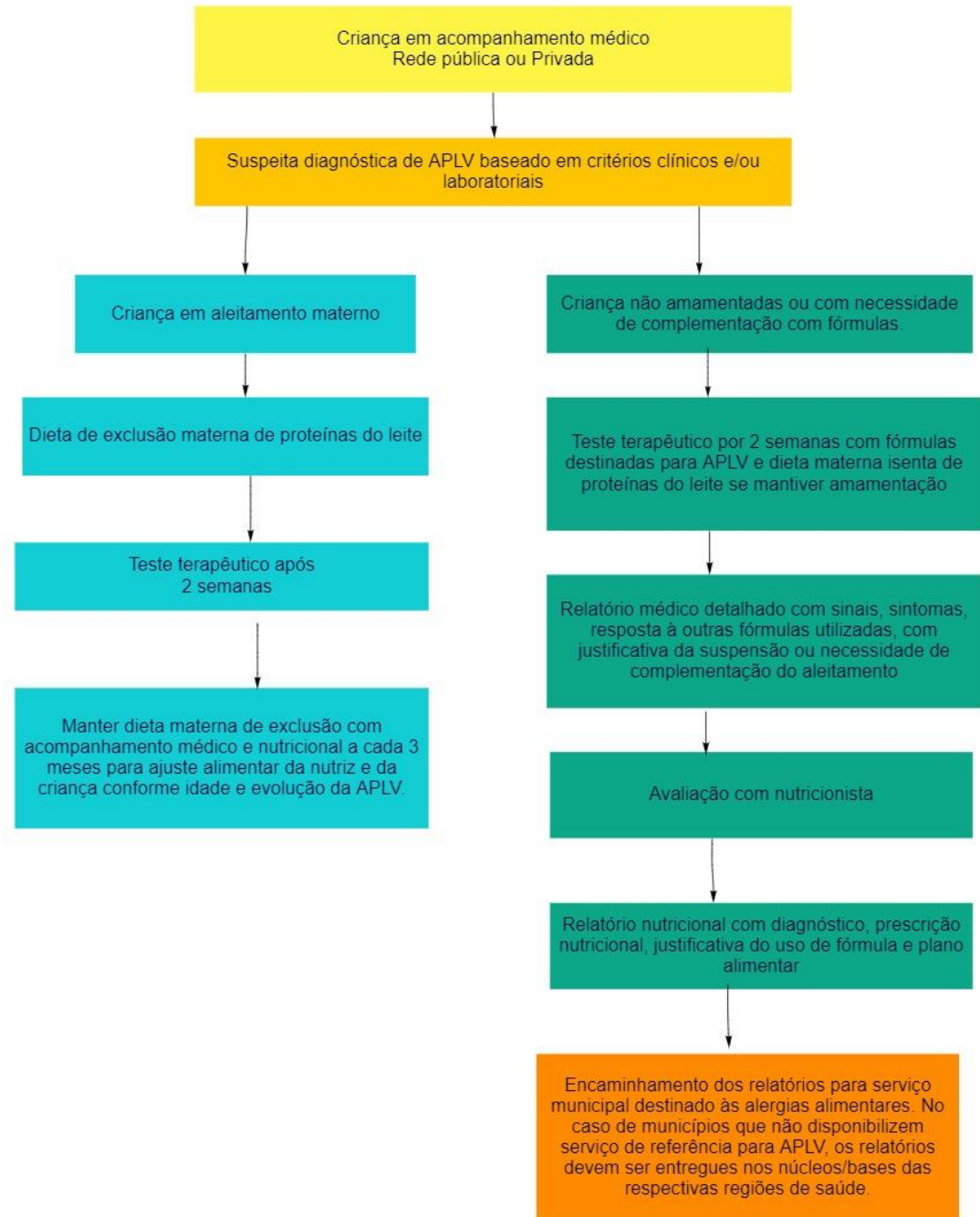
Relatório nutricional contendo:

- Diagnóstico nutricional atual
- Nome e carimbo legíveis (CRN 5ª região)
- Data
- Justificativa para prescrição da Fórmula Alimentar Especial - FAE

- Descrição da fórmula prescrita, com informação de opções quando houver produtos similares
- Prescrição nutricional completa (com registro de volume/gramatura por porção, quantidade/dia e plano dietético)
- Previsão de período de tratamento (em meses);

OBS: Pacientes internados em programação de alta hospitalar com necessidade de fórmulas estabelecidas nesse protocolo, ou seja, com diagnóstico comprovado de APLV e sem uso de aleitamento materno, deverão ter suas famílias orientadas a abrir processo com antecedência, com identificação da necessidade da desospitalização. A dispensação da fórmula está condicionada a apresentação de documento comprobatório da alta hospitalar.

FLUXO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA APLV NO ESTADO DA BAHIA



miro

Considerações sobre o fluxograma:

1. Núcleos ou Bases Regionais de Saúde recebem a documentação acima mencionada e realizam abertura de processo pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Os processos são direcionados para Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais (CFAE), parte da Diretoria de Gestão de Cuidado (DGC) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. A dispensação de fórmulas será realizada pelos próprios Núcleos Regionais, após análise da documentação e deferimento do fornecimento da fórmula.

2. Os municípios com serviço próprio de dispensação de fórmulas alimentares especiais para APLV apresentam protocolos próprios de abertura de processo, e dispensação de fórmulas.

Anexo

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL

Eu, _____ (nome do(a) responsável pelo(a) paciente), responsável pelo(a) paciente _____ (nome do paciente) declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e possíveis efeitos relacionados à realização do Teste de Provocação Oral, indicado para o diagnóstico e tolerância da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo(a) médico(a) _____ (nome do(a) médico(a) que prescreve). Declaro que estou ciente e que concordo em realizar o teste de provocação oral, que consiste em exposição gradual ao alimento suspeito de me causar alergia com a finalidade de comprovar definitivamente o diagnóstico, ou com a finalidade de comprovar que estou tolerante a este alimento. Fui informado que este teste é padrão ouro no diagnóstico definitivo de alergia ou tolerância, o que permitirá ao médico responsável orientar se devo ou não fazer restrição ao contato com o alimento. Desta forma, foi esclarecido que o resultado do teste de provocação oral permite programar o acompanhamento futuro em relação a esta alergia específica. Fui informado que o teste de provocação oral é contraindicado para diagnóstico de alergia alimentar manifestada por anafilaxia (reação alérgica grave com múltiplos sintomas associados) e, nesta situação, o teste poderia ser recomendado apenas após 12 meses para avaliação de tolerância, conforme indicação do médico especialista. Fui informado ainda que devo permanecer em observação na clínica pelo período de 1 hora após o término do teste. Fui informado que reações alérgicas são possíveis e podem incluir coceira na pele, nariz, olhos, ouvido, boca e garganta; placas vermelhas pelo corpo, tosse, chiado, aperto no peito, nariz entupido e coriza. Embora muito raramente aconteçam reações mais graves com falta de ar, pressão baixa e até choque, podem ser desencadeadas. Estas reações generalizadas, quando ocorrem, se iniciam dentro dos primeiros 30 minutos após o contato com a substância sendo controladas se estiverem sob supervisão e cuidados médicos. Eu concordo em permanecer em observação por 1 hora após o teste de provocação oral e avisar imediatamente a equipe médica de qualquer sintoma que eu apresente. Compreendi todos os riscos e as vantagens do teste de desencadeamento que realizarei e estou de acordo com todos os termos deste Consentimento Informado.

Comprometo a usar a fórmula conforme a orientação dada, e devolver em caso de não uso. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao tratamento de meu(minha) filho (a), desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:

Data:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Local:

Data:

Médico responsável:

CRM:

UF:

Assinatura e carimbo do médico

Data:

Referências:

1. Solé, Dirceu et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1- Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 18-32, 2018.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 25 ago. 2021.
3. BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2021.
4. BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2021.
5. Brasil. Decreto nº 8.552. Regulamenta a Lei no 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
7. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010. Diário do Congresso Nacional - Sessão Conjunta - 10/2/2010, Página 448 Vol. 4.
8. Brasil, Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 31 dez. 2010: Seção 1: 88 [citado 2021 ago 28].
9. BRASIL, 2010, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/DAE/SAS/MS, nota técnica nº84/2010.
10. Brasil, Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 18 nov. 2011: Seção 1: 89 [citado 2022 fev 18].
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para

a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Diário Oficial da União 2017; 22 ago.2021

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 265 p. 2019, pg 17. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.
13. Da Cunha AJ et.al. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. Review articles. J Pediatr. (Rio J.) 91 (6 Suppl 1). Nov-Dec 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.07.002>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 08/12/21.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: MS; 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília: MS; 2010.
17. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):7-38.
18. Brasil. Ministério da Saúde. CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Relatório de Recomendação, 2017 [acesso em 24 nov 2021]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.p.19-20.

20. Luyt, D. et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clinical & Experimental Allergy*, v. 44, n. 5, p. 642-672, 2014.
21. Zhang, Ji-Yong et al. Risk factors for cow's milk protein allergy in infants: a multicenter survey. *Zhongguo Dang dai er ke za zhi= Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, v. 22, n. 1, p. 42-46, 2020.
22. PALMEIRA, Patrícia; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda. Imunologia do leite materno. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 6, p. 584-593, 2016.
23. SILVA, Dayane; SOARES, Pablo; MACEDO, Marcos Vinicius. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. *Unimontes Científica*, v. 19, n. 2, p. 146-157, 2017.
24. Protocolo Clínico para Pacientes do Programa de Alergia à Proteína do Leite de Vaca [recurso eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. – 2 ed. – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2019.
25. Yonamine, G. H; pinotti, R. Alergia alimentar: alimentação, nutrição e terapia nutricional. Barueri [SP] : Manole, 2021.
26. Vasconcelos, M. J. O. B. et al. Nutrição clínica: obstetrícia e pediatria. Rio de janeiro: Medbook, 2011.
27. Barbosa, Janine Maciel et al. Guia ambulatorial de nutrição materno-infantil. 2013.1. Ed. Rio de Janeiro: Medbook. 488 p.
28. DUARTE, Rafaela Ribeiro et al. Intolerância à lactose e alergia à proteína do leite: uma revisão. *Biblioteca de Tese e dissertações da UFGC*, 2016. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7943>. Acesso em 19/01/22.
29. Barbosa et al. Intolerância à lactose: revisão sistemática. *Para Res Med J*. 2020;4:e33. DOI: 10.4322/prmj.2019.033.
30. Koletzko, S. et al. Abordagem diagnóstica e manejo da alergia à proteína do leite de vaca em bebês e crianças: orientações práticas do Comitê GI ESPGHAN. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, v. 55, n. 2, p. 221-229, 2012.