

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Alergia à proteína do leite de vaca - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/12/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
22/12/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, No item CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO está constando a exclusão de "crianças até seis meses de idade em aleitamento materno exclusivo sem diagnóstico de APLV", entretanto, considero que deveria ser colocado da seguinte forma:crianças até seis meses de idade em aleitamento materno exclusivo mesmo com diagnóstico de APLV, tendo em vista que nesses casos a indicação é de manutenção do aleitamento materno e exclusão da proteína do leite de vaca da dieta materna.	Acho muito importante a inclusão dessa tecnologia no SUS e necessária, mas precisamos tomar muito cuidado para que se proteja a prática do aleitamento materno. Como profissional de saúde tenho visto muitos pediatras indicando o desmame em casos de investigação e/ou diagnóstico de APLV ou intolerância à lactose.	
26/12/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
26/12/2017	Paciente	Muito boa	Não		
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Obrigatoriedade do Município fornecer mais de uma opção de fórmula, muitos municípios compram por licitação só uma marca que acaba não atendendo as necessidades do paciente. Tbm ouvi do medico qie atendeu mei filho pelo programa do leite especial que ele mamava muito, qie era pra eu substituir as mamadeiras de formula por suco (3x ao dia), sendo que meu filho nao tinha nem 6m. Tbm senti falta da obrigatoriedade de um alergogista no acompanhamento do paciente, em Londrina não há um alergogista no quadro, tem uma nutricionista (que recomendou dar sucos ja qie o leite é caro e p Município nao quer oferecer todas as latas necessarias).	Meu filho tem alergia e o único leite que nao dei reação foi o Neocate, o Município nao disponibiliza essa formula. Me deram alfamino que deu alergia, ao relatar isso no prgrama de leite especial puvu que nao tinham nenhuma outra formula alem de alfamino (esperei 4m na fila pra ser atendida por esse programa). Todo mundo sabe que crianças alergica podem ter reações com formulas e qiw é necessário testar varias opções e hj o Município nos deixa desamparados. Pagamos afe hj tpdas as formulas do meu filho, nunca recebemos akuda do Município, poderiam pelo menos dar um desconto no preço das fórmulas ou no IR.	
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Como mãe de uma criança aplv, acho muito complexo afirmar que o uso de fórmula especifica deve ser somente até os dois anos. Meu filho tem 2 anos e 8 meses e ainda apresenta índices altos nos exames, não podendo ser inserida outra fórmula.	Acho que a definição do fornecimento de fórmula especifica para ingestão de crianças aplv deveriam ser exames médicos e não limite de idade.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Acredito ser de extrema importância ter o diagnóstico correto e o quanto antes.	
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Tenho uma filha que tem 9 meses e é aplv. Nasceu prematura de 33 semanas. Ela é APLV assim como o irmão. Os sintomas dela são gastrointestinais com reação grave: diarreia, sangue nas fezes, anemia, desnutrição e dificuldade de ganho de peso e crescimento. Ela pesa 5,5kg e mede 63 cm. Ela mama leite materno e complementa com fórmula neocate, para ajudar no ganho de peso. Já tentamos o TPO duas vezes. Mas as duas vezes, resultou em internação durante 1 semana, pois teve como reação uma forte diarreia sanguinolenta. Meu comentário é sobre a concessão da fórmula para crianças até os 24 meses. No caso, minha bebê, provavelmente irá necessitar de fórmula ainda depois dos 2 anos de idade. Seria necessário verificar a possibilidade de estender a concessão da fórmula além dos 24 meses em algumas situações.		
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
26/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
27/12/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, 1. Seria importante fazer observações específicas quanto as fórmulas de proteína extensamente hidrolisada, pois atualmente estão disponíveis no mercado formulas de caseína, soro do leite e de arroz. Estas ultimas ainda faltam vários estudos quanto a segurança de seu uso sistemático, principalmente quanto ao teor e quantidade acumulada de arsenico e também sua capacidade de recuperação e manutenção de um estado nutricional adequado na faixa etária pediátrica.2. Quanto ao diagnostico da APLV: Existem alguns questionamentos na literatura a respeito do uso de FAA para ferramenta diagnostica, inclusive com estudo farmacoeconomico, que indica que o uso de FAA para fazer o diagnostico pode ser melhor, mais rápido e no final ter menor custo final no manejo dessa patologia 3. Nas indicações de FAA cita apenas comprometimento do crescimento, é de suma importancia acrescentar crescimento pondero-esatural, pois já é sabido que o crescimento linear somente fica comprometido quando existem graves déficits nutricionais com repercussões a curto, médio e longo prazo. 4. Dentre as formas de apresentação de APLV não esta citada a FPIES que apesar de ser não- IgE mediada tem apresentação grave e o TPO necessita de cuidados especiais e o desencadeamento não está indicado antes de 12 meses de dieta de exclusão.5.No calculo do volume de latas despendido ao paciente não há consideração em relação aos pacientes com alergias múltiplas que necessitam manter um período de uso exclusivo de formula infantil, seja FEH ou FAA. Além disso não foi citado que esse volume de latas pode mudar de acordo com estado nutricional da criança, como por exemplo nos casos de comprometimento nutricional, pode-se ter a necessidade de garantir a oferta calórica com fórmula hipoalergênica.</p>		
05/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Teste de provocação oral		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, 1-Teste de provocação oral2- ítem 6.1 ALEITAMENTO MATERNO	1-Para a confirmação diagnóstica, é necessário verificar, na ordem apresentada, a ocorrência das seguintes condições3,4,5TPO não é requisito para diagnóstico de APLV mediada por IgE se os testes cutâneos ou sorológicos são positivos.O TPO só é indicado na APLV mediada por IgE quando a história é positiva mas os teste para detecção de IgE são negativos.2- neste ítem 6.1 se lê:"Em casos de crianças cuja mãe, esgotadas as tentativas de retomar o aleitamento materno, não consiga produzir leite materno, passa a ser indicada fórmula nutricional especializada para substituir ou complementar a dieta do lactente. "Melhor seria: Em casos de crianças cuja mãe, esgotadas as tentativas de retomar o aleitamento materno, passa a ser indicada fórmula nutricional especializada para substituir ou complementar a dieta do lactente. " Justifico: não é somente que a nutriz não consiga produzir , mas outras condições podem não permitir à mãe manter o aleitamento.	Clique aqui
05/01/2018	Instituição de saúde	Boa	Sim, Alteração do método de desencadeamento oral. A proposta apresenta dificultará muito sua implementação na rotina clínica e poderá reforçar distorções atuais em relação ao diagnóstico e tratamento da alergia ao leite.Anexo texto com algumas considerações.	Sugestão de TPO aberto para a rotina de diagnóstico.Anexo texto com algumas considerações.	Clique aqui
05/01/2018	Instituição de ensino	Boa	Sim, Alteração do método de desencadeamento oral. A proposta apresenta dificultará muito sua implementação na rotina clínica e poderá reforçar distorções atuais em relação ao diagnóstico e tratamento da alergia ao leite.Anexo texto com algumas considerações.	Sugestão de TPO aberto para a rotina de diagnóstico.Anexo texto com algumas considerações.	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/01/2018	Profissional de saúde	Regular	Sim, O TPO é um procedimento que não está generalizado na prática clínica dos médicos especialistas que lidam com APLV. Desta forma a exigência do mesmo para o diagnóstico e tratamento dos pacientes se torna quase inviável, principalmente para os pacientes que utilizam o serviço público. Creio que o teste terapêutico aberto (realizado por especialista) poderia ser uma medida intermediária viável.	No formulário de solicitação de dispensação da fórmula é necessário existir a finalidade da requisição; se para diagnóstico ou tratamento. No caso de necessidade de continuidade de utilização de fórmula de aminoácidos como tratamento o parecer de uma especialista é indispensável.	
07/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/01/2018	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Faixa etária: O diagnóstico da APLV de fato é raro após os 24 meses, visto que geralmente se dá após a introdução do leite de vaca na alimentação infantil o que, em nosso país, geralmente ocorre antes dos 24 meses. Porém, muitas crianças permanecem alérgicas após essa idade. Estudos populacionais que avaliaram a história natural da APLV em crianças com ambos tipos de alergia (IgE, mista e não-IgE mediada), verificaram desenvolvimento de tolerância ao leite de vaca aos 2 anos de idade em 77% das crianças (1) e 51% das crianças (2). Estudos populacionais com crianças com APLV IgE mediada mostraram maior persistência da alergia, com desenvolvimento de tolerância em 41% aos 2 anos e 57% aos 4 anos (3), e em apenas 74% aos 5 anos e 85% aos 8 a 9 anos (2). Não há estudos locais que tenham avaliado esses desfechos. Em conclusão, há um número razoável de crianças que permanecem alérgicas após os 24 meses de idade, população que não pode ser ignorada. Ainda quanto à idade, as fórmulas infantis e de seguimento para necessidades dietoterápicas específicas são indicadas para lactentes e/ou crianças de primeira infância, incluindo a faixa etária entre 0 e 36 meses de vida, de acordo com definição estabelecida na Resolução RDC ANVISA 45/2011 (4) e no Codex Alimentarius FAO/OMS de fórmulas de seguimento (5). A informação de que são indicadas para crianças de 0 a 24 meses não condiz com o estabelecido na nossa legislação. Não é possível manter uma boa nutrição acima de 24 meses apenas com os outros grupos alimentares (cereais, leguminosas, carnes, ovos, hortaliças e frutas), sem um substituto do leite e suplementações específicas. O leite de vaca é fonte não somente de cálcio, mas também de energia, proteína, gorduras, vitaminas A, D, B6 e B12, ácido pantotênico, riboflavina, magnésio e fosfato (6). Se o leite não tivesse papel importante após os 24 meses, não constituiria um grupo da pirâmide alimentar, não existiriam programas como o "Leve Leite" e o aleitamento materno não seria recomendado além dessa idade. Medeiros e colaboradores (7) avaliaram o estado nutricional e a ingestão alimentar de crianças alimentadas com dieta</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>isenta de leite de vaca (idade média 19,1±8,2 meses). Verificaram que as crianças que consumiam fórmulas hidrolisadas ou de soja apresentavam melhor adequação da ingestão de macro e micronutrientes em comparação com as que não recebiam fórmulas. Porém, as recomendações para ingestão de cálcio não foram atingidas por 41% do grupo que recebia fórmulas, quando considerada apenas a contribuição dos alimentos (sem considerar suplementos). O mesmo ocorreu, em 25 a 33% dos casos, para energia, fósforo, ferro e vitaminas A e D. Quanto às crianças que não recebiam fórmulas, o cenário era pior: 100% não atingiram a recomendação para ingestão de cálcio através dos alimentos (sem considerar suplementos) e 50 a 85% não atingiram energia, fósforo, ferro e vitaminas A e D. Outros estudos encontraram resultados semelhantes (8-10).A literatura também tem apresentado dados relacionados a consequências tardias da APLV e/ou da dieta de eliminação. Com o objetivo de avaliar o crescimento de escolares que iniciaram a realização de dieta de exclusão antes de completar um ano de idade, Mukaida e colaboradores (11) aplicaram um questionário a 11.473 crianças com idade média de de 10,8 ±2,5 anos. Dessas, 491 crianças tinham histórico de alergia ao leite de vaca e/ou ao ovo e trigo. Os autores encontraram diferença significativa na estatura dos escolares que aos 3 anos de idade ainda estavam em seguimento de dieta para APLV ou restrita em 2 ou mais alimentos, em comparação aos que tinham histórico de restringir apenas um alimento e que não tinham APLV. Além do impacto nutricional, pesquisas também identificaram maior ocorrência de fraturas e menor densidade e conteúdo mineral ósseo nessas crianças (12-16). Os dados apresentados reforçam a importância de prover substitutos do leite nutricionalmente adequados para a criança que continua com APLV após os 24 meses de idade, que forneçam não apenas o cálcio, mas também proteína, energia, vitaminas e minerais. Assim, SUGIRO QUE OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO PCDT INCLUAM CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES DE IDADE. Dieta de exclusão</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>diagnóstica: As fórmulas para APLV são indicadas tanto durante a dieta de exclusão diagnóstica (antes do TPO), quanto na dieta de exclusão terapêutica (após o TPO), para todos, independentemente da gravidade do quadro clínico ou do tipo de alergia (IgE mediada, mista ou mediada por células) (17-26). As fórmulas para APLV têm custo inacessível à maioria da população, mesmo considerando o uso na fase diagnóstica, que dura, geralmente, entre 2 e 8 semanas. Nessa fase a criança está sintomática. A depender do quadro, está perdendo peso, ou deixando de ganhar; com sintomas que podem levar à desidratação, anemia, deficiência de micronutrientes; além dos quadros IgE mediados e de FPIES, com risco de reações graves e de morte. É incoerente ignorar a necessidade de fornecimento de fórmulas nessa fase, de elevada vulnerabilidade. Portanto, SUGIRO QUE NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO SEJAM CONTEMPLADAS AS “CRIANÇAS COM SUSPEITA DE APLV, EM DIETA DE EXCLUSÃO DIAGNÓSTICA” Tipo de TPO a ser recomendado no PCDTO TPO pode ser realizado de três formas: aberto, simples cego, ou duplo cego placebo controlado (DCPC). Esse último, embora seja considerado padrão-ouro, demanda mais tempo e recursos materiais e humanos. A literatura é concordante em afirmar que sua indicação deve ser restrita a pesquisas científicas e situações específicas na prática clínica (23,24,28,31,32) e que o TPO aberto é a primeira opção quando crianças menores de três anos são avaliadas, já que nestes casos apenas sintomas objetivos são esperados (23,31). O protocolo para realização de TPO sugerido no PCDT é cego e baseia-se em estudo realizado com crianças entre 1 e 15 anos de idade, predominantemente mais velhas do que as que serão incluídas no PCDT. De acordo com esse protocolo, o TPO pode durar até mais que 8 horas no ambiente hospitalar (33). Por outro lado, em nosso país, os estudos que avaliaram predominantemente lactentes e crianças de baixa idade utilizaram o TPO aberto (duração de aproximadamente 2,5 horas em ambiente hospitalar) para diagnóstico de APLV ou avaliação da tolerância ao LV, tanto em crianças com alergia IgE</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>mediada quanto mediada por células (28-30,34).Assim, SUGIRO QUE O TPO A SER RECOMENDADO NO PCDT SEJA ABERTO, o que facilitará a implantação nos serviços públicos de nosso país, a menor custo, ampliando o acesso.Para realização do TPO é necessário que o paciente esteja com bom estado geral, remissão completa dos sintomas e adequada evolução pondero estatural. Na fase diagnóstica, nem sempre isso é possível dentro do prazo de 30 dias. Vários fatores de confusão podem ocorrer, como infecções e viroses, consumo acidental de alimentos com proteína do leite de vaca, suspeita de alergia concomitante a outros alimentos, entre outros. Adicionalmente, história prévia de reação imediata e/ou grave, pode contraindicar a realização do TPO. Portanto, O PRAZO DE 30 DIAS DE DIETA DE EXCLUSÃO DIAGNÓSTICA PODE SER RECOMENDÁVEL, PORÉM NÃO OBRIGATÓRIO.Outro ponto a destacar é a dificuldade para realização do TPO. São poucos os serviços de saúde públicos e privados que realizam esse teste, o qual não consta no rol de procedimentos do SUS e da ANS. No serviço onde atuo temos um protocolo para realização do TPO, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Mesmo tendo toda a estrutura disponível, nem sempre é realizado no prazo de 6 a 8 semanas (para diagnóstico) ou de 6 em 6 meses (para avaliação de tolerância). Os motivos são vários, como por exemplo: déficit nutricional ainda não recuperado, história prévia de reações graves, outros problemas de saúde em investigação, intercorrências, como infecções e viroses; investigação em andamento para outras alergias alimentares, devido à manutenção de sintomas. Portanto, A REALIZAÇÃO DO TPO NÃO PODE SER UM ITEM OBRIGATÓRIO E SIM RECOMENDADO, caso contrário, o TPO constituirá uma barreira burocrática, dificultando o acesso às fórmulas. Ressalta-se ainda que a indicação de realização de TPO a cada 6 meses para TODOS os pacientes é contrária ao recomendado nas diretrizes e imporá RISCOS à saúde dos pacientes.Quanto ao período de observação sugerido (7 dias para reações tardias), ressalta-se que os sintomas podem ocorrer em período maior. Um dos</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>estudos realizados no Brasil em lactentes com sintomas imediatos ou tardios, indicou que parte dos pacientes apresentou manifestações clínicas na 2ª e 3ª semanas após a introdução do leite de vaca (30). No outro estudo brasileiro que incluiu lactentes com alergia não IgE mediada (28) o prazo exato não é mencionado e os outros dois estudos brasileiros que avaliaram lactentes incluíram apenas pacientes com alergia IgE mediada (29,34). Assim, pelos dados disponíveis, conclui-se que A OBSERVAÇÃO DA RECORRÊNCIA DOS SINTOMAS DEVE SER POR ATÉ 3 SEMANAS APÓS A REINTRODUÇÃO DO LV.A DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E PARA LEITE DE VACA PODE SER NECESSÁRIA, MESMO EM LACTENTES, pelo menos em pacientes com reações IgE mediadas. Até mesmo a diretriz da ESPGHAN 2012 (24), de uma sociedade de gastroenterologia, recomenda a realização desse teste anteriormente ao TPO. Essa dosagem pode predizer o diagnóstico de APLV, dispensando a necessidade de realização do TPO, sugerir o risco de ocorrência de reações graves durante o teste e indicar o melhor momento para realização do TPO para avaliação de tolerância.Gravidade da APLV: Frequentemente o termo “sintomas graves” é utilizado para determinar as situações onde as fórmulas de aminoácidos (FAA) são recomendadas como 1ª opção da dieta de exclusão, porém não existe consenso científico quanto a essa definição. Duas diretrizes (17,19) definiram quadros graves como: Um ou mais dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gastrintestinais: dificuldade de crescimento devido a diarreia crônica ou regurgitações ou vômitos ou recusa alimentar •Anemia por deficiência de ferro por perda oculta ou macroscópica de sangue •Enteropatia perdedora de proteína (hipoalbuminemia) •Enteropatia ou colite ulcerosa grave segundo endoscopia/histologia •Dermatológicos: Dermatite atópica grave ou exudativa com hipoalbuminemia ou falha de crescimento ou anemia por deficiência de ferro •Respiratórios: Laringoedema ou obstrução brônquica com dificuldade respiratória •Reações sistêmicas: choque anafilático <p>A diretriz do Reino Unido (25), estabelece como grave</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>quando o paciente apresenta “um ou mais sintomas persistentes e de intensidade grave”:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gastrintestinais (diarreia, vômitos, dor abdominal, recusa ou aversão alimentar, perda significativa de sangue e/ou muco em fezes) com ou sem dificuldade de crescimento; •Doenças cutâneas (eczema atópico grave) com ou sem dificuldade de crescimento); •Doença anafilaxia. <p>Como pode-se observar, as poucas diretrizes que se aventuraram a definir gravidade, abriram a definição para inúmeros quadros clínicos, sugerindo critérios baseados, principalmente, na avaliação da intensidade dos sintomas e evolução pondero-estatural – ou seja, confiando ao clínico o veredicto final de gravidade. A única manifestação que é específica e concordante nessas diretrizes, é a anafilaxia, também estabelecida no DRACMA (20), como uma condição onde as FAA devem ser utilizadas como 1ª opção. Nesse documento, os autores indicam que “não é possível para nenhuma diretriz, consenso ou protocolo considerar todas as circunstâncias individuais ou possíveis características clínicas dos pacientes, visto que as diretrizes são estabelecidas para os pacientes com quadros típicos... as recomendações apresentadas nesses documentos são condicionais e devem ser interpretadas considerando-se circunstâncias individuais e custos” (20). Em resumo, protocolos e diretrizes são importantes para direcionar a atenção em saúde, porém a avaliação clínica individual deve ser soberana. O código de ética médica estabelece que “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente” e tem como atividade vedada ao médico “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”. Portanto, SUGIRO QUE AS INDICAÇÕES DOS TRÊS TIPOS DE FÓRMULAS, DE ACORDO COM OS QUADROS CLÍNICOS, SEJAM ESTABELECIDAS EM CARÁTER DE RECOMENDAÇÃO E NÃO DE</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>OBRIGATORIEDADE, PERMITINDO AO MÉDICO AVALIAR CADA CASO INDIVIDUALMENTE. Volume mínimo e máximo de latas: Ao se avaliar o volume necessário de fórmula para atingir as recomendações de ingestão diária de cálcio, conforme sugestão da CONITEC (FAO WHO/RNI: 400mg de 0-12 meses, 500mg de 1 a 3 anos), considerando-se a concentração de cálcio nas formulas atualmente disponíveis no mercado (40 a 77mg/100ml), diluição média de 14% e latas contendo 400g de pó; tem-se que crianças de 0-12 meses precisarão de até 11 latas e de 1 a 3 anos de até 14 latas/mês. Em nosso serviço temos nutricionistas disponíveis que calculam as necessidades nutricionais e a ingestão alimentar (através das fórmulas e alimentos complementares) a fim de determinar individualmente a quantidade de fórmula que os pacientes necessitam. Os limites de latas/mês estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na Nota Técnica AF/SS nº 08, de 01 de outubro de 2013, têm sido adequados no manejo de nossos pacientes com suspeita ou diagnóstico de APLV, associada ou não a outros alimentos, tanto em pacientes com estado nutricional adequado, quanto com desnutrição. Assim, SUGIRO UTILIZAR COMO REFERÊNCIA O QUANTITATIVO ESTABELECIDO NESSA NOTA TÉCNICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE SÃO PAULO</p> <p>(http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/notas-tecnicas/nota_tecnica_08_assist_farm_2013_.pdf), a qual se mostra adequada tanto do ponto de vista científico, quanto de acordo com a experiência de nosso e outros serviços. Crianças que consomem a fórmula como complemento ao leite materno podem precisar de quantidade muito pequena de latas e, portanto, não faz sentido que um volume mínimo de latas seja estabelecido no PCDT. Vitamina D Estudo recentemente publicado que avaliou crianças menores de 2 anos com APLV residentes no Nordeste brasileiro, verificou elevada frequência de deficiência de vitamina D, principalmente nas que estavam em aleitamento materno exclusivo ou predominante,</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>independentemente do período de exposição solar. Embora em nosso meio a suplementação profilática de vitamina D seja recomendada, sugiro que o PCDT reforce a importância dessa suplementação, independentemente do tipo de alimentação e exposição solar (27).Avaliação pondero-estaturalA evolução pondero-estatural é um dos principais marcadores do estado de saúde da criança, assim como da ocorrência de agravos. No manejo de pacientes com APLV, a observação da evolução antropométrica após a introdução do leite de vaca na alimentação, ou resposta do ganho ponderal após a introdução da dieta de exclusão, são importantes marcadores, inclusive da eficácia e tolerância à dieta e fórmula introduzidas. Assim, sugiro que na relação de itens a serem investigados (história clínica, item 3.1 Diagnóstico clínico), sejam incluídos: “Evolução antropométrica após a introdução do leite de vaca na alimentação do lactente” e “Remissão de sintomas e evolução pondero-estatural após a introdução da dieta de exclusão”.Da mesma forma, “déficit pondero-estatural” deve ser incluído no rol de manifestações clínicas da APLV (quadro 1).Manejo da APLV em crianças em aleitamento maternoConsiderando o aspecto educativo dos PCDTs, sugiro que o manejo de lactentes com APLV em aleitamento materno seja mais detalhado. O TPO via leite materno pode ser realizado em domicílio, tanto para diagnóstico, quanto para avaliação de tolerância. A realização da dieta de exclusão por parte das mães é muito mais complexa do que em lactentes, portanto é importante ter esse cuidado, para que elas não se submetam à dieta desnecessariamente. A suplementação de cálcio e vitamina D para as mães é outra preocupação, e deve ser recomendada desde a fase diagnóstica. Sugiro que orientações sobre a realização de TPO via leite materno também sejam incluídas no PCDT.Item 6. Conduta na APLVA conduta na APLV também deve considerar a suplementação profilática de vitamina D e de cálcio, quando a ingestão através das fórmulas e alimentos for insuficiente para atender às necessidades desses nutrientes.Item 6.2</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Realização de TPO para avaliação de desenvolvimento de tolerância ao LVA realização de TPO sob supervisão médica deve ser recomendada para todos os tipos de APLV e não apenas os IgE mediados. As manifestações clínicas podem mudar, como observado em estudos prévios (28,29).Outras sugestões:Pág. 8, 1o parágrafo: "... as fórmulas prescritas devem ser mantidas em torno de 15 dias para se concluir que os sintomas apresentados são causados em função do uso da fórmula prescrita e que há necessidade de mudança, EXCETO QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PIORA DO QUADRO CLÍNICO APÓS A INTRODUÇÃO DA FÓRMULA."Pág. 8, 4º parágrafo: "Em relação ao quantitativo das fórmulas, o pediatra OU nutricionista..."Muitos serviços, ambulatoriais e consultórios não têm nutricionista disponível, a exigência do cálculo por esse profissional estabelecerá uma barreira burocrática para o acesso dos pacientes. O pediatra é um profissional capacitado a prescrever fórmulas infantis.Pág. 14: Na tabela sobre o quantitativo de latas, sugiro incluir a nota de rodapé: A quantidade de fórmula pode ser maior em pacientes maiores de 6 meses com alergias múltiplas.Referências: 1. Host A, Halken S. A prospective study of cow milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life. Clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction. Allergy. 1990; 45: 587–96.2. Saarinen KM, Pelkonen AS, Makela MJ, Savilahti E. Clinical course and prognosis of cow's milk allergy are dependent on milkspecific IgE status. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116: 869–75.3. Elizur A, Rajuan N, Goldberg MR, Leshno M, Cohen A, Katz Y. Natural course and risk factors for persistence of IgE-mediated cow's milk allergy. J Pediatr. 2012 Sep; 161(3): 482-487.4. RESOLUÇÃO-RDC No- 45 DE 19 DE SETEMBRO DE 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas.5. CODEX STANDARD FOR</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>FOLLOW-UP FORMULA. CODEX STAN 156-19876. Venter C and Meyer R. Symposium on 'Dietary management of disease'. Session 1: Allergic disease. The challenges of managing food hypersensitivity. Proc Nutr Soc. 2010;69:11–24.7. Medeiros LCS, Speridiao PGL, Sdepanian VL. Fagundes – Neto U, Morais MB. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. J Ped (Rio J). 2004;80:363-70.8. Tiainen JM, Nuutinen OM, Kalavainen MP. Diet and nutritional status in children with cow's milk allergy . Eur J Clin Nutr. 1995;49:605.9. Henriksen C, Eggesbo M, Halvorsen R, Botten G. Nutrient intake among two-year-old children on cow.s milk-restricted diets. Acta Paediatr. 2000;89:272-8.10. Christie L, Hine RJ, Parker JG, Burks W. Food allergies in children affect nutrient intake and growth. J Am Diet Assoc. 2002;102:1648–51.11. Mukaida K, Kusunoki T, Morimoto T, Yasumi T, Nishikomori R, Heike T, Fujii T, Nakahata T. The Effect of Past Food Avoidance Due to Allergic Symptoms on the Growth of Children at School Age. Allergology International 2010; 59 (4): 369-374.12. Fox AT, Du TG, Lang A, Lack G. Food allergy as a risk factor for nutritional rickets. Pediatr Allergy Immunol 2004; 15: 566–9.13. Konstantynowicz J, Nguyen TV, Kaczmarski M, Jamiolkowski J, Piotrowska Jastrzebska J, Seeman E. Fractures during growth: potential role of a milk-free diet. Osteoporos Int 2007 18(12): 16017.14. Jensen VB, Jorgensen IM, Rasmussen KB, Molgaard C, Prahl P. Bone mineral status in children with cow milk allergy. Pediatr Allergy Immunol 2004 Dec; 15(6): 562-5.15. Monti G, Libanore V, Marinaro L, Lala R, Miniero R, Savino F. Multiple Bone Fractures in an 8-Year-Old Child with Cow's Milk Allergy and Inappropriate Calcium Supplementation. Ann Nutr Metab 2007; 51: 228–231.16. Hidvégi E, Arató A, Cserháti E, Horváth C, Szabó A, Szabó A. Slight Decrease in Bone Mineralization in Cow Milk–Sensitive Children. JPGN 2003; 36: 44–49.17. Vandenplas Y, Bueton M, Dupont C, Hill D, Isolauri E, Koletzko S, Oranje AP, Staiano A. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child 2007; 92: 902-8. 18.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev Med Minas Gerais. 2008; 18 (1 Suppl): S1-44.19. Orsi M. Alergia a la protein de la leche de vaca. Propuesta de Guia para el manejo de los niños con alergia a la proteína do la leche de vaca. Arch Argent Pediatr 2009; 107: 459-73.20. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, Bozzola M, Bradsher J, Compalati E, Ebisawa M, Guzman MA, Li H, Heine RG, Keith P, Lack G, Landi M, Martelli A, Rancé F, Sampson H, Stein A, Terracciano L, Vieths S. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow`s Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. World Allergy Organ J 2010; 3 (4): 57-161. 21. Boyce JA, Assa`ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA. 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 Suppl): S1-S58. 22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings. http://guidance.nice.org.uk. Guideline no. CG116. 2011; pp. 1-28.23. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, e Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2012;35(6):203-233.24. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, Mearin ML, Papadopoulou A, Ruedemele FM, Staiano A, Schäppi MG, Vandenplas Y; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Diagnostic approach and management of cow`s-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Aug;55(2):221-9.25. Venter C, Brown T, Shah N, Walsh J, Fox AT. Diagnosis and management of non-IgE-mediated cow`s milk allergy in infancy - a UK primary care practical guide. Clin Trans Allergy 2013, 3:23. 26. Luyt D, Ball H, Makwana N, Green MR, Bravin K, Nasser SM, Clark AT;</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Standards of Care Committee (SOCC) of the British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI). BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. Clin Exp Allergy. 2014;44(5):642-72.27. Silva CM, da Silva SA, Antunes MM, Silva GA, Sarinho ES, Brandt KG. Do infants with cow's milk protein allergy have inadequate levels of vitamin D? J Pediatr (Rio J). 2017;93:632-8.28. Correa FF et al. Teste de desencadeamento aberto no diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca. J. Pediatr. (Rio J.) Mar./Apr. 2010;86(2).29. Mendonça RB et al. Open oral food challenge in the confirmation of cow's milk allergy mediated by immunoglobulin E. Allergol Immunopathol (Madr). 2012;40(1):25-30.30. Lins MG et al. Oral food challenge test to confirm the diagnosis of cow's milk allergy. J Pediatr (Rio J). 2010;86(4):285-289.31. Mendonça RB et al. 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):415-422.32. Couch C et al. The economic effect and outcome of delaying oral food challenges. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016 May;116(5):420-4.33. Gushken AK et al. Double-blind placebo controlled food challenges in Brazilian children: adaptation to clinical practice. Allergol Immunopathol (Madr). 2013;41(2):94-101.34. Franco JM et al. Accuracy of serum IgE concentrations and papule diameter in the diagnosis of cow's milk allergy. J Pediatr (Rio J). 2017 Sep 28. pii: S0021-7557(17)30059-1.</p>		
09/01/2018	Paciente	Boa	<p>Sim, Eu li sobre o leite a respeito da soja mais específico sobre a proteína da soja, como vocês chegaram ao veredito que este é o melhor leite para essas crianças?</p>	<p>Porque ao invés de 24 meses não se torna 36 meses, por não terem a amamentação da mãe as crianças recebem menos proteínas, vitaminas da mãe, o leite pode ser de boa qualidade mais não supri a deficiência, podiam rever na questão do tempo tá pouco.</p>	
09/01/2018	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Gostaria que TODOS os alergistas tivessem acesso a este protocolo, os ginecologistas, dermatologistas....porque apenas os gastros não é suficiente.</p>	<p>penso que os médicos estão muito atrasados em relação à alergia alimentar e quanto ao gluten também.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	Sim. Maior destaque para anafilaxia na alergia alimentar mediada por IgE. A população em geral tem que ter consciência que anafilaxia pode levar a óbito se não ocorrer socorro imediato e uso de adrenalina.	
09/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, TPO fase 1Indicação da Fórmula de AA para o DIAGNÓSTICO DE APLV	o TPO proposto para a FASE 1 requer uma estrutura física e de pessoal para aplicação extremamente complexa, o que não é viável para maioria dos centros de saúde. Sugiro que deva ser aplicada a casos especiais.Em Uberlândia, através do levantamento de dados do serviço, observamos uma redução de 28 dias no diagnóstico da APLV quando utilizamos a fórmula de AA como primeira opção comparada ao uso da FHE (os dados foram apresentados em congresso internacional e está disponível para apreciação desta comissão). O referido programa possui 8 anos de experiência	Clique aqui
10/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, "Prescrição de alimentação complementar (de 6 a 24 meses)" - isso é muito relativo! No caso da minha filha ela é alérgica múltipla e tem esofagite eosinofílica, descobrimos a alergia somente com 1 ano e 11 meses (ime chamavam de louca e que era normal um bebê sujar 25 fraldas por dia!) só melhorou sintomas depois do leite a base de aminoácidos. Limitar o prazo pode ser prejudicial, tanto para o máximo quanto para o mínimo, em que algumas mães tem dificuldade na amamentação e pouco acesso a bancos de leite! Precisam revisar isto.		
11/01/2018	Paciente	Muito boa	Não		
12/01/2018	Paciente	Muito boa	Não	Acredito ser muito importante esclarecer para quem manipula alimentos e para a sociedade em geral a diferença entre lactose e caseína, carboidratos e proteínas do leite.	
12/01/2018	Paciente	Muito boa	Não	Importante realçar que não são apenas crianças que têm alergia à proteína do leite , existe muitos adultos e idosos com APLV.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/01/2018	Profissional de saúde	Boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não.	
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	achei maravilhoso incentivar a amamentação, visto que são poucos profissionais que incentivam quando o diagnóstico é APLV	
15/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
15/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
16/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/01/2018	Paciente	Boa	Não	Podem liberar o tratamento não somente a mães e a bebês. Adultos tbm tem alergia a proteína do leite.	
16/01/2018	Interessado no tema	Muito boa	Não		
16/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, é necessario haver politicas publicas de saude voltadas para a alergia a leite de vaca. não existe hoje nenhum plano de avisos ou alertas a respeito da alergia em determinadas vacinas, alimentos e medicamentos.	nao	
16/01/2018	Paciente	Boa	Sim, Há pessoas com mais de 24 meses que continuam a vida toda intolerantes	Acho limitado o protocolo por haver outras manifestações clínicas como constipação, otites de repetição.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
17/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
17/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Os critérios de fazer TPO, item 3.3, podem gerar dúvidas: Não define quais os pacientes que devem fazer o TPO sob observação médica e os que podem ser feitos em domicílio. Como a maior parte dos casos é não IgE mediada, de manifestação leve a moderada e não ocorrem no período de observação de 2 horas, como na proctocolite alérgica, a reintrodução do LV pode ser feita em casa, dependendo dos sintomas. Não está citado essa possibilidade no texto. Também pode haver confundimento com desafio alimentar, onde, após 2 a 4 semanas de dieta de restrição e melhora dos sintomas, o LV é reintroduzido, geralmente em casa, por exemplo em casos de proctocolite ou RGE. Com citado no texto, há vários protocolos de TPO e o uso do veículo dificulta a realização do protocolo sugerido no PCDT.	A referência já está inserida no PCDT: Venter et al Diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy - a UK primary care practical guide. Clinical and translational Allergy-2013	
17/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
17/01/2018	Profissional de saúde	Boa	Sim, 1. Em relação ao Teste de Provocação Oral:- o protocolo e os critérios de inclusão se baseiam exclusivamente em alergias mediadas por IgE. Crianças com formas não mediadas por IgE devem ser incluídas em protocolo diferente, uma vez que os sintomas podem se manifestar após horas/dias e a recuperação do trato gastrointestinal demora de 2 a 4 semanas.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/01/2018	Profissional de saúde	Boa	Sim, 2. Em relação a preferência da fórmula de soja como 1a opção em crianças com ALV mediada por IgE e >6m: a fórmula extensamente hidrolisada aparece em consensos internacionais como opção mais segura e tão eficaz quanto às de soja. Penso que ambas deveriam aparecer como 1a opção nestes casos.		
18/01/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Na página 9, diagnóstico: IgE específica e testes cutâneos, não somente IgE total ou testes cutâneos.. Não concordo que sejam provas indicadas raramente. São importantes não somente para diagnóstico, mas também para estimar a reatividade clínica (principalmente em testes fortemente reagentes).		
18/01/2018	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Foi observada uma divergência entre o texto no item 6.3 e a informação no quadro 3. No texto, a FEH pode ser utilizada como primeira opção para todas as crianças até vinte e quatro meses nos casos de APLV mediada e não mediada por IgE. No quadro, a FEH é indicada como primeira opção nos casos de APLV mediada e não mediada por IgE até os 6 meses, e dos 6 aos 24 meses, é indicada como primeira opção somente na APLV não mediada por IgE, enquanto na APLV mediada por IgE a fórmula de soja é indicada como primeira opção.	No Rio de Janeiro há uma demanda judicial de fórmulas de aminoácidos para crianças maiores de 2 anos com alergias múltiplas. A criação de um protocolo clínico voltado para as mesmas, com acompanhamento por equipe especializada, poderia acarretar em tratamento dietoterápico adequado e redução do uso indiscriminado de fórmulas especializadas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	<p>Sim, A proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) apresentada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC mostra-se alinhada aos mais recentes “guidelines” sobre alergia alimentar, como o guia publicado em pela Academia Europeia de Alergia e Imunologia, especialmente no que se refere à (i) priorização da histórica clínica, em contraposição à realização de exames; (ii) promoção do aleitamento materno; e (iii) orientação para que a introdução alimentar siga os mesmos moldes das crianças sem alergia (no caso brasileiro, tendo o guia alimentar como norte). Apesar da qualidade da proposta apresentada pela CONITEC, tendo em vista o fato de que muitos profissionais de saúde usarão o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) como, se não única, primeira referência para diagnóstico e tratamento das alergias alimentares, alguns pontos merecem ajustes e/ou maior detalhamento, de modo que o paciente possa ser atendido de maneira mais completa e segura, a saber: i. pg. 9: sugere-se que haja a expressa indicação de algumas das hipóteses em que os exames endoscópicos e a biópsia no trato gastrointestinal são necessárias, como no caso em que se suspeitar de esofagite eosinofílica. Esta simples referência poderá resultar em maior conhecimento, pela comunidade médica, desta forma de apresentação da alergia alimentar, cujo tratamento tem peculiaridades merecedoras de um protocolo próprio (a remissão dos sintomas, por exemplo, tende a ocorrer em até 6 semanas); ii. p. 9 a 11: recomenda-se criar critérios de interpretação diferenciados para pacientes com alergias não mediadas por Ige.e/ou mistos, uma vez que o aparecimento de sintomas costuma ser tardio e apresenta uma gama variada (além dos mais comuns como diarreia, vômitos, sangramento, pode acontecer ainda baixo ganho ponderal, irritabilidade excessiva, refluxo gastroesofágico na forma oculta, dermatite atópica etc.) iii. pg. 9: recomenda-se que haja a indicação da definição de anafilaxia (item 3.3) e orientação sobre</p>	<p>Sugerimos que a elaboração de propostas de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas como esta contemplem uma etapa preliminar de escuta de representantes de associações de profissionais de saúde e de pacientes.No caso específico da presente proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Alergia à Proteína do Leite de Vaca, associações como a Associação Brasileira de Imunologia – ASBAI, o Instituto Girassol e o movimento Põe no Rótulo poderiam ter colaborado significativamente para o incremento da Proposta.Especificamente em relação ao Põe no Rótulo, cumpre registrar que se trata de reconhecido movimento da sociedade civil organizada criado com o intuito de salvaguardar os direitos da população que convive com alergia alimentar e que representa os pacientes do Brasil inclusive no contexto internacional, sendo membro da Aliança Internacional de Alergia Alimentar Anafilaxia (https://www.foodallergy.org/education-awareness/advocacy-resources/international-food-allergy-anaphylaxis-alliance) e do Comitê de Pacientes da Academia Europeia de Alergia e Imunologia (http://www.eaaci.org/organisation/committees/patient-organisations-committee/poc-members.html). Neste sentido, caso haja a oportunidade de uma derradeira etapa de contribuições, desde logo, o Põe no Rótulo se dispõe a colaborar com a revisão e divulgação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Alergia à Proteína do Leite de Vaca.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>como conduzir estes casos, especificamente do local de teste estar apto ao socorro imediato com a medicação apropriada - adrenalina (há um pouco mais de detalhamento apenas no modelo de termo de esclarecimento, que recomenda novo teste “apenas após 12 meses para avaliação de tolerância, conforme indicação do médico especialista”);iv. pg. 9: recomenda-se esclarecer claramente os critérios de exclusão/inclusão no caso de crianças amamentadas exclusivamente que apresentem sintomas de APLV. Nesse caso, a nutriz seria submetida às etapas do TPO?v. p. 10: no campo que cuida da análise das manifestações clínicas (e/ou em outro), seria importante indicar que, no caso de vômitos em jato entre 1 e 4 horas após a exposição ao alergênico (critério principal, havendo outros critérios a serem considerados em conjunto, como hipotensão, letargia, palidez, hipotermia, diarreia etc) deve se suspeitar da Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome – FPIES), uma hipersensibilidade gastrointestinal a alimentos não mediada por IgE, cuja reação, como regra, deve ser tratada de forma diversa da que se usa para os casos de reações mediadas por IgE (http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30153-7/pdf). Mais uma vez, objetiva-se garantir que o paciente possa ter acesso a ferramentas atualizadas para diagnóstico e tratamento. Nesse caso, o local de teste deve estar preparado para socorro imediato, inclusive com aplicação de fluidos EV;vi. p. 11: seria importante adicionar outras condutas, autonomamente ou como detalhamento das 3 condutas já elencadas: orientação quanto à leitura de rótulos e aos produtos com alerta “pode conter”, orientação quanto a refeições preparadas por terceiros e orientação em relação a reações alérgicas que necessitem de medicação, com prescrição correspondente;vii. p. 13: a proposta de Protocolo faz referência a um período de remissão de sintomas em até 3 semanas, mas o guia europeu indica que a remissão pode levar até 4 semanas nos casos de sintomas tardios (típicos dos não mediados);viii. p. 14 e</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>15: os mecanismos para monitoramento, regulação e controle previstos apontam para uma melhoria significativa no atendimento aos pacientes com diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca, e que seja totalmente integrado do programa de fornecimento de fórmulas para aqueles pacientes que façam usam, devendo os prazos para renovação serem rigorosamente atendidos. Em caso de atraso no atendimento, o fornecimento de fórmula deve ser continuado até que a criança seja atendida e o protocolo renovado. (item 7);ix. Esclarecer que apenas devem ser submetidos ao TPO pacientes em boas condições clínicas e com suas doenças alérgicas (asma, rinite e dermatite atópica) controladas ou em fase de remissão.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/01/2018	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	<p>Sim, A proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) apresentada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC mostra-se alinhada aos mais recentes “guidelines” sobre alergia alimentar, como o guia publicado em pela Academia Europeia de Alergia e Imunologia, especialmente no que se refere à (i) priorização da histórica clínica, em contraposição à realização de exames; (ii) promoção do aleitamento materno; e (iii) orientação para que a introdução alimentar siga os mesmos moldes das crianças sem alergia (no caso brasileiro, tendo o guia alimentar como norte). Apesar da qualidade da proposta apresentada pela CONITEC, tendo em vista o fato de que muitos profissionais de saúde usarão o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) como, se não única, primeira referência para diagnóstico e tratamento das alergias alimentares, alguns pontos merecem ajustes e/ou maior detalhamento, de modo que o paciente possa ser atendido de maneira mais completa e segura, a saber: i. pg. 9: sugere-se que haja a expressa indicação de algumas das hipóteses em que os exames endoscópicos e a biópsia no trato gastrointestinal são necessárias, como no caso em que se suspeitar de esofagite eosinofílica. Esta simples referência poderá resultar em maior conhecimento, pela comunidade médica, desta forma de apresentação da alergia alimentar, cujo tratamento tem peculiaridades merecedoras de um protocolo próprio (a remissão dos sintomas, por exemplo, tende a ocorrer em até 6 semanas); ii. p. 9 a 11: recomenda-se criar critérios de interpretação diferenciados para pacientes com alergias não mediadas por Ige.e/ou mistos, uma vez que o aparecimento de sintomas costuma ser tardio e apresenta uma gama variada (além dos mais comuns como diarreia, vômitos, sangramento, pode acontecer ainda baixo ganho ponderal, irritabilidade excessiva, refluxo gastroesofágico na forma oculta, dermatite atópica etc.) iii. pg. 9: recomenda-se que haja a indicação da definição de anafilaxia (item 3.3) e orientação sobre</p>	<p>Sugerimos que a elaboração de propostas de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas como esta contemplem uma etapa preliminar de escuta de representantes de associações de profissionais de saúde e de pacientes. Assim como seria importante que fosse criado um código junto ao sistema de saúde complementar, para a previsão de cobertura pelos planos e seguros saúde a fim evitar a sobrecarga so sistema único por aqueles que possuem plano/seguro.No caso específico da presente proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Alergia à Proteína do Leite de Vaca, associações como a Associação Brasileira de Imunologia – ASBAI, o Instituto Girassol e o movimento Põe no Rótulo poderiam ter colaborado significativamente para o incremento da Proposta.Especificamente em relação ao Põe no Rótulo, cumpre registrar que se trata de reconhecido movimento da sociedade civil organizada criado com o intuito de salvaguardar os direitos da população que convive com alergia alimentar e que representa os pacientes do Brasil inclusive no contexto internacional, sendo membro da Aliança Internacional de Alergia Alimentar Anafilaxia (https://www.foodallergy.org/education-awareness/advocacy-resources/international-food-allergy-anaphylaxis-alliance) e do Comitê de Pacientes da Academia Europeia de Alergia e Imunologia (http://www.eaaci.org/organisation/committees/patient-organisations-committee/poc-members.html). Neste sentido, caso haja a oportunidade de uma derradeira etapa de contribuições, desde logo, o Põe no Rótulo se dispõe a colaborar com a revisão e divulgação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Alergia à Proteína do Leite</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>como conduzir estes casos, especificamente do local de teste estar apto ao socorro imediato com a medicação apropriada - adrenalina (há um pouco mais de detalhamento apenas no modelo de termo de esclarecimento, que recomenda novo teste “apenas após 12 meses para avaliação de tolerância, conforme indicação do médico especialista”);iv. pg. 9: recomenda-se esclarecer claramente os critérios de exclusão/inclusão no caso de crianças amamentadas exclusivamente que apresentem sintomas de APLV. Nesse caso, a nutriz seria submetida às etapas do TPO?v. p. 10: no campo que cuida da análise das manifestações clínicas (e/ou em outro), seria importante indicar que, no caso de vômitos em jato entre 1 e 4 horas após a exposição ao alergênico (critério principal, havendo outros critérios a serem considerados em conjunto, como hipotensão, letargia, palidez, hipotermia, diarreia etc) deve se suspeitar da Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome – FPIES), uma hipersensibilidade gastrointestinal a alimentos não mediada por IgE, cuja reação, como regra, deve ser tratada de forma diversa da que se usa para os casos de reações mediadas por IgE (http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30153-7/pdf). Mais uma vez, objetiva-se garantir que o paciente possa ter acesso a ferramentas atualizadas para diagnóstico e tratamento. Nesse caso, o local de teste deve estar preparado para socorro imediato, inclusive com aplicação de fluidos EV;vi. p. 11: seria importante adicionar outras condutas, autonomamente ou como detalhamento das 3 condutas já elencadas: orientação quanto à leitura de rótulos e aos produtos com alerta “pode conter”, orientação quanto a refeições preparadas por terceiros e orientação em relação a reações alérgicas que necessitem de medicação, com prescrição correspondente;vii. p. 13: a proposta de Protocolo faz referência a um período de remissão de sintomas em até 3 semanas, mas o guia europeu indica que a remissão pode levar até 4 semanas nos casos de sintomas tardios (típicos dos não mediados);viii. p. 14 e</p>	de Vaca.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>15: os mecanismos para monitoramento, regulação e controle previstos apontam para uma melhoria significativa no atendimento aos pacientes com diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca, e que seja totalmente integrado do programa de fornecimento de fórmulas para aqueles pacientes que façam usam, devendo os prazos para renovação serem rigorosamente atendidos. Em caso de atraso no atendimento, o fornecimento de fórmula deve ser continuado até que a criança seja atendida e o protocolo renovado. (item 7);ix. Esclarecer que apenas devem ser submetidos ao TPO pacientes em boas condições clínicas e com suas doenças alérgicas (asma, rinite e dermatite atópica) controladas ou em fase de remissão.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/01/2018	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, Seguem algumas sugestões:Na definição de alergia alimentar:A intolerância alimentar ocorre devido a componentes tóxicos ou químicos de alimentos ou devido a outras substâncias do próprio organismo do indivíduo. Por exemplo, intolerância à lactose por deficiência enzimática.Poderíamos sugerir:A intolerância alimentar ocorre devido a componentes tóxicos ou químicos do próprio alimento ou como consequência de desordens metabólicas do indivíduo. Por exemplo, intolerância à lactose por deficiência enzimática e galactosemia.Teste diagnósticosEmbora não haja exame algum que seja isoladamente comprobatório da APLV mediada por IgE, quanto mais elevados forem os resultados da pesquisa de IgE específica, maior é a correlação com as manifestações clínicas. Em estudo nacional, os níveis de IgE específica acima de 3 kU/L mostraram-se fortemente correlacionados com manifestações clínicas características da alergia a proteína do leite de vaca em um período inferior a 2 horas.Poderíamos sugerir:No Brasil, os níveis de IgE específica foram estabelecidos para populações fenotipicamente distintas, com resultados diferentes. Em São Paulo, em crianças anafiláticas, dosagem de IgE específica para leite de vaca acima de 3 kU/L mostrou-se fortemente correlacionados com manifestações clínicas características da alergia a proteína do leite de vaca em um período inferior a 2 horas, ao passo que em Aracaju, para crianças menores de menores de 3 anos, não anafiláticas, o ponto de corte foi de 5,17 KU/L.Accuracy of serum IgE concentrations and papule diameter in the diagnosis of cow's milk allergy Jackeline M Franco Ana Paula S.G. Pinheiro, Sarah C. F. Vieira, Íkaro Daniel C. Barreto, Ricardo Q. Gurgel, Renata R. Cocco, Dirceu Solé.Jornal de pediatriahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.022</p> <p>Teste de Provocação Oral1.Reaparecimento dos sintomas após teste de provocação oral (TPO). O reaparecimento é imediato nos casos de APLV mediada por IgE (em até 2 horas). Nos casos de APLV não medida por IgE, ocorre após duas horas a sete dias. Poderíamos sugerir:Reaparecimento dos sintomas após teste de</p>	<p>Coordeno o Núcleo de Alergia Alimentar de Sergipe há 13 anos. Fundamentamos o nosso diagnóstico em TPO abertos. Tenho uma vasta experiência com diagnóstico e seguimento de pacientes com alergia alimentar. Preocupo-me com o quantitativo de latas estabelecido por vocês.Colocarei em anexo como fizemos o cálculo do número de latas. O que está recomendado por vcs em algumas faixas etárias será insuficiente.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>provação oral (TPO). O reaparecimento é imediato nos casos de APLV mediada por IgE (em até 2 horas). Nos casos de APLV não medida por IgE, ocorre após duas horas a alguns dias.2. O TPO pode ser realizado para a maioria das crianças, sendo contraindicado somente em casos graves de APLV mediada por IgE, como após episódios de anafilaxia.Foi esquecido os quadros não mediados por IgE da FPIES.3. Na execução do TPOConcordo plenamente com Ariana. É inviável o TPODCPC para todas as crianças no momento do diagnóstico. O TPO aberto é primeira opção quando resultado negativo e sintomas objetivos são esperados (Koletzko et al., 2012). Em menores de três anos com sintomas objetivos, quando supervisionado por médico, é considerado suficiente para diagnóstico (Bindslev-Jensen et al., 2004), dispensando o TPODCPC (Nigemann, Beyer, 2007). 4. Interpretação dos sintomas clínicos do TPONo entanto, caso apareçam sintomas subjetivos ou não observáveis (prurido sem lesão de pele aparente, dor abdominal e náusea, disfagia, sensação de obstrução respiratória, dispneia, alteração de comportamento, prostração, cefaleia, recusa de ingerir o leite ou fórmula), a interrupção do TPO não é necessária. Poderíamos sugerir:Em casos de sintomas considerados subjetivos ou não observáveis (relatos dos pacientes) como por exemplo: prurido sem lesão de pele aparente, dor abdominal e náusea, disfagia, sensação de obstrução respiratória, dispneia, alterações do comportamento, prostração, cefaleia ou recusa em ingerir o leite, não se justifica a interrupção do procedimento. Período de observação maior, para permitir a resolução dos sintomas, deve ser disponibilizado antes da oferta da dose subsequente (ASBAI, 2012; Nowak et al, 2009; Ballmer-Weber & Beyer, 2017). TPOs com sintomas subjetivos podem ser considerados positivos se as manifestações ocorrerem após três doses de alimento testado, mas não se reproduzirem com o placebo (Nowak et al, 2009).TratamentoPrecisamos mais uma vez insistir no quantitativo das latasInicialmente, consideramos inviável englobar crianças do primeiro e do segundo</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
19/01/2018	Profissional de saúde	Muito boa	<p>trimestre de vida em uma única faixa etária de 0 a 6 meses. Por isso, desmembramos em 0 - 3 meses e em 3 - 6 meses. Depois, seguimos conforme a Conitec, com as faixas etárias de 6- 12 meses e 12- 24 meses. Pelo cálculo com base nos requerimentos calóricos, chegamos aos valores mensais abaixo: 0 - 3 meses: Sem descontar o rendimento: 8,4 a 9,8 latas (média 9,1) Descontando o rendimento: 7,6 a 8,8 latas (média 8,2) 3 - 6 meses: Sem descontar o rendimento: 9,4 a 10,6 latas (média 10,0) Descontando o rendimento: 8,5 a 9,5 latas (média 9,0) 6 - 12 meses (A partir daqui temos que considerar aporte calórico oferecido na alimentação complementar. Seguimos o que recomenda a OMS, entre 200 a 300 kcal/dia) Sem descontar o rendimento: 6,6 a 8,3 latas (média 7,5) Descontando o rendimento: 6,0 a 7,5 latas (média 6,8) 12 - 24 meses (Também temos que considerar aporte calórico oferecido na alimentação complementar. Seguimos o que recomenda a OMS, ou seja, 550 kcal/dia) Sem descontar o rendimento: 5,7 a 6,5 latas (média 6,1) Descontando o rendimento: 5,1 a 5,9 latas (média 5,5)</p>	Não	
			<p>Sim, O quantitativo de fórmula infantil para crianças de 6 a 12 meses de idade. Como nutricionista que trabalha com esse público há 8 anos, considero o quantitativo proposto insuficiente para a manutenção de adequada nutrição dessa faixa etária devido à dificuldade de se estabelecer a alimentação complementar nesse grupo de pacientes. Muitas vezes há atraso na introdução dos alimentos pelos pacientes com medo de reações adversas, mesmo bem orientados, além de ser frequente a recusa alimentar nessas crianças devido a experiências alimentares negativas que vivenciaram devido à doença. Por isso, normalmente precisamos de mais tempo para trabalhar a introdução de alimentos sólidos e a fórmula se faz necessária em quantidade que garanta evolução ponderal razoável. Sugiro em torno de 6 a 8 latas/mês.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
19/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Gostaria que fosse revisitada a normatização do TPO para os paxinrstw. apesar de autora da publicação incluída como referência, os últimos anos experimentaram mudanças significativas na técnica do TPO. Mesmo em Um serviço de referência, nas alergias IgE mediadas com sintomas objetivos, pode-se realizar TPO aberto com a mesma metodologia proposta, mas apenas uma fase.	É extremamente louvável a normatização eicusão de centeoesdw referenciais possam realizar a provocaçãoDe maneira sistemática e segura a todas as crianças, mas antes da implementação uma norma deve se gerada que inclua adequadamente todos os passos. É importante saber que nas alergias IgE mediadas conformadas através do TPO não necessitam ser reproduzidos emUm período inferior a 12 meses...situação completamente diferente das alergias não IgE mediadas ou nos distúrbios miatoa	
19/01/2018	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	Sim, Itens:01 - Introdução;03 - Diagnóstico;03.1 - Diagnóstico Clínico;03.3 - Desencadeamento / TPO;04 - Critérios de Inclusão;06 - Conduta na APLV;06.13 - Fórmulas Infantis para APLV;09 - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER.(as respectivas propostas de alteração se encontram no documento enviado em anexo (ABIAD - Contribuições CP 68)	Não.	Clique aqui
19/01/2018	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, - eu como nutróloga observo que a quantidade de latas dispensadas não [e suficiente para atingir a meta calórico proteica do lactente. Temos que levar em consideração o fato de que muitos destes pacientes fazem uso exclusivo de fórmula , e não é só a quantidade da cálcio adequada que devemos ofertar para não ocasionar uma desnutrição e suas consequências graves tão onerosas a criança, família e ao poder público . Sugiro a revisão do quantitativo de latas .		
19/01/2018	Sociedade médica	Boa	Sim, Sugestões com a finalidade de simplificar e facilitar a implementação do diagnóstico de alergia ao leite, para seja factível e útil		Clique aqui