



# Boletim SOPERJ

IMPRESSO ESPECIAL  
CONTRATO  
Nº 9912170446  
ECT/DR/RJ  
NESTLÉ DO BRASIL LTDA.

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro Vol. XVIII - Nº 2 - maio 2015

EDITORIAL

## Congresso Brasileiro de Pediatria

De 12 a 16 de outubro de 2015

Riocentro

Programação preliminar no site

O segundo prazo de inscrição é 30/06/2015

**A**cesse a programação preliminar do congresso no *site* <[www.cbpediatria.com.br](http://www.cbpediatria.com.br)>. Ela está de alto nível!

Venha se atualizar e confraternizar com os colegas em um ambiente aconchegante, com tudo preparado para recebê-lo. Por exemplo: a maioria dos banheiros será para o público feminino, já que as pediatras são mais de 70%.

Teremos atualização e uma grande festa. Aguarde!

Um novo congresso pode demorar de uma a duas décadas. Não perca essa oportunidade e prestigie nosso Rio de Janeiro.

Até lá!

*Edson Ferreira Liberal*

Presidente da SOPERJ e do Congresso Brasileiro de Pediatria  
Triênio 2013-2015



Nestlé  
Faz Bem



## LEIAMOS 4



NESTA COLUNA, CONTINUAMOS A ANALISAR  
TRECHOS DE ARTIGOS MÉDICOS RELEVANTES.



**C**orrendo o sério risco de me tornar repetitivo, apresento-lhes mais dois textos de artigos médicos para sua consideração. Vejam:

*Exercise-Related Transient Abdominal Pain (ETAP) is especially prevalent in activities that involve repetitive torso movement, such as running (...). It is exacerbated by the postprandial state, especially hypertonic beverages (...). Aggravation of the portion of the parietal peritoneum that adheres to the abdominal wall causes sharp, well localized pain similar in nature to ETAP.<sup>1</sup>*

**(Pausa)**

Este artigo, deveras interessante, trata daquela dor abdominal que nos acomete no início de uma sessão de atividade desportiva. Em primeiro lugar, é preciso ler com atenção a denominação da dor para, então, associar a estranha sigla em inglês à famosa dor de veado, ou dor desviada, ou dor na passarinha, ou dor no baço. O termo leigo equivalente em inglês é “side stitch”. O texto afirma que a dor é mais frequente em atividades com movimentos repetitivos do tronco e no estado pós-prandial. Nossos cérebros, sempre apressados, traduzem “aggravation” como “agravamento” ou “piora”; porém, isso não faz sentido. Devemos ter a paciência chinesa de, mais uma vez, abrir o dicionário e descobrir que “aggravation” também pode significar “irritação”. *By the way*, o artigo afirma que a dor localiza-se no flanco direito em 55% dos casos e no esquerdo em 37%. Esse dado es-



tatístico me tranquilizou bastante, pois quando criança, minha “dor na passarinha” permanecia no lado esquerdo e, agora que cheguei à idade adulta, deslocou-se para o flanco direito.

*Quality-of-life measures are poorer in patients with functional gastrointestinal diseases compared with the general population and patients with many other chronic conditions, including asthma and migraine (...). Given that we are not given any details about the symptoms or other characteristics of the nonresponders, we cannot exclude the possibility of a selection bias favoring those families in which abdominal pain was more prevalent.<sup>2</sup>*

**(Pausa)**

No trecho inicial, o autor faz uma comparação que dá margem a confusão. Segundo ele, as medidas da qualidade de vida são piores nos pacientes com doenças gastrintestinais funcio-

nais do que na população geral. Em seguida, ele menciona um terceiro grupo, de portadores de outras enfermidades crônicas, como asma e enxaqueca. Pareceu-me que o autor não explicitou que está efetuando uma nova comparação, entre o primeiro e o terceiro grupos.

Além disso, no contexto do trecho final, o autor coteja os dados conflitantes de dois estudos sobre a prevalência de dor abdominal em crianças e adolescentes. Então, ele nos arremessa uma pérola — “Given than we are not given (...)”. Nas primeiras vezes em que li a frase, pensei que havia me perdido, mas com calma, constatei o equívoco estilístico. Vale a pena identificar esses deslizes por dois motivos: (i) prevenir erros de compreensão e (ii) aprender a como não escrever em inglês. No final, o autor ainda utiliza o termo “selection bias”, cuja tradução oficial é “viés de seleção”, um conceito familiar da bioestatística.

Se você tiver algum artigo científico interessante que desejaria ver comentado neste espaço, por favor, envie para nós.

**Referências**

1. Morton D, Callister R. Exercise-Related Transient Abdominal Pain (ETAP). *Sports Med* (2015) 45:23–35.
2. Nurko S. The Tip of the Iceberg: The Prevalence of Functional Gastrointestinal Diseases in Children. *J Pediatr*. 2009;154(3):313-5.

**Boletim SOPERJ**

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XVIII - Nº 2 - maio 2015

**SOPERJ**Sociedade de Pediatria do  
Estado do Rio de Janeiro**DIRETORIA DA SOPERJ****TRIÊNIO 2013-2015**

**Presidente:** Edson Ferreira Liberal; **Vice-Presidente:** José Roberto de Moraes Ramos; **Secretário Geral:** Márcia Fernanda da Costa Carvalho; **1º Secretário:** Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; **2º Secretário:** Sheila Souza Muniz Tavares; **1º Tesoureiro:** Daniella Santini Souza Lemos; **2º Tesoureiro:** Silvío da Rocha Carvalho; **Diretor de Cursos e Eventos:** Katia Telles Nogueira; **Diretoria de Publicação:** Claudio Hoineff; **Diretoria de Relacionamento com Associados:** Suzana Tschopke

**Aires; Diretoria de Ética e Valorização Profissional:** Maria Nazareth Ramos Silva; **Coordenação de Comitês Científicos:** Joel Conceição Bressa da Cunha; **Coordenação do Curso de Atualização:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva; **Coordenação do Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support):** Regina Coeli Cardoso; **Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal:** José Dias Rego

**Diretoria de Coordenação das Regionais:** Paulo César Guimarães de Luiz Ildegardes – **Regional Norte Fluminense, Presidente:** Sylvia Regina de Souza Moraes; **Regional Lagos, Presidente:** Denise Garcia

de Freitas Machado e Silva; **Regional Sul Fluminense, Presidente:** Luciano Rodrigues Costa; **Regional Zona Oeste, Presidente:** Sérgio Elias Estefan; **Regional Leste Fluminense, Presidente:** Adriana Rocha Brito; **Regional Serrana, Presidente:** Claudia Salvini Barbosa M. da Fonseca;

**Redação: DB Press:** Rua Marquesa de Santos, 5/702 – 22221-070 - Rio de Janeiro - RJ, Tel: (21) 9959.7375; **Jornalista Responsável:** Debora Meth (16745/76/117 - MTb); **Diagramação:** DoisC (21) 2205-0707; **Impressão:** Reproarte



## Julio Dickstein

Nosso entrevistado deste boletim é o paulista Julio Dickstein, 91 anos de vida. 72 deles dedicados à Medicina. Prestou vestibular para a Faculdade Nacional de Medicina e teve seu primeiro estágio na Policlínica de Botafogo. Residência, no Hospital dos Servidores. Lá deu seus primeiros passos na Pediatria, em 1955. Em 1974 assumiu a presidência da Sociedade Brasileira, abrindo caminho para a nacionalização da SBP. Foi presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); trabalhou na implantação e treinamento de agentes de saúde para a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Em 1992, assumiu a direção médica do Hospital da Ordem Terceira da Providência, cujo cargo exerceu até 1994. Até 2001, já aposentado, trabalhou voluntariamente na Fundação São Martinho, num programa de atendimento a meninos de rua. Desde 1997 é membro ativo da Academia Brasileira de Pediatria e, desde 2014, da Academia de Medicina do Rio de Janeiro.

### *O que o levou a ser pediatra?*

A intolerância à lactose. Explico: em 1923, aos 3 meses de idade sofria de diarreia que me acompanhava desde os primeiros dias. O estado geral, como imaginam, estava bem comprometido. Morávamos em São Paulo, perto de uma unidade militar que se sublevoou. Meus pais se refugiaram em Campinas e foram recomendados a um pediatra alemão, refugiado. Recomendou a imediata suspensão do leite materno. Um passe de mágica, no dia seguinte era uma criança que parara de chorar e já sorria. Este episódio marcou muito meus pais e estimularam comentários frequentes pois salvou uma vida. Assim muito cedo nasceu em mim a ideia de que ser pediatra é salvar crianças.

### *Cite um momento marcante na Pediatria*

Ao me formar na Faculdade Nacional de Medicina (1949), eu era estagiário da Pediatria da Policlínica de Botafogo, Serviço de Luiz Torres Barbosa, quando foi designado para chefiar a pediatria do Hospital dos Servidores do Estado e me convida para ser Residente. Nos 2 anos que morei no hospital aprendi o que é ser médico e estruturei toda minha formação pediátrica, graças à eficiente unidade de ensino que



Luiz Torres Barbosa montou naquele hospital.

### *Quem o inspirou na pediatria?*

Luiz Torres Barbosa. O pediatra que inaugurou no Brasil o ensino da Medicina através da Residência foi um humanista e didata exemplar.

### *Qual a qualidade indispensável a um médico?*

Em primeiro lugar amar o que faz e ter consciência de que exerce uma profissão que objetiva ajudar o próximo

### *Um filme inesquecível*

Tenho 2. Considero Serenata de Outono de Ingmar Bergman o filme perfeito: tema interessante e bem colocado, artistas magníficos, ângulos fotográficos belíssimos e boa música. O segundo é Cinema Paradiso, de Giuseppe Tomatore, é minha infância de paixão pelo mundo mágico: cinema e circo.

### *Um livro inesquecível*

O Solar, de Isaac Barshevis Singer

### *Sua comida preferida?*

Frutas e saladas

### *Sua bebida preferida?*

Vinho

### *Qual seu tipo de música preferido?*

Boa música, tanto faz: popular ou clássica

### *Praia ou serra?*

Serra, o sol não gosta da minha pele.

### *Uma viagem inesquecível*

Em 2012, depois de 10 anos, voltei a Israel. Foi um impacto, nesse lapso de tempo a sensação de um país implantado no meio de um deserto

se transformou na de um país de alto desenvolvimento.

### *Algum personagem ou herói preferido na infância*

Flash Gordon

### *Time de Futebol*

Botafogo

### *Algum hobby*

Cinema

### *Uma personalidade que admira*

Nelson Mandela

### *Uma Mania*

Integridade

### *Um motivo de tristeza*

A violência e a intolerância crescentes no mundo. A incompetência administrativa dos dirigentes do país, com reflexos na área da saúde, onde os de menor poder aquisitivo pagam um alto preço.

### *Um motivo de alegria*

Meus filhos e meus netos

### *Algum arrependimento?*

Nenhum. Se tivesse que recomendar buscaria o mesmo caminho na vida.

### *Dê um conselho aos jovens*

Escolher profissão é difícil, você só a conhece realmente depois que passa a exercê-la. Siga o caminho de teu instinto, você tem que estar feliz com o que faz. Fico pesaroso quando vejo jovens escolherem profissão pela comodidade econômica. Pode até chegar a esse conforto, mas com insatisfação permanente. •

# XXXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA

RESERVE SUA AGENDA PARA O PERÍODO DE 12 A 16 OUTUBRO - RIOCENTRO



[www.cbpediatria.com.br](http://www.cbpediatria.com.br)

## Valores de Inscrição

	Até 30/06/2015	Até 30/09/2015	Após 30/09/2015
<b>Médicos Associados SBP</b>	R\$ 950,00	R\$ 1.100,00	R\$ 1.400,00
<b>Médicos Não Associados</b>	R\$ 1.300,00	R\$ 1.450,00	R\$ 2.100,00
<b>Médicos Pós-Graduandos Associados SBP</b>	R\$ 750,00	R\$ 850,00	R\$ 1.000,00
<b>Médicos Pós-Graduandos Não Associados*</b>	R\$ 1.100,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.700,00
<b>Residentes Inscritos no PMR da SBP*</b>	R\$ 620,00	R\$ 720,00	R\$ 840,00
<b>Residentes*</b>	R\$ 720,00	R\$ 820,00	R\$ 1.040,00
<b>Acadêmicos de Medicina Inscritos na Liga SBP*</b>	R\$ 310,00	R\$ 360,00	R\$ 420,00
<b>Acadêmicos de Medicina*</b>	R\$ 360,00	R\$ 410,00	R\$ 520,00
<b>Outros Profissionais Não Prescritores</b>	R\$ 700,00	R\$ 800,00	R\$ 920,00
<b>Cursos Pré-Congresso</b>	R\$ 280,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00
<b>Taxa CNA**</b> (opcional, exclusivo médicos)	3% sobre o valor da inscrição		

\* Obrigatória apresentação do comprovante da categoria.

\*\* **TAXA CNA (Comissão Nacional de Acreditação)**: a AMB passou a cobrar uma taxa para eventos cadastrados pela CNA. Quem participa: Os médicos que obtiveram Título de Especialista ou Certificação na Área de Atuação a partir de janeiro de 2006 têm de obter o CAP a cada cinco anos. A participação dos demais especialistas é opcional. Consulte mais informações nesse link: <http://www.cna-cap.org.br>

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria  
PMR - Projeto Médico Residente

### Congresso Brasileiro de Pediatria

Data: 12 a 16 de outubro

Local: RioCentro

Informações: (21) 2531-3313 / (41) 3022-1247 / [soperj@soperj.org.br](mailto:soperj@soperj.org.br)

Inscrição: [www.cbpediatria.com.br](http://www.cbpediatria.com.br)

### PALS

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313 / [soperj@soperj.org.br](mailto:soperj@soperj.org.br)

Inscrições: [www.soperj.org.br](http://www.soperj.org.br)

Datas: 19 e 20 de junho

28 e 29 de agosto

23 e 24 de outubro

27 e 28 de novembro

### CAP

Local: Auditório Júlio Arantes Sanderson de Queiróz - CREMERJ

Informações e Inscrições: (21) 3184-7130 a 3184-7137

[www.cremelj.org.br](http://www.cremelj.org.br)

Datas: 27/06, 29/08, 26/09 e 24/10

### Curso obrigatório p/médicos residentes em pediatria

Data: 30 de junho

Local: Hospital Central do Exército

Informações: (21) 2531-3313 / [soperj@soperj.org.br](mailto:soperj@soperj.org.br)

### Curso de Reanimação para Prematuros na Sala de Parto

Data: 17 de julho

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313 / [soperj@soperj.org.br](mailto:soperj@soperj.org.br)

Inscrição: [www.soperj.org.br](http://www.soperj.org.br)

### Discutindo Endocrinologia Pediátrica

Data: 1º de agosto

Local: Windsor Flórida Hotel

Rua Ferreira Viana, 81 – Flamengo

Informações e inscrições: (21) 2531-3313

[www.soperj.org.br](http://www.soperj.org.br)

### III Jornada de Nefrologia Pediátrica SOPERJ/CREMERJ

Data: 22 de agosto

Local: CREMERJ – Auditório Charles Damian

Informações e Inscrições: (21) 3184-7130



## Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor infantil

O desenvolvimento infantil deve ser prioridade no dia a dia do pediatra, cuja consulta deve visar não somente à história da doença atual, mas também à patológica pregressa, à gestacional e à perinatal. O desenvolvimento é dinâmico; portanto, reconhecer a normalidade e as interações com todos os sistemas do corpo humano é fundamental para identificar as alterações.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2000 a 2010,<sup>1</sup> 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termos; porém, no Rio de Janeiro, esse número subiu para 12%. No mesmo período, 0,8% dos nascidos vivos apresentaram algum tipo de malformação congênita. Além disso, a asfixia neonatal ainda é uma das principais causas de morbidade hospitalar em recém-nascidos (RN), e a sífilis congênita ocorre em 12 de 100 nascidos vivos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O uso nocivo ou a dependência do álcool pelas gestantes, bem como de outros entorpecentes, podem prevalecer em países em desenvolvimento em comparação aos desenvolvidos, provavelmente em decorrência de fatores emocionais e sociais, como, por exemplo, baixo nível de escolaridade materna e instabilidade econômica e financeira.<sup>2</sup> Isso gera um impacto na saúde materno-infantil, havendo consequências como, por exemplo, o prejuízo ao desenvolvimento infantil. Esses dados reforçam cada vez mais a importância do atendimento pediátrico de qualidade, abrangendo sempre o desenvolvimento da criança.

O pediatra precisa estar atento e apto durante a assistência prestada, para que consiga identificar sinais e sintomas que indiquem desvios no desenvolvimento, visando ao diagnóstico precoce de alterações já instaladas e prevenindo o surgimento de complicações.

Nos primeiros meses de vida, o cérebro humano possui maior plasticidade, respondendo melhor ao tratamento, que deve ser iniciado o mais precocemente possível.<sup>3</sup>

A seguir, listamos sinais sugestivos de alterações no desenvolvimento, os quais, se presentes ao final do trimestre referido, devem ser acompanhados criteriosamente.<sup>4,5</sup>

### 1º trimestre:

- Indiferente à luz.
- Não acompanha objeto na linha média.
- Ausência da produção de sons.
- Manutenção da flexão de mãos e dedos.

### 2º trimestre:

- Ausência de olhar dirigido.
- Não reconhece faces.
- Postura assimétrica.
- Não consegue mudar a posição.
- Ausência de vocalização recíproca.
- Não sustenta a cabeça.

### 3º trimestre:

- Não imita expressões faciais.
- Não manipula objetos.
- Não balbucia.
- Não atende quando é chamado pelo nome.
- Não senta sozinho.
- Não muda de posição.

### 4º trimestre:

- Olhar indefinido.
- Pouco interesse por objetos e brinquedos.
- Não busca um objeto fora de seu alcance.
- Ausência de sons.
- Quietos demais.
- Não acena.
- Não bate palmas.

### 18 meses:

- Não anda sem apoio.
- Não segura uma bola.
- Não arremessa.
- Não aponta.
- Não compreende ordem simples.
- Não fala.

Os desvios de desenvolvimento são passíveis de identificação, e a avaliação funciona como uma prevenção de alterações em crianças sem patologias e como uma diminuição de danos em crianças comprometidas. Os pais ou cuidadores primários devem ser devidamente informados e orientados pelo pediatra e por profissionais afins da área da saúde, para que possam atuar como parceiros na intervenção e na estimulação adequada das crianças.

### Referências

[HTTP://portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br).

Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4): 593-8.

Lanzelotte V, organizadora. Manual de atenção integral ao desenvolvimento e reabilitação. Comitê de Atenção Integral ao Desenvolvimento e Reabilitação da SOPERJ. Rio de Janeiro: Revinter; 2007.

Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG. Neurologia do desenvolvimento da criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

KNOBLOCH H, PASSAMANICK B. Gesell e Amatruda. Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação e tratamento do desenvolvimento neuropsicológico no lactente e na criança pequena, o normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1987.

<sup>1</sup> Pediatra, secretária do Comitê de Atenção Integral ao Desenvolvimento e Reabilitação da SOPERJ.

<sup>2</sup> Pediatra, presidente do Comitê de Atenção Integral ao Desenvolvimento e Reabilitação da SOPERJ.

**CORREÇÃO** - No último boletim da SOPERJ, o artigo "Aspectos éticos em endocrinologia pediátrica" foi de autoria das Dras. Isabel Rey Madeira e Deise Maria Duarte Arantes Pires.

**N.R.**- Informamos que, excepcionalmente neste boletim, não será publicada a coluna "Ética e Valorização Profissional", de autoria da Dra. Maria Nazareth Ramos Silva, que voltará na próxima edição.

# Alergia à proteína do leite de vaca: orientações sobre a restrição alimentar e os rótulos de produtos industrializados

**A**lergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum na faixa etária pediátrica. Estudos revelam que a prevalência de sensibilização às proteínas do leite de vaca (LV) varia de 0,5% a 2% em pré-escolares; 0,5% na faixa de 5 a 16 anos; e menos de 0,5% em adultos. Em pacientes com APLV, a frequência de manifestações no trato gastrointestinal varia entre 32% e 60%, as cutâneas entre 5% e 90%, e a anafilaxia, mais rara, entre 0,8% a 9%. Entretanto, a alergia alimentar é a principal causa de anafilaxia na população pediátrica.

Os mecanismos imunológicos envolvidos na APLV são diversos, e identificar o tipo de reação de hipersensibilidade alérgica é importante para que se conduzam a investigação e a escolha mais adequada do substituto dietético. Os fenótipos clínicos da APLV são variados: reações leves a graves, do tipo IgE mediadas, com sintomas como urticária, angioedema ou anafilaxia, que têm início de minutos até 2 horas após a exposição; reações não IgE mediadas, tardias, ocorrendo de horas a dias após a exposição, com predomínio dos sintomas gastrointestinais; ou reações mistas, como a dermatite atópica. As manifestações podem ocorrer após exposições pouco usuais, como a inalação do vapor do leite, o ato de ser beijado por alguém que tenha ingerido leite, a utilização de preparações tópicas (cremes, pastas de dente etc.) ou medicamentos que possuam a proteína do LV em sua composição.

Quais são as proteínas imunogênicas do LV? As proteínas imunogênicas são aquelas capazes de desencadear reações de hipersensibilidade imunoalérgica por diferentes mecanismos. A caseína corresponde a 80% da composição proteica do LV. Além de ser a mais abundante, é termoestável e relaciona-se a quadros mais persistentes de APLV. As proteínas do soro são termolábeis e, portanto, sensíveis ao cozimento. Entre essas, destacam-se a  $\alpha$ -lactoalbumina, a  $\beta$ -lactoglobulina, a lactoferrina e a albumina sérica bovina. É relevante ressaltar que as reações cruzadas entre a albumina sérica bovina presente no LV e aquela presente na carne bovina são raras, acontecendo em  $\leq 10\%$  dos casos.

O diagnóstico de APLV é realizado por meio de história, exame físico, testes de punção ou determinação de IgE específica, confirmado por

teste de provocação oral ou dieta de eliminação e reintrodução. Nos casos de anafilaxia, não estão indicados métodos confirmatórios. Comprovada a APLV, recomenda-se a exclusão do LV da alimentação até, pelo menos, os 2 anos de vida. Logo, o diagnóstico incorreto de APLV impõe ao paciente dietas de restrição desnecessárias, que terão impacto negativo sobre sua qualidade de vida, bem como sobre o fornecimento adequado de nutrientes.

A amamentação deve ser sempre incentivada, e a dieta de restrição da proteína do LV para a mãe deve ser indicada somente se o lactente apresentar sintomas após a ingesta do leite materno. Nesse caso, lembramos que se deve atentar para o consumo correto de proteínas e cálcio pela mãe (1,2 gramas de cálcio diariamente em doses divididas). Na impossibilidade do aleitamento materno, substitui-se o LV por fórmulas lácteas. Em geral, as fórmulas extensamente hidrolisadas são a primeira escolha, mas, para pacientes com história de anafilaxia e manifestações gastrintestinais como a esofagite eosinofílica, a fórmula de aminoácidos é a opção mais adequada. Fórmulas de soja estão proscritas nos primeiros 6 meses de vida, mas são uma boa opção nos pacientes acima dessa idade com reações IgE mediadas. A substituição com leite de outros mamíferos não é recomendada pela homologia das proteínas entre si.

É relevante ressaltar que a dieta de restrição de proteínas do LV implica que se proíba também a ingesta de derivados lácteos, como, por exemplo, leite condensado, leite em pó, queijos, nata, creme de leite, iogurte, doce de leite e manteiga clarificada.

Os produtos industrializados mostram rótulos de difícil interpretação. A orientação dos familiares é fundamental para que os pacientes não consumam, inadvertidamente, produtos que contenham leite. Os nomes que denotam a presença de proteína do LV são estes: proteínas do soro, *whey protein* (proteína do soro), caseína, caseinato, fermento lácteo, lactoalbumina, fosfato de lactoalbumina, lactoglobulina, lactoferrina, lactose, lactulose, lactulona, caseína hidrolisada, caseinato de cálcio, caseinato de potássio, caseinato de amônia, caseinato de magnésio, caseinato

de sódio, leitelho, coalhada, proteína hidrolisada de leite, gordura de manteiga, óleo de manteiga e éster de manteiga.

Devem ser evitados também produtos cujos rótulos possuam as descrições: “pode conter traços de leite” ou “produzido em equipamentos que processam leite”. É importante lembrar que alimentos como frios, temperos prontos, creme de coco, creme bavária, caramelo e outros alimentos processados, apesar de aparentemente inofensivos, podem conter proteínas lácteas em sua formulação. Em caso de dúvida sobre a presença da proteína do LV, recomenda-se entrar em contato com o fabricante para esclarecimentos.

Ingredientes que podem ser ingeridos com segurança por pacientes com APLV são: lactato de cálcio ou sódio, estearoil de cálcio ou sódio, manteiga de cacau, leite de coco e creme de tártaro.

Em resumo, a APLV pode acarretar sintomas de alta morbimortalidade. Os rótulos dos produtos industrializados costumam gerar equívocos, uma vez que muitos termos que denotam a presença da proteína do LV são desconhecidos pelos responsáveis. Atenção para a leitura de rótulos e para o risco de contaminação cruzada, devendo ser enfatizados a fim de reduzir a ingesta acidental da proteína, particularmente em viagens e comemorações.

Algumas crianças com reações do tipo IgE mediadas, graves e persistentes, podem não desenvolver tolerância, mesmo após anos de dieta. Para esses pacientes, novas terapias estão sendo testadas, e alguns protocolos de dessensibilização oral, têm sido conduzidos com sucesso. Entretanto, esses protocolos ainda estão em fase de estudos e não são recomendados em larga escala devido a efeitos adversos ainda não completamente conhecidos. Os responsáveis pelos pacientes com anafilaxia devem ser orientados sobre a aquisição e o uso dos dispositivos de adrenalina autoinjetáveis, medicação essencial para a reversão desse quadro clínico.

Felizmente, a maioria dos pacientes tornar-se-á tolerante até os 5 anos de idade, e uma orientação alimentar adequada deve ser realizada, a fim de prevenir prejuízo nutricional enquanto é preciso manter a dieta de exclusão.