

# ANÁLISE DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO A PACIENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COM DIAGNÓSTICO DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV) DE UM MUNICÍPIO DE CADA MACRORREGIÃO DO BRASIL

Analysis of Clinical Protocols for Care for Patients of the Single Health System With Diagnosis of Allergy to Cow's Milk Protein (CMPA) in One Municipality in Each Macroregion of Brazil



ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 1 | Ano 2024

<sup>1,2,3</sup>Juliana Pinheiro Cantanhede; <sup>1</sup>Aline Sobania Hiittener; <sup>3</sup>Bráulio Nascimento Lima;

<sup>3,4</sup>Fernando Alípio Rollo Neto; <sup>3</sup>Gabriel Pereira Tavares; <sup>5</sup>Adryelle Delgado Viana;

<sup>3,5</sup>Klebson da Silva Almeida; <sup>1</sup>Andreia Thaís Coradeli; <sup>3</sup>Guanis de Barros Vilela Junior; <sup>1</sup>Jhulie Rissato da Silva

## RESUMO

**Introdução:** A alergia à proteína do leite de vaca (APLV), vem sendo definida como uma reação adversa do sistema imune aos antígenos presentes neste tipo de alimento e é considerada como a alergia mais frequente em pediatria. O presente estudo visa debater em torno da seguinte questão norteadora: Os protocolos, programas e/ou normativas de APLV utilizados por um município de cada macrorregião do Brasil contemplam as recomendações que estão previstos pelo Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar (CBAA)? **Objetivos:** Apresentar os protocolos, programas e/ou normativas da alergia à proteína do leite de vaca de um município de cada macrorregião do Brasil conforme preconizado pelo CBAA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter documental e de natureza exploratória descritiva. A análise de dados teve como material norteador o conteúdo do CBAA conforme isso foi realizado a leitura detalhada dos protocolos, programas e/ou normativas selecionados referente ao município escolhido das cinco regiões do Brasil. A partir disso foi desenvolvido uma tabela no Microsoft office Word® selecionando os pontos cruciais para a análise comparativa. **Resultados e Discussão:** Foram sete pontos analisados em relação ao teste de provocação oral (TPO), critérios de inclusão e exclusão, faixa etária, fórmulas ofertadas, tratamento ofertado e monitoramento do caso. Os resultados mostraram que não existe uma padronização na elaboração dos protocolos de APLV diante das três esferas de governo, devido a descentralização, um dos pontos característicos da Constituição Federal de 1988. **Conclusão:** Mostra-se necessário a padronização hierárquica na elaboração dos protocolos de acordo com que o CBAA preconiza para garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada aos indivíduos com necessidades especiais.

**Palavras-chave:** protocolos clínicos; alergia; proteína do leite de vaca; fórmulas infantis.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cow's milk protein allergy (CMPA) has been defined as an adverse reaction of the immune system to the antigens present in this type of food and is considered the most common allergy in pediatrics. The present study aims to discuss the following guiding question: Do the CMPA protocols, programs and/or regulations used by a municipality in each macro-region of Brazil include the recommendations set out in the Brazilian Consensus on Food Allergy (BCFA)? **Objectives:** To present the protocols, programs and/or regulations for allergy to cow's milk protein in a municipality in each macro-region of Brazil as recommended by the BCFA. **Methodology:** This is research with a qualitative approach, of a documentary nature and of an exploratory and descriptive nature. The data analysis had as its guiding material the content of the BCFA, as a detailed reading of the selected protocols, programs and/or regulations referring to the chosen municipality in the five regions of Brazil was carried out. From this, a table was developed in Microsoft Office Word® selecting the crucial points for the comparative analysis. **Results and Discussion:** There were seven points analyzed in relation to the oral provocation test (OPT), inclusion and exclusion criteria, age group, formulas offered, treatment offered and case monitoring. The results showed that there is no standardization in the elaboration of CMPA protocols across the three spheres of government, due to decentralization, one of the characteristic points of the 1988 Federal Constitution. **Conclusion:** Hierarchical standardization in the elaboration of agreement protocols is necessary that the BCFA recommends to guarantee the Human Right to Adequate Food for individuals with special needs.

**Keywords:** clinical protocols; allergy; cow's milk protein; infant formulas.

1 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

2 Faculdade Pequeno Príncipe.

3 Núcleo de Pesquisas em Biomecânica Ocupacional e Qualidade de Vida – NPBOQV.

4 Universidade da Amazônia – UNAMA.

5 Centro Universitário da Faculdade Integrada Brasil Amazônia – FIBRA.

### Autor de correspondência

Juliana Pinheiro Cantanhede - juli\_cantanhede@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), vem sendo definida como uma reação adversa do sistema imune aos antígenos presentes neste tipo de alimento. Trata-se de uma reação que pode ser mediada por anticorpos, por células ou por ambos, com participação dos quatro tipos básicos de reações imunológicas, tipo I (IgE-mediada), tipo II (reação citotóxica), tipo III (por imunocomplexos) e tipo IV (mediada por células). Considerada como a alergia mais frequente em pediatria e com um diagnóstico comum em bebês<sup>(1)</sup>.

No Brasil a APLV é mais acometida em crianças com duração prolongada, devido a reação mais comum ser não-IgE mediada que podem demorar horas ou dias após exposição ao alérgeno para se tornarem evidentes, sendo a maioria manifestações gastrointestinais<sup>(2)</sup>. De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar (CBAA)<sup>(3)</sup>, foi demonstrado que a incidência de alergia as proteínas do leite de vaca foram de aproximadamente 2,2%, enquanto que a prevalência foi de 5,4% em crianças no País. Estudos evidenciam que a prevalência da APLV de vaca em crianças, é de 2 a 3% em todo mundo<sup>(4)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) que os lactentes sejam amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e de forma complementar até os dois anos ou mais. Quando existe suspeita diagnóstica ou diagnóstico definido de APLV em lactentes amamentados exclusivamente, a recomendação é que haja exclusão total de leite

de vaca e derivados da dieta materna. Nos lactentes não amamentados a recomendação é a suspensão das fórmulas infantis à base de proteínas de leite de vaca intactas e a introdução das fórmulas infantis especiais (hipoalergênicas)<sup>(5)</sup>.

As políticas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional representam importantes marcos para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável, e estabelecem as obrigações governamentais que asseguram aos indivíduos com necessidades alimentares especiais o acesso aos recursos terapêuticos primordiais à manutenção da vida e saúde<sup>(6)</sup>. As ações governamentais são com base na Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante assistência terapêutica integral com dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado<sup>(7)</sup>.

Com o intuito de melhor atender as crianças com diagnóstico de APLV pelo SUS, os municípios brasileiros estabeleceram protocolos de APLV, com o objetivo de direcionar o fluxo de trabalho e estabelecer critérios para o fornecimento e acompanhamento de crianças em uso de Fórmulas Infantis Especiais (FIE) por tempo determinado com suporte assistencial clínico e nutricional<sup>(8)</sup>.

Os protocolos são instrumentos que colaboram com a regulamentação do exercício profissional, pois é por meio dele que os profissionais estarão normatizados e respaldados para executar suas atribuições, zelando pela qualidade na prestação de serviço<sup>(8)</sup>. Dessa forma, mostra-se importante avaliar a eficácia dos protocolos de dispensação de FIE conforme preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup>, quanto aos métodos diagnósticos, critérios de inclusão e exclusão da criança ao programa; faixa etária, características do tratamento oferecido; definição das fórmulas propostas e indicadores de monitoramento do caso.

De acordo com o exposto, o presente trabalho visa contribuir com o debate em torno do tema, buscando na literatura base científica atual para responder a seguinte questão norteadora: os protocolos, programas e/ou normativas de APLV utilizados por um município de cada macrorregião do Brasil contemplam as recomendações que estão previstos pelo CBAA?

Para responder à questão norteadora, o presente trabalho tem por objetivo apresentar os protocolos, programas e/ou normativas da APLV de um município de cada macrorregião do Brasil conforme preconizado pelo CBAA.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter documental. A pesquisa qualitativa é um método apropriado para quem

busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas<sup>(9)</sup>. Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza exploratória-descritiva. Exploratória que ocorre quando o pesquisador busca conhecer de forma mais profunda o assunto abordado. Concentra-se em esclarecer/explorar o campo de conhecimento abordado na pesquisa<sup>(10)</sup>. E a natureza descritiva, ocorre quando o pesquisador tem por objetivo descrever as características de certa população ou fenômeno e estabelecer relações entre as variáveis, sem sua manipulação<sup>(10)</sup>.

### Coleta de Informações

Para a realização da pesquisa e identificação dos protocolos, programas e/ou normativas existentes, foram consultadas fontes oficiais, por meio digital, de páginas (endereços) eletrônicos de sites oficiais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS). Para as buscas foram definidos os seguintes descritores: protocolos clínicos, APLV e FIE. As buscas por protocolos foram realizadas entre maio e julho de 2023.

### Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: protocolos clínicos para dispensação de FIE exclusivos ou que abordam APLV; protocolos produzidos por um município de

cada macrorregião do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), destinados à pacientes atendidos pela rede SUS e municípios com mais de 500 mil habitantes (de acordo com os dados do IBGE, baseado na população do censo de 2022). Sendo excluídos desta pesquisa os protocolos que não estavam disponíveis para consulta até a data de coleta dos dados.

### **Análise de Informações**

A análise de dados teve como material norteador o conteúdo do CBAA<sup>(3)</sup>, que representa um conjunto de documentos elaborados com bases científicas exclusivamente para população brasileira, que orienta os profissionais de saúde quanto aos métodos diagnósticos, tratamento, tipo de fórmulas a ser utilizadas, entre outros elementos. O processo de análise dos dados contou com uma interpretação descritiva, do tipo qualitativa, que analisou a adequação dos protocolos conforme preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup>. Foi utilizado o Software Microsoft Office Word® versão 2010, para confecção de tabelas e organização dos dados.

Foi realizado a leitura detalhada dos protocolos, programas e/ou normativas selecionados referente ao município escolhido das cinco regiões do Brasil. A partir disso foi desenvolvido uma tabela no Software Microsoft Office Word® selecionando os pontos cruciais para a análise comparativa, sendo esses: os tipos de exames para diagnóstico; critérios de inclusão e exclusão da criança ao programa; faixa etária, características do tratamento oferecido;

definição das fórmulas propostas e indicadores de monitoramento do caso.

Os protocolos foram codificados por letras para preservação da identificação do município estudado. Os tópicos foram separados por tabelas individuais para melhor compilação dos dados e análise.

De acordo com a Resolução No 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, informa que pesquisa que utilizem informações de acesso público não serão avaliadas pelo CEP/CONEP<sup>(11)</sup>. Assim sendo, por ser tratar de uma pesquisa de caráter documental sendo de acesso público não necessita ser submetido ao comitê de ética e pesquisa conforme preconizado na resolução.

### **Riscos e Benefícios**

Ao apresentar dados e análises importantes escritos na literatura com finalidade de fundamentar o debate do tema, o presente trabalho não oferece riscos. Desta forma fornece uma prática eficiente, ampla, efetiva e especializada, embasada em conhecimentos, propiciando uma assistência plena e garantida, em especial para orientar as práticas dos profissionais e gestores do SUS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a aplicação dos critérios de inclusão a busca eletrônica resultou em cinco protocolos, programas e/ou normativas

de um município de cada macrorregião do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) conforme é apresentado na tabela 1.

**Tabela 1.** Protocolo selecionado de cada região do Brasil, população atendida, protocolos ou normativa e ano de criação.

Região	Nº de Habitantes	Normativa, protocolo ou programa	Ano
<b>Município A</b>			
Norte	1.303.403	Normativa	2015
<b>Município B</b>			
Nordeste	2.428.708	Protocolo	2019
<b>Município C</b>			
Centro-Oeste	1.437.366	Protocolo	2011
<b>Município D</b>			
Sudeste	2.315.560	Protocolo	Sem data registrada
<b>Município E</b>			
Sul	1.773.718	Programa	2011

Fonte: Próprio autor.

Ao avaliar os cinco protocolos, programa e/ou normativa foram selecionados sete pontos cruciais para análise da pesquisa. O primeiro foi em relação aos métodos de diagnóstico conforme a tabela 2, somente dois não estavam em conformidade com o que é preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup>. CBAA<sup>(3)</sup> preconiza que para o diagnóstico definitivo de alergia deverá ser firmado após teste de provocação oral, realizado em geral, de 2 a 4 semanas após estabilização do quadro clínico, onde a ingestão de proteína do leite de vaca provoca retorno dos sintomas. Nesse período para estabilização deverá ser feito a dieta de exclusão materna se o lactante estiver em aleitamento materno exclusivo e para os lactantes que por algum

motivo não estejam sendo amamentados, ou o leite materno seja insuficiente, as fórmulas hidrolisadas devem ser utilizadas.

O teste de provocação oral (TPO), procedimento introduzido na prática clínica em meados dos anos 1970, a despeito de todo avanço científico, continua sendo ainda o método mais confiável no diagnóstico da alergia alimentar. Consiste na oferta progressiva do alimento suspeito e/ou placebo, em intervalos regulares, sob supervisão médica para monitoramento de possíveis reações clínicas, após um período de exclusão dietética é necessário para resolução dos sintomas clínicos<sup>(12)</sup>.

**Tabela 2.** Método diagnóstico selecionado dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.

<b>Região</b>	<b>Método diagnóstico</b>
	<b>Município A</b>
<b>Norte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especificado paciente vem encaminhado pelo médico/nutricionista.</li> </ul>
	<b>Município B</b>
<b>Nordeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese e exame físico;</li> <li>• Dieta de exclusão;</li> <li>• Teste para detecção de IgE específico (in vivo e in vitro);</li> <li>• TPO</li> </ul>
	<b>Município C</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História clínica;</li> <li>• Dosagens de IgE específica;</li> <li>• Teste cutâneo de leitura imediata;</li> <li>• TPO após 02 semanas de dieta de exclusão e uso de fórmula especial.</li> </ul>
	<b>Município D</b>
<b>Sudeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta de exclusão do alimento por até quatro semanas e após o teste de provocação oral (TPO)</li> <li>• Testes cutâneo de leitura imediata (TCLI) e dosagem de IgE sérica total.</li> </ul>
	<b>Município E</b>
<b>Sul</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico clínico do médico;</li> <li>• Avaliação pelo pediatra especialista;</li> <li>• Avaliação do estado nutricional pelo nutricionista de referência.</li> </ul>

Fonte: Próprio autor.

O segundo e terceiro ponto da análise foram em relação aos critérios de inclusão e exclusão conforme mostra a tabela 3, no qual somente um protocolo, programa e/ou normativa não contemplava os dois pontos que é em relação ao critério de exclusão. Os critérios são considerados uma prática padrão e necessária na elaboração de protocolos de alta qualidade. Critérios de inclusão são definidos como características-chave que um indivíduo deve ter para ser incluído no estudo ou programa. Critérios de inclusão típicos incluem características demográficas, clínicas e geográficas<sup>(13)</sup>.

Em contrapartida, critérios de exclusão são definidos como aspectos dos potenciais participantes que preenchem os critérios de inclusão, mas apresentam características adicionais, que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes. Critérios de exclusão comuns incluem características dos indivíduos elegíveis que fazem com que eles tenham grandes chances de perda de seguimento, de não comparecer a consultas agendadas para coletar dados, de fornecer dados imprecisos ou mesmo não ter a patologia a qual o estudo ou programa é dirigido<sup>(13)</sup>.

**Tabela 3.** Critério de inclusão e exclusão selecionado dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.

Região	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Norte	<b>Município A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especificado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão dos SUS</li> <li>• Prescrição e laudo médico/nutricional do SUS.</li> </ul>	
Nordeste	<b>Município B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças sem diagnóstico de APLV;</li> <li>• Não comparecer por três vezes consecutivas a consulta ambulatorial (médico e nutricionista);</li> <li>• Faltar em 3 agendamentos consecutivos do TPO (diagnóstico ou tolerância);</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TPO diagnóstico</li> <li>• Residir na capital ou interior do estado</li> </ul>	
Centro-Oeste	<b>Município C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudar-se do município;</li> <li>• Receber alta médica e/ou nutricional;</li> <li>• Usuário/cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento propostos;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morador do município;</li> <li>• Manifestações clínicas sugestivas de APLV, com realização de dieta de exclusão por duas semanas com resposta favorável e retomo dos sintomas após provocação ou história clínica sugestiva de anafilaxia por APLV;</li> <li>• Idade até 2 anos incompletos, exceto casos especiais.</li> </ul>	
Sudeste	<b>Município D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recusa dos pais ou responsável legal em aceitar o protocolo e a não assinatura do termo de adesão ao programa;</li> <li>• Não ser residente do município;</li> <li>• Apresentar mais de duas faltas não justificadas às consultas e/ou procedimentos agendados na URS Saudade.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser residente do município;</li> <li>• Apresentar diagnóstico ou suspeita de APLV na faixa etária de 0 a 35 meses e 29 dias.</li> </ul>	
Sul	<b>Município E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudar-se do município;</li> <li>• Receber alta médica e/ou nutricional de referência da UBS; -Usuário/cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser residente do município;</li> <li>• Ser usuário da UBS, com cadastro definitivo;</li> <li>• Apresentar APLV e/ou intolerância alimentar,</li> <li>• Ser menor de 2 anos de idade;</li> </ul>	

Fonte: Próprio autor.

Quando ocorre a análise da relação com a faixa etária, como mostra a tabela 4, dos cinco municípios analisados quatro possuíam faixas etárias diferentes e um não especificava. Segundo o CBAA<sup>(3)</sup> e no estudo de Ferreira e Seidman<sup>(14)</sup>, explicam que a maioria das crianças com alergia alimentar desenvolve tolerância clínica até os três anos de vida, embora esse percentual possa ser variável. Também vem abordando que em relação ao leite de vaca, historicamente a alergia apresenta prognóstico muito favorável para tolerância. Porém, estudos mais recentes como no de Pinto, Toledo e Franquelo<sup>(15)</sup> demonstram um aumento do número de crianças que não desenvolvem tolerância até o início da idade adulta.

As taxas de remissão de alergia ao leite variam conforme a população, sendo que um estudo em hospital terciário nos EUA observou que 19% das crianças desenvolveram tolerância até os 4 anos de idade, 42% até os 8 anos, 64% até os 12 anos, e 79% até os 16 anos de idade. A expectativa de resolução da alergia ao leite é menor em pacientes com níveis elevados de IgE específica, tendo sido observado que apenas 60% daqueles com IgE para leite maior do que 50 kUA/L adquiriram tolerância até os 18 anos de idade<sup>(16)</sup>.

**Tabela 4.** Faixa etária selecionada dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.

Região	Faixa etária
Norte	<b>Município A</b>
	• Não especificado
Nordeste	<b>Município B</b>
	• Crianças de 0 a 36 meses
Centro-Oeste	<b>Município C</b>
	• Crianças de 0 a 23 meses e 29 dias
Sudeste	<b>Município D</b>
	• Crianças de 0 a 35 meses e 29 dias
Sul	<b>Município E</b>
	• Crianças de 0 a 24 meses

Fonte: Próprio autor.

Sobre os tipos de FIE ofertadas por cada protocolo, programa e/ou normativa para as crianças com APLV, conforme mostra a tabela 5. Dos cinco analisados somente dois não está de acordo com o que é preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup>. O CBAA<sup>(3)</sup> e no estudo de Cutrim<sup>(17)</sup> explicam que para os lactentes que por algum motivo não estejam sendo amamentados, ou o leite materno seja insuficiente, as fórmulas hidrolisadas devem

ser utilizadas. Durante este período, os lactentes com APLV devem ser mantidos com fórmulas sem a proteína intacta do leite de vaca, que podem ser extensamente hidrolisadas à base da proteína do leite de vaca, dieta semielementar ou hidrolisado proteico), aminoácidos livres (dieta elementar) ou de proteína isolada de soja (somente para crianças maiores de seis meses e sem manifestação gastrintestinal).

**Tabela 5.** Tipo de fórmulas selecionadas dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.

Região	Tipos de fórmulas
Norte	<b>Município A</b>
	• Não descrito na normativa
Nordeste	<b>Município B</b>
	• Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose;
	• Fórmula extensamente hidrolisada com lactose;
Centro-Oeste	<b>Município C</b>
	• Fórmula extensamente hidrolisada;
	• Fórmula de aminoácidos;
	• Fórmula de proteína isolada de soja
Sudeste	<b>Município D</b>
	• Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose;
	• Fórmula extensamente hidrolisada com lactose;
	• Fórmula de aminoácidos
Sul	<b>Município E</b>
	• Fórmula de partida;
	• Fórmula de seguimento;
	• Fórmula sem lactose;
	• Fórmula de soja;
• Fórmula extensamente hidrolisada;	
	• Fórmula de aminoácidos;

Fonte: Próprio autor.

No que diz respeito ao tratamento ofertado nos protocolos, programa e/ou normativa quatro dos analisados especificam parcialmente o tratamento preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup> e somente um contempla adequadamente o que é designado (TABELA 6). Segundo o que é preconizado pelo CBAA<sup>(3)</sup> e no estudo de Lapa Filho et al.<sup>(18)</sup> nos casos de APLV, a dieta de exclusão diagnóstica é recomendada ser feita com fórmulas com proteínas extensamente hidrolisadas à base da proteína do leite de vaca, sem especificação se de caseína ou de proteína do soro. Caso não haja melhora clínica, após duas semanas, recomenda-se a substituição por fórmula de aminoácidos. Se houver melhora, deve ser realizado o teste de provocação oral. Se o resultado for positivo, a dieta de exclusão terapêutica com a mesma fórmula deve ser mantida pelo período de 6 a 12 meses.

Nas crianças pequenas amamentadas, a mãe deve retirar da sua dieta os produtos à base de leite de vaca, e os sintomas do lactente devem ser monitorados.

Deve ser feito também o acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional das crianças com alergia alimentar, a intervalos mais curtos nos lactentes (3 a 6 meses), anual e até bianual nas crianças maiores e adultos, a depender do tipo de alergia e de alimento. Este acompanhamento deve, além de avaliar a evolução relacionada à alergia, realizar a avaliação e monitoração da condição nutricional, pois muitas vezes a exclusão de um determinado alimento sem orientação nutricional apropriada pode determinar grave comprometimento do crescimento e desenvolvimento<sup>(3,19)</sup>.

**Tabela 6.** Tratamento ofertado selecionado dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.

Região	Tratamento ofertado
	<b>Município A</b>
Norte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecimento das fórmulas por um período de 90 dias, seguido com novo processo para renovação da inclusão do paciente no recebimento das fórmulas</li> <li>Acompanhamento clínico</li> </ul>
	<b>Município B</b>
Nordeste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta de exclusão do alergênico e oferta de fórmulas especiais.</li> <li>Acompanhamento mensal com especialistas e dispensação de fórmulas.</li> </ul>
	<b>Município C</b>
Centro-Oeste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusão do alimento suspeito da dieta;</li> <li>Fornecimento de fórmulas</li> <li>Teste de provocação oral após 2 semanas;</li> <li>Uma vez utilizado qualquer fórmula especial, a criança deve ser submetida a teste de provocação a cada período de 3 a 6 meses para verificação de tolerância.</li> </ul>
	<b>Município D</b>
Sudeste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusão do alimento suspeito da dieta;</li> <li>Teste de provocação oral após 4 semanas;</li> <li>Realização de TPO comprobatório a cada consulta</li> <li>Fornecimento de fórmulas</li> </ul>
	<b>Município E</b>
Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecimento de fórmulas</li> <li>Ciclo de acompanhamento dos pacientes tem duração de três meses.</li> <li>A avaliação da equipe poderá ser quinzenal, mensal, bimestral ou trimestral, conforme a gravidade do quadro clínico do paciente.</li> <li>Crianças em aleitamento materno exclusivo: Exclusão de leite e derivados da dieta da mãe por no mínimo duas semanas, e até por quatro semanas.</li> <li>A cada três meses a mãe deve fazer o teste de desencadeamento (voltar a consumir o alimento excluído).</li> <li>Crianças com mais de 6 meses, realiza-se o teste de desencadeamento em cerca de 30 dias.</li> </ul>

Fonte: Próprio autor.

Ao analisar sobre o monitoramento dos casos selecionados dos protocolos como mostra a tabela 7. Somente três dos averiguados especificam e estavam de acordo com o que é determinado pelo CBAA<sup>(3)</sup>. Sendo assim, o CBAA<sup>(3)</sup> e o estudo de Peters et al.<sup>(20)</sup> explicam que o trabalho em equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista, representa auxílio valioso na diminuição das dificuldades à adesão integral ao tratamento. E relata também que programas de apoio às crianças com alergia alimentar devem avaliar periodicamente os

pacientes admitidos a fim de reavaliar e estabelecer as melhores medidas de acompanhamento, intervenção nutricional e dietética. Em particular, o estabelecimento de reavaliações periódicas do paciente tem como objetivo manter a monitorização dos seu adequado crescimento e desenvolvimento, além de possibilitar a detecção de transgressões à conduta proposta, acidentais ou voluntárias, o que pode determinar a persistência dos sintomas ou sua recorrência.

**Tabela 7. Monitoramento do caso selecionado dos protocolos incluídos no estudo para avaliação comparativa.**

<b>Região</b>	<b>Monitoramento do caso</b>
	<b>Município A</b>
<b>Norte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especificado</li> </ul>
	<b>Município B</b>
<b>Nordeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não especificado</li> </ul>
	<b>Município C</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de testes comprobatórios para permanecer no programa</li> <li>• Consultas periódicas</li> </ul>
	<b>Município D</b>
<b>Sudeste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de tolerância imunológica ao leite de vaca pela criança com diagnóstico de APLV.</li> <li>• Casos suspeitos com diagnóstico negativo após investigação do médico especialista.</li> <li>• Consultas periódicas</li> </ul>
	<b>Município E</b>
<b>Sul</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação da conduta nutricional atendendo os critérios determinados no protocolo.</li> </ul>

Fonte: Próprio autor.

De acordo com a avaliação obtida dos cinco protocolos, percebe-se a falta de padronização na elaboração. Esse fato é explicado devido à descentralização, um dos pontos característicos da Constituição Federal de 1988, que buscou superar a desarticulação entre os serviços e permite construir uma coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada segmento federativo<sup>(21)</sup>.

Sendo assim, por não haver uma portaria de incorporação de fórmulas com aquisição no âmbito do SUS, fica a critério de cada Estado e Município adquirirem esses insumos segundo a implementação de suas próprias legislações e controle orçamentário. Ainda potencializa a atuação de cada município para definição de suas diretrizes para dispensação de Fórmulas Nutricionais Especiais<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSÃO

A APLV demonstra grande complexidade, que vai desde a dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico, variedade nas possibilidades de uso de fórmulas e na ocasião ideal para o seu início, além do acompanhamento e monitoramento das crianças que fazem tratamento. Um dos principais fatores de risco é o desmame e ingestão precoce de leite de vaca, pois o lactante nesse período ainda não desenvolveu seus mecanismos imunes estando mais exposto devido à alta permeabilidade intestinal. É de suma importância a abordagem sobre o aleitamento materno que é considerado como a mais sábia estratégia natural de proteção, vínculo e nutrição da criança. É uma intervenção valiosa para a redução da morbimortalidade infantil, contribuindo para a prevenção de doenças intestinais, respiratórias, alérgicas e metabólicas. O tema não deve ficar de fora das agendas políticas e das pautas de discussões dos cenários que atuam na saúde pública. Um projeto do governo para APLV mostra-se importante no Brasil, uma vez que cada estado possui ou não um protocolo de assistência com características próprias que não engloba todo o arsenal de demandas que o diagnóstico e o tratamento de qualidade da APLV necessitam.

O presente trabalho demonstra ser necessário a padronização hierárquica na elaboração dos protocolos de acordo com que o CBAA preconiza para garantia do Direito

Humano à Alimentação Adequada, tornando o acesso amplo à população que necessita desse cuidado que tanto impacta na qualidade de vida das pessoas portadoras de APLV. Além do mais, quando pensamos em uma política pública destinada para a saúde alimentar infantil é uma estratégia que pode diminuir custos futuros em situações de alergia.

## REFERÊNCIAS

1. Siqueira SMC, Camargo CLd, Santos JBd, Silva Junior Wmd, Santos CFd, Andrade Canavarro Dd. A amamentação como fator de proteção para a alergia à proteína do leite de vaca na infância: o que dizem as evidências científicas? *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020(49):e485-e.
2. Ferreira CT, Carvalho E, Tofoli M, Carvalho S, Melo MdCBd, Marcelino R, et al. Alergia Alimentar não-IgE mediada: formas leves e moderadas. *Pediatria GpdadSBd*, editor. São Paulo: SBP.
3. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018-Parte 1-Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arquivos de Asma, Alergia Imunologia*. 2018;7-38.
4. Brito HdCAd, Brandão HFC, Lins TIdS, Neves CMAF, Macêdo DJdN, Silva DRLdS. Estado nutricional e hábitos alimentares de crianças diagnosticadas com alergia a proteína do leite de vaca em dieta de exclusão/ Nutritional status and eating habits of children diagnosed with cow's milk protein allergy on an exclusion diet. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):10029-42.
5. Venda MA. Alergia às proteínas do leite de vaca: qualidade de vida, perfil nutricional e acesso às fórmulas infantis especiais na Rede SUS. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2020.
6. Burity V, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MdF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: Abrandh; 2010. 204 p.
7. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS Brasília 2011 [n. 81, p. 1, 29 abr. 2011. Seção 1: [Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm).
8. Viegas AAC. Análise dos protocolos de alergia à proteína do leite de vaca em crianças de até 2 anos no Brasil. Brasília: Fiocruz; 2021.
9. Rodrigues TDdFF, Oliveira GSd, Santos JAd. As Pesquisas Qualitativas e Quantitativas na Educação. *Revista Prisma*. 2021;2(1):154-74.
10. Marconi MdA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 5 ed ed. São Paulo: Atlas; 2003.
11. BRASIL. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Brasília2016 [Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

12. Oliveira LCLd, Franco JM, Reali ACR, Castro APBM, Yang AC, Cançado BLdB, et al. Teste de provocação oral com alimentos: o panorama brasileiro. *Arquivos de Asma, Alergia Imunologia*. 2023;171-80.

13. Patino CM, Ferreira JC. Inclusion and exclusion criteria in research studies: definitions and why they matter. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2018;44.

14. Ferreira CT, Seidman E. Alergia alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. *Jornal de Pediatria*. 2007;83.

15. Pinto JHP, Toledo RLd, Prado Franquelo Wd. Alergia à Proteína do Leite de Vaca Persistente em Adulto: Relato de Caso/Persistent Cow's Milk Allergy in Adult: Case Report. *Revista Ciências em Saúde*. 2015;5(4):51-60.

16. Kett M, Ommeren MV. Disability, conflict, and emergencies. *The Lancet*. 2009;374(9704):1801-3.

17. Cutrim SCPF. Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV): avaliação do perfil imunológico em pacientes alérgicos submetidos ou não a terapia de indução de tolerância oral: Universidade de São Paulo; 2020.

18. Lapa Filho CT, Lapa HF, Franco JM, Vieira SCF, Solé D, Vieira MC, et al. Alergia às proteínas do leite de vaca e a atenção primária à saúde: uma revisão narrativa das diretrizes atuais. *Residência Pediátrica*. 2022.

19. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2014;133(2):291-307.e5.

20. Peters RL, Allen KJ, Dharmage SC, Koplin JJ, Dang T, Tilbrook KP, et al. Natural history of peanut allergy and predictors of resolution in the first 4 years of life: A population-based assessment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2015;135(5):1257-66.e2.

21. Rios SO. Judicialização do direito à saúde pública no município de Salvador-BA: principais aspectos neoinstitucionais que interferiram nas decisões liminares proferidas na justiça estadual entre 2014 e 2016. Universidade Federal da Bahia (UFBA)2019.

**Observação:** os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.