

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO DO NASCIMENTO À ADOLESCÊNCIA

Jessé Rodrigues Galvão

**ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL INSTRUCIONAL PARA PAIS E CUIDADORES
DE CRIANÇAS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E COM
DIFICULDADES ALIMENTARES**

São Paulo
2026

Jessé Rodrigues Galvão

**ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL INSTRUCIONAL PARA PAIS E CUIDADORES
DE CRIANÇAS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E COM
DIFICULDADES ALIMENTARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Nutrição Do Nascimento à Adolescência do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profª Dra. Fernanda Ferreira Corrêa, e coorientado pela Profª Dra. Aline de Piano Ganen, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre.

São Paulo

2026

Jessé Rodrigues Galvão

**ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL INSTRUCIONAL PARA PAIS E CUIDADORES
DE CRIANÇAS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E COM
DIFICULDADES ALIMENTARES**

São Paulo, 30, abril de 2026

Professor Orientador

Professor Coorientador

Professor Examinador

**São Paulo
2026**

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecas São Camilo

Galvão, Jessé Rodrigues

Elaboração de um material instrucional para pais e cuidadores de crianças com alergia à proteína do leite de vaca e com dificuldades alimentares / Jessé Rodrigues Galvão. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2026.

87 p.

Orientação de Fernanda Ferreira Correa.

Dissertação de Mestrado em Nutrição: do nascimento à adolescência, Centro Universitário São Camilo, 2026.

1. Hipersensibilidade a leite 2. Nutrição da criança 3. Seletividade alimentar 4. Terapia nutricional I. Correa, Fernanda Ferreira II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 615.854

DEDICATÓRIA

À minha família, base da minha história e fonte dos valores que sustentam minha caminhada.

Ao meu marido, Caio Henrique, meu companheiro e porto seguro, pelo amor, apoio e incentivo constantes. Essa vitória eu divido com você.

À minha sobrinha Camilla, nutricionista dedicada e inspiração profissional, cujo compromisso com o cuidado fortaleceu ainda mais meu propósito.

Aos meus amigos, pela compreensão, parceria e celebração em cada etapa desta jornada. Em especial Priscila Barbosa e Natália Carvalho por tornarem o processo mais leve.

E, acima de tudo, a Deus, por guiar meus passos, renovar minhas forças e tornar possível esta conquista.

Com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Fernanda, minha orientadora, que me acompanha desde minha chegada a São Paulo, pela confiança, generosidade e inspiração constante ao longo desta trajetória.

À Profa. Dra. Aline, minha coorientadora, pela fortaleza, competência e sensibilidade, fundamentais para a construção deste trabalho.

Minha sincera gratidão.

RESUMO

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma das alergias alimentares mais frequentes na infância e caracteriza-se por uma resposta imunológica adversa às proteínas do leite de vaca, podendo ocorrer por mecanismos mediados por imunoglobulina E (IgE), não mediados por IgE ou por mecanismos mistos. A exclusão do leite de vaca e de seus derivados constitui o principal tratamento da condição, porém essa restrição alimentar pode impactar o estado nutricional, reduzir a variedade da dieta e favorecer o desenvolvimento de dificuldades alimentares, como seletividade, neofobia e recusa alimentar. Diante desse cenário, estratégias educativas direcionadas às famílias tornam-se fundamentais para promover uma alimentação segura, equilibrada e diversificada para crianças com APLV. O objetivo deste estudo foi elaborar um manual digital em formato de e-book destinado a pais e cuidadores de crianças com APLV e dificuldades alimentares, contendo orientações práticas para o manejo nutricional e comportamental durante as refeições. A metodologia consistiu em uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo artigos publicados entre 2004 e janeiro de 2026, além de diretrizes e consensos científicos. O desenvolvimento do material ocorreu por meio de uma parceria entre a indústria alimentícia Danone® e o Mestrado Profissional em Nutrição: do Nascimento à Adolescência, do Centro Universitário São Camilo. Como resultado, foi elaborado o e-book intitulado “Guia Alimentar: Estratégias Nutricionais para o Manejo da Alergia à Proteína do Leite de Vaca em crianças com Dificuldades Alimentares”, estruturado em capítulos que abordam conceitos sobre APLV, dificuldades alimentares, estratégias práticas de manejo durante as refeições e sugestões de receitas adaptadas. Conclui-se que materiais educativos baseados em evidências científicas podem auxiliar famílias no manejo da APLV, contribuindo para a ampliação da variedade alimentar e para a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis na infância.

Palavras-chave: Hipersensibilidade a leite; seletividade alimentar; nutrição da criança; terapia nutricional.

ABSTRACT

Cow's milk protein allergy (CMPA) is one of the most common food allergies in childhood and is characterized by an adverse immune response to cow's milk proteins, which may occur through immunoglobulin E-mediated, non-IgE-mediated, or mixed mechanisms. The elimination of cow's milk and its derivatives is the main treatment strategy; however, dietary restriction may negatively affect nutritional status, reduce dietary variety, and contribute to feeding difficulties such as food selectivity, food neophobia, and food refusal. Educational strategies directed toward families are therefore essential to promote safe, balanced, and diversified diets for children with CMPA. The objective of this study was to develop a digital educational manual in the format of an e-book for parents and caregivers of children with CMPA and feeding difficulties, providing practical guidance on nutritional and behavioral management during mealtimes. The methodology consisted of an integrative literature review conducted in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Virtual Health Library databases, including studies published between 2004 and January 2026, as well as guidelines and scientific consensus documents. The development of the material was carried out through a partnership between the food industry company Danone® and the Professional Master's Program in Nutrition: From Birth to Adolescence at Centro Universitário São Camilo. As a result, an e-book entitled "Dietary Guide: Nutritional Strategies for Managing Cow's Milk Protein Allergy in Children with Feeding Difficulties" was developed, including chapters addressing CMPA concepts, feeding difficulties, practical mealtime management strategies, and adapted recipes. Educational materials based on scientific evidence may support families in managing CMPA and contribute to improving dietary variety and healthy eating behaviors in childhood.

Keywords: Milk hypersensitivity; food selectivity; child nutrition; nutritional therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 JUSTIFICATIVA	06
3 REVISÃO DE LITERATURA	07
3.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV): definição, epidemiologia, fisiopatologia, apresentação clínica e tratamento	07
3.1.1 Definição.....	07
3.1.2 Epidemiologia.....	07
3.1.3 Fisiopatologia	09
3.1.4 Apresentação clínica	
3.1.4.1 Forma IgE mediada.....	11
3.1.4.2 Forma não-IgE mediada.....	11
3.1.4.3 Forma mista.....	12
3.1.5 Tratamento	13
3.2 DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM APLV.....	14
3.3 IMPACTO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL DA APLV NA FAMÍLIA E NA ACEITAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL.....	16
3.4 MANEJO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DAS DIFICULDADES ALIMENTARES.....	18
4 OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
5 MÉTODOS.....	22
6 RESULTADOS.....	24
7 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE A.....	30
APÊNDICE B	80

1 INTRODUÇÃO

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma condição que afeta um número significativo de crianças em todo o mundo, sendo considerada um problema de saúde pública devido ao seu impacto nutricional e comportamental. A exclusão do leite de vaca, alimento essencial na infância, pode levar a déficits de cálcio, proteínas e outros nutrientes importantes para o crescimento e o desenvolvimento infantil (SOLÉ et al., 2018). A falta de substituições adequadas pode agravar esse quadro, especialmente em crianças em fase de crescimento acelerado (OLIVEIRA et al., 2025).

Além das implicações nutricionais, a dieta restritiva pode influenciar negativamente o comportamento alimentar, contribuindo para o desenvolvimento de seletividade, neofobia alimentar e hábitos alimentares pouco variados (VENTER et al., 2017). A variedade alimentar, definida pelo número de diferentes alimentos ou grupos alimentares consumidos, é um dos pilares de uma dieta equilibrada. Quando reduzida, pode favorecer não apenas carências nutricionais, mas também excessos inadequados de determinados nutrientes (GIANNETTI et al., 2021).

Estudos indicam que crianças com APLV apresentam menor variedade alimentar em comparação com aquelas sem restrições alimentares (MASLIN et al., 2015; MASLIN et al., 2016). Isso é particularmente preocupante, pois dietas restritivas podem comprometer o consumo de outros grupos alimentares fundamentais como carnes, frutas, verduras e legumes (MASLIN et al., 2016; GIANNETTI et al., 2021).

Um estudo transversal e multicêntrico realizado na Polônia com 144 crianças com diagnóstico confirmado de APLV e 88 com suspeita da condição mostrou que um terço das crianças com APLV apresentou comprometimento do estado nutricional. A desnutrição leve foi a mais prevalente, embora também tenha sido observado risco de sobrepeso. Além disso, dificuldades alimentares foram registradas em 16% dos casos e associadas a maior risco de desnutrição moderada (DZIECHCIARZ et al., 2024).

A variedade alimentar também se relaciona à tolerância imunológica. A introdução e exposição a diferentes alimentos na infância pode reduzir o risco de desenvolvimento de novas alergias, promovendo uma resposta imune equilibrada

(FLOM; SICHERER, 2019). No entanto, o medo de reações adversas leva muitas famílias a evitarem múltiplos alimentos, o que reduz a diversidade da dieta e pode favorecer a substituição por produtos ultraprocessados (ROSENLUND et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2025).

Diante dessas dificuldades, intervenções educativas focadas na aceitação de alimentos mostram-se promissoras. Estratégias como a exposição repetida a vegetais por meio de e-books infantis têm demonstrado efeitos positivos na aceitação alimentar (MASENTO et al., 2022). De acordo com Masento et al. (2022), apenas duas semanas de exposição repetida aos e-books resultaram em um aumento significativo na disposição das crianças para provar, gostar e consumir os vegetais apresentados. No mesmo estudo, observou-se que os vegetais incluídos nos livros foram mais aceitos do que os vegetais de controle, que não haviam sido apresentados visualmente às crianças ao longo da intervenção. Essa familiarização visual, baseada na repetição e no envolvimento lúdico, pode ser especialmente útil em populações com dietas restritivas, como a das crianças com APLV, que frequentemente apresentam seletividade alimentar e menor variedade na dieta (MASLIN et al., 2015; MASLIN et al., 2016; DZIECHCIARZ et al., 2024).

Outro fator relevante é o papel dos pais no comportamento alimentar infantil. Eles atuam como modelos, influenciando a forma como os alimentos são oferecidos e percebidos (YEE; LWIN; HO, 2017). Estratégias como o envolvimento da criança na preparação dos alimentos e a modelagem de atitudes positivas podem aumentar o prazer e a aceitação alimentar. Por outro lado, a ansiedade dos pais diante dos alimentos potencialmente alergênicos pode restringir ainda mais a variedade alimentar da criança (VAN DER HORST et al., 2012).

A literatura destaca que a orientação nutricional adequada é fundamental para assegurar o aporte de macro e micronutrientes em dietas de exclusão. As diretrizes internacionais mais recentes (JENSEN-JAROLIM et al., 2022), juntamente com o posicionamento brasileiro mais atual, reforçam a necessidade de um acompanhamento individualizado e multiprofissional para o manejo eficaz da APLV (OLIVEIRA et al., 2025)

Estudos de coorte sugerem que padrões alimentares seletivos podem persistir mesmo após o término da dieta de exclusão, especialmente quando não há intervenção precoce (MASLIN et al., 2016; JARDIM-BOTELHO et al., 2026). Além disso, há evidências de que o consumo alimentar em longo prazo pode ser impactado pela experiência vivida durante a exclusão, levando a aversões ou preferências alimentares restritas (MASLIN et al., 2016). Em casos mais extremos, observa-se a evolução para transtornos como o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), o que reforça a necessidade de vigilância e suporte contínuos (OLIVEIRA et al., 2025).

2 JUSTIFICATIVA

Garantir que crianças com APLV tenham uma alimentação equilibrada é essencial para o crescimento saudável, porém esse cuidado vai além da exclusão alimentar. A APLV está associada a dificuldades alimentares como seletividade, neofobia e menor aceitação de novos alimentos, possivelmente relacionadas a experiências negativas precoces com a alimentação e a fatores emocionais e familiares. Assim, é fundamental adotar uma abordagem integrada que considere não apenas os aspectos nutricionais, mas também os comportamentais e psicossociais, promovendo uma relação mais saudável com a alimentação.

Nesse sentido, a criação de recursos educativos voltados ao apoio das famílias é de grande relevância. Materiais como e-books instrutivos podem oferecer informações práticas e acessíveis, orientando pais e cuidadores sobre como promover uma dieta segura, nutritiva e diversificada, mesmo diante das restrições impostas pela exclusão do leite de vaca.

Este projeto originou-se a partir de uma necessidade observada pela indústria alimentícia Danone®, que ao atuar diretamente no suporte a crianças com APLV por meio de fórmulas especializadas, materiais educativos e iniciativas de inclusão social, identificou os desafios enfrentados pelas famílias no manejo alimentar diário. Apesar do diagnóstico confirmado, muitos pais e cuidadores ainda se sentem inseguros quanto à oferta de uma alimentação equilibrada e variada, especialmente diante das exigências nutricionais específicas e das restrições impostas pela condição. Essa percepção, construída a partir da experiência prática da empresa com profissionais de saúde e famílias, evidenciou a importância de desenvolver ferramentas educativas acessíveis e baseadas em evidências científicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: definição, epidemiologia, fisiopatologia, apresentação clínica e tratamento.

3.1.1 Definição:

A alergia alimentar (AA) é definida como uma condição clínica na qual o sistema imunológico reage de forma anômala, exacerbada e reprodutível à exposição a um determinado alimento, mesmo em quantidades normalmente bem toleradas por indivíduos saudáveis. Essa reação imunológica pode ocorrer por mecanismos mediados por imunoglobulina E (IgE), não mediados por IgE ou mecanismos mistos, o que determina a diversidade das manifestações clínicas observadas em crianças e adultos (SOLE et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2025).

É essencial distinguir alergia alimentar de intolerância alimentar. Enquanto a primeira envolve mecanismos imunológicos específicos, a segunda resulta de reações adversas a alimentos que não envolvem o sistema imune, sendo atribuídas a causas metabólicas, farmacológicas, tóxicas ou ainda desconhecidas. Essa diferenciação é crítica, pois implica abordagens diagnósticas e terapêuticas completamente distintas. Portanto, a característica que define a AA em relação a outras reações adversas a alimentos é sua origem imunológica, sendo essa definição o ponto de partida para a classificação, investigação clínica e manejo adequado dos casos de APLV (SOLE et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2025).

3.1.2 Epidemiologia

A AA, incluindo a APLV, é considerada um problema de saúde pública global, com prevalência crescente nas últimas décadas. Estudos estimam que até 10% da população geral possa apresentar algum tipo de alergia alimentar, sendo a APLV o tipo mais comum na primeira infância, afetando de 2% a 3% das crianças nos primeiros anos de vida, com maior prevalência em menores de 1 ano (VANDENPLAS et al., 2022). A variabilidade da prevalência mundial reflete não apenas as diferenças genéticas e ambientais entre as populações, mas também os critérios diagnósticos empregados e as metodologias dos estudos epidemiológicos. A industrialização, a urbanização, as mudanças no estilo de vida e os fatores ambientais desde a gestação são apontados como potenciais influenciadores desse aumento expressivo (SOLE et

al., 2018; OLIVEIRA et al., 2025).

No Brasil, os dados disponíveis sobre a prevalência de AA ainda são escassos e frequentemente baseados em autorrelato. Estudo realizado com gastroenterologistas pediátricos apontou uma incidência de suspeita de APLV de 2,2% e uma prevalência de 5,4% entre crianças avaliadas (JORDANI et al., 2021). Outros estudos demonstram discrepância entre relatos de alergia alimentar por parte dos pais e a confirmação diagnóstica por teste de provocação oral (TPO) que é o padrão ouro para definição do quadro (SOLE et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2025). Gonçalves et al., 2016 identificaram que 23,5% dos pais relataram alergia alimentar em seus lactentes, mas apenas 1,9% dos casos foram confirmados por TPO, sendo o leite de vaca o principal agente causal. Entre pré-escolares, a prevalência autorrelatada foi de 17,2%, com confirmação de apenas 0,61%. Já em adultos brasileiros, 10,8% relataram sintomas sugestivos de alergia alimentar, mas apenas 1,0% foram confirmados clinicamente. Os principais alimentos envolvidos nesses casos foram leite de vaca, ovo, camarão, carne de porco, frutas e vegetais (OLIVEIRA et al., 2025). Além disso, estudos apontam que a prevalência da anafilaxia alimentar é subestimada, principalmente em países em desenvolvimento. No Brasil, dados de um hospital pediátrico em São Paulo mostraram incidência de anafilaxia de 0,013% a 0,016% entre 2017 e 2019, com o leite de vaca figurando entre os principais alérgenos, junto com nozes, frutos do mar e trigo (OLIVEIRA et al., 2025).

Um estudo multicêntrico realizado em centros de referência de alergia no país, evidenciou aumento na sensibilização ao leite de vaca, amendoim e milho entre 2004 e 2016, sugerindo uma tendência crescente na prevalência das alergias alimentares (SOLE et al., 2018). Apesar disso, a dificuldade de acesso a diagnóstico especializado e a ausência de bancos de dados epidemiológicos amplos tornam desafiadora a estimativa precisa da magnitude do problema em nível nacional (SOLE et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2025).

Entretanto, a real prevalência da APLV permanece controversa. Estudos como o EuroPrevall, conduzido com coortes de nascimento e sem viés de seleção, mostraram incidência de apenas 0,54% de APLV confirmada por teste de provocação oral (TPO) em uma amostra de mais de 9 mil crianças europeias acompanhadas até 2 anos. As taxas variaram de <0,3% (Lituânia, Alemanha, Grécia) até 1% (Reino Unido e Países Baixos). Além disso, 23,6% das crianças com APLV confirmada não

apresentavam IgE específica detectável, e a taxa de resolução espontânea foi de 69% após um ano, sendo maior nos casos não mediados por IgE (100%) do que nos IgE-mediados (57%) (VANDENPLAS et al., 2022).

Em lactentes exclusivamente amamentados, a prevalência de APLV é geralmente baixa, entre 0,4% e 0,5%, embora alguns relatos indiquem até 2,1%, sugerindo superdiagnóstico nesse grupo. A reação alérgica mediada por IgE em bebês amamentados por mães que consomem o alimento envolvido (como leite, ovo, amendoim ou trigo) é estimada como $\leq 1:1000$. Essas discrepâncias podem estar relacionadas a diferenças genéticas, critérios diagnósticos utilizados, e fatores como tipo de parto, uso precoce de antibióticos, alimentação e composição da microbiota (VANDENPLAS et al., 2022).

Em crianças maiores e adultos, a prevalência tende a diminuir com o tempo, especialmente nas formas IgE-mediadas. Dados de estudos multicêntricos europeus mostram queda da sensibilização específica ao leite de vaca de 4% aos 2 anos para menos de 1% aos 10 anos (OLIVEIRA et al., 2025; VANDENPLAS et al., 2022). Em adolescentes, a prevalência de APLV confirmada por teste duplo-cego controlado por placebo foi inferior a 1%, embora até 14,5% relatem hipersensibilidade ao leite (OLIVEIRA et al., 2025). Uma revisão narrativa recente estimou uma prevalência global autorrelatada de APLV de 6,0%, mas com prevalência real por desafio alimentar de apenas 0,6%, indicando uma taxa dez vezes menor e evidenciando o problema do superdiagnóstico (VANDENPLAS et al., 2022).

3.1.3 Fisiopatologia

O trato gastrointestinal representa uma extensa interface entre o organismo e o meio externo. Além de sua função primária de digestão e absorção de nutrientes, ele exerce um papel imunológico fundamental ao atuar como barreira seletiva contra microrganismos e antígenos alimentares. Sob condições normais, o sistema imunológico intestinal reconhece e tolera os componentes alimentares, impedindo a ativação de respostas inflamatórias. Essa tolerância oral é um processo ativo e regulado, cuja falha está no cerne da fisiopatologia das alergias alimentares, incluindo a APLV (OLIVEIRA et al., 2025; JENSEN-JAROLIM et al., 2022).

Em indivíduos saudáveis, a exposição a proteínas alimentares leva à produção de imunoglobulinas como IgG e IgA, sem indução de sintomas clínicos. Entretanto, quando há falhas na aquisição ou manutenção da tolerância oral, desenvolve-se uma

resposta imune exacerbada. Essa resposta pode ocorrer por mecanismos mediados por IgE, não mediados ou mistos, resultando em quadros clínicos variados. As causas dessas falhas são multifatoriais e incluem alterações na composição da microbiota intestinal, maior permeabilidade da mucosa, desequilíbrios na apresentação antigênica e predisposição genética (OLIVEIRA et al., 2025).

A tolerância oral depende da captação eficiente dos antígenos no lúmen intestinal por diferentes vias, incluindo as células M, vias transcelular e paracelular, células caliciformes e dendritos de macrófagos. Uma vez captado, o antígeno é processado por células dendríticas especializadas (CD103+), que o apresentam a linfócitos T naive nos linfonodos mesentéricos. Esses linfócitos são então diferenciados em linfócitos T reguladores (Treg), por influência de mediadores como TGF- β e ácido retinóico. A função dos Treg é suprimir respostas inflamatórias indesejadas, promovendo um estado de tolerância local e sistêmica. A falha nesse eixo de regulação resulta em ativação da resposta Th2 e manifestação clínica da APLV (OLIVEIRA et al., 2025).

A microbiota intestinal exerce papel determinante nesse processo. Alterações em sua composição, principalmente nos primeiros meses de vida, afetam negativamente a indução da tolerância oral. Espécies como *Clostridium*, bifidobactérias e bacteroides estão associadas à proteção contra a sensibilização alérgica. Além disso, essas bactérias contribuem para a integridade da mucosa intestinal, modulação do sistema imune e prevenção da dismotilidade intestinal. A falência dessa rede de interação entre barreira epitelial, imunidade inata e microbiota cria um ambiente propício à inflamação e ao desenvolvimento de hipersensibilidades alimentares (OLIVEIRA et al., 2025).

Na ausência de métodos diagnósticos laboratoriais para aferir tolerância oral, especialmente nos casos não mediados por IgE, a única maneira prática de verificar esse estado é por meio da reexposição supervisionada ao alimento (TPO). Dessa forma, a fisiopatologia da APLV pode ser compreendida como o resultado de uma ruptura em mecanismos de regulação imunológica intestinal que deveriam garantir a tolerância frente aos antígenos dietéticos, mas que, por múltiplas razões, falham e desencadeiam reações adversas clinicamente relevantes (OLIVEIRA et al., 2025; JENSEN-JAROLIM et al., 2022).

3.1.4 Apresentação clínica

3.1.4.1 Forma Mediada por IgE

As reações alérgicas mediadas por imunoglobulina E (IgE), classificadas como de tipo I segundo Gell e Coombs, são desencadeadas por falhas na manutenção da tolerância oral. O sistema imunológico reconhece erroneamente a proteína alimentar como uma ameaça, ativando uma resposta inflamatória do tipo Th2. Essa via imunológica é caracterizada pela produção de citocinas como IL-4 e IL-5, que induzem linfócitos B à produção de IgE específica, que, por sua vez, se liga a receptores de alta afinidade em mastócitos e basófilos, preparando o organismo para reações subsequentes (OLIVEIRA et al., 2025; JENSEN-JAROLIM et al., 2022).

O primeiro contato com o alérgeno gera a sensibilização, ou seja, presença de IgE específica, sem manifestação clínica. Em exposições posteriores, a ligação do alérgeno aos anticorpos IgE provoca degranulação celular e liberação de mediadores inflamatórios como histamina e prostaglandinas, responsáveis pelos sintomas imediatos. Entre as manifestações clínicas mais comuns estão urticária, angioedema, náuseas, vômitos e sintomas respiratórios. A forma mais grave da APLV mediada por IgE é a anafilaxia, uma emergência médica com risco de morte que exige reconhecimento e tratamento imediato (OLIVEIRA et al., 2025).

3.1.4.2 Forma Não Mediada por IgE

As formas não mediadas por IgE ocorrem por mecanismos imunológicos alternativos, muitas vezes mediados por linfócitos T, sem envolvimento da IgE específica detectável em exames. Essas manifestações são mais tardias e, por isso, difíceis de diagnosticar. Envolvem sintomas predominantemente gastrointestinais, como diarreia crônica, vômitos persistentes, dor abdominal, recusa alimentar e constipação, podendo comprometer o crescimento e o desenvolvimento infantil (OLIVEIRA et al., 2025; JENSEN-JAROLIM et al., 2022).

Condições como enteropatia induzida por proteína alimentar, enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) e proctocolite alérgica se enquadram nesse grupo. A resposta imune nessas condições inclui infiltração da mucosa intestinal por linfócitos CD8+ e CD4+, eosinófilos e mastócitos, além de aumento de citocinas inflamatórias como TNF- α e IFN- γ . A deficiência na expressão de TGF- β , fundamental para a homeostase imunológica da mucosa intestinal, também está envolvida. A

resposta Th1 ou mista (Th1/Th2) pode ser observada nesses quadros, com possível liberação de triptase e proteína catiônica eosinofílica, marcadores inflamatórios detectáveis nas fezes. Um dos quadros mais frequentemente associados à APLV não-IgE mediada na primeira infância é a proctocolite alérgica induzida por proteína alimentar (FPIAP), caracterizada por sangramento retal em lactentes jovens. De acordo com Lemoine et al. (2021), cerca de um terço dos casos de sangramento retal em bebês alimentados com fórmula láctea está relacionado à APLV, sendo que a tolerância costuma ser adquirida antes dos 10 meses de idade em grande parte dos casos. O estudo reforça a importância do teste diagnóstico com dieta de exclusão e reintrodução programada do leite para confirmação da condição e avaliação da resolução clínica (LEMOINE et al., 2021).

3.1.4.4 Formas Mistas de APLV

As formas mistas da APLV envolvem mecanismos mediados e não mediados por IgE, sendo a esofagite eosinofílica (EoE) o principal exemplo clínico. Trata-se de uma doença inflamatória crônica do esôfago, caracterizada por infiltração eosinofílica, sintomas de disfagia e retenção alimentar. A EoE compartilha características imunológicas com as demais alergias alimentares, como resposta Th2 exacerbada, com produção de IL-5, IL-13 e eotaxina-3, associada à disfunção da barreira epitelial e remodelação tecidual (OLIVEIRA et al., 2025; JENSEN-JAROLIM et al., 2022).

Estudos demonstram que a eliminação de alimentos, especialmente leite e trigo, é capaz de induzir remissão clínica e histológica em até 74% dos casos. A eosinofilia periférica é encontrada em 40% a 50% dos pacientes, e a comorbidade com outras doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica e dermatite atópica, é frequentemente observada. A fisiopatologia da EoE envolve ainda mecanismos neuroimunes e desregulação epitelial, contribuindo para sua cronicidade e recidiva após reintrodução alimentar (OLIVEIRA et al., 2025).

As atuais Diretrizes de Diagnóstico e Justificativa para Ação contra Alergia ao Leite de Vaca (DRACMA) da Organização Mundial de Alergia (WAO), destacam que os principais alérgenos do leite de vaca, como a caseína e a beta-lactoglobulina, mantêm sua atividade antigênica mesmo após processamento de cocção, o que explica a persistência da reação em alguns pacientes (JENSEN-JAROLIM et al., 2022). Além disso, a presença de APLV não-IgE mediada costuma estar relacionada a quadros mais sutis e de diagnóstico mais desafiador, como enterocolite induzida por

proteína alimentar (FPIES), proctocolite e enteropatia induzida por proteínas (MEYER et al., 2019).

Essas manifestações clínicas, embora comuns, têm um impacto significativo não apenas sobre o bem-estar físico da criança, mas também sobre seu comportamento alimentar. Os sintomas persistentes como cólicas, vômitos, constipação, regurgitações e dor abdominal podem gerar associações negativas com a alimentação, contribuindo para o surgimento de dificuldades alimentares (OLIVEIRA et al., 2025).

A recusa alimentar, por exemplo, pode se desenvolver como um mecanismo de defesa da criança diante de experiências alimentares dolorosas ou desconfortáveis. O desconforto gastrointestinal crônico induzido pela APLV — especialmente nas formas não mediadas por IgE, é um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de comportamentos alimentares seletivos, recusa persistente e alimentação de baixo volume (OLIVEIRA et al., 2025; ARAÚJO, 2015).

Além disso, em lactentes que apresentam quadros como proctocolite alérgica ou enteropatia induzida por proteínas, o desconforto e os sintomas persistentes associados à ingestão alimentar frequentemente resultam em uma aversão progressiva aos alimentos, dificultando a introdução de novos grupos alimentares e comprometendo a variedade e qualidade da dieta (Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP, 2022).

Outro ponto relevante é o papel dos cuidadores nesse processo. Frente à dificuldade em identificar com precisão os alimentos desencadeantes e diante do medo de reações adversas, muitos pais tendem a restringir não apenas o leite de vaca, mas também outros alimentos potencialmente seguros. Essa prática, ainda que bem-intencionada, favorece o empobrecimento da dieta e reforça padrões seletivos de alimentação, perpetuando um ciclo de insegurança alimentar e deficiências nutricionais (RODRIGUES et al., 2022; SBP, 2021).

3.1.5 Tratamento

O tratamento da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) baseia-se em três pilares principais: a exclusão rigorosa do alimento alergênico, a manutenção de uma dieta nutricionalmente adequada e o manejo das reações agudas (OLIVEIRA et al., 2025). A dieta de eliminação do leite de vaca e seus derivados é a estratégia central, sendo indispensável para o alívio dos sintomas e a prevenção de reações adversas. No entanto, essa abordagem exige cuidado para não comprometer a qualidade

nutricional da alimentação da criança e, principalmente, não agravar comportamentos alimentares já vulneráveis (RODRIGUES et al., 2022; SBP, 2021).

A orientação dietética individualizada é essencial e deve considerar a faixa etária, o estado nutricional, os hábitos alimentares familiares e o grau de seletividade alimentar da criança. A exclusão rigorosa de alimentos alergênicos pode resultar na limitação do repertório alimentar e contribuir para deficiências de macro e micronutrientes, especialmente cálcio, vitamina D, ferro e zinco, caso não haja substituições adequadas (OLIVEIRA et al., 2025; SBP, 2024). Este cenário se torna ainda mais crítico quando a criança já apresenta histórico de seletividade, recusa alimentar ou medo de experimentar novos alimentos (RODRIGUES et al., 2022; SBP, 2021).

A retirada precoce e prolongada do leite de vaca, além de interferir no aporte nutricional, também impacta o desenvolvimento do paladar e do comportamento alimentar (RODRIGUES et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2025).

Além disso, a ansiedade dos cuidadores frente à possibilidade de reações alérgicas pode levar à evitação excessiva de outros alimentos não implicados na alergia, mas erroneamente considerados de risco. Essa prática, muitas vezes não orientada por profissionais, agrava a monotonia alimentar e reforça padrões seletivos, dificultando ainda mais a reintrodução alimentar e a promoção de uma dieta variada (SBP, 2021; VANDENPLAS et al., 2022).

3.2 DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM APLV

As dificuldades alimentares (DAs) representam uma condição multifatorial e de grande prevalência na infância, com implicações clínicas, nutricionais e psicossociais importantes. Em crianças com APLV, essas dificuldades ocorrem com maior frequência e complexidade, frequentemente associadas a experiências alimentares negativas, exclusões dietéticas rigorosas e ansiedade familiar em torno da alimentação (CHEBAR-LOZINSKY et al., 2024).

As DAs em crianças com APLV podem se manifestar de diversas formas, desde recusa alimentar passiva até resistência ativa diante da introdução de novos alimentos, afetando negativamente a rotina familiar e o estado nutricional. Crianças com histórico de reações adversas ao leite de vaca frequentemente associam a alimentação a experiências desagradáveis, como dor abdominal, náuseas ou episódios de vômito, o que contribui para a instalação de respostas aversivas

persistentes. Além disso, o desenvolvimento natural da seletividade, comum entre 1 e 3 anos de idade, pode ser intensificado nesses casos, evoluindo para padrões mais graves, como neofobia alimentar e comportamento *picky eating*. Essas manifestações estão relacionadas não apenas ao histórico alérgico, mas também ao perfil sensorial da criança, à ansiedade alimentar desenvolvida precocemente e à dificuldade de autorregulação diante de estímulos alimentares novos ou consistências diferentes (SBP, 2022; RODRIGUES et al., 2022)

Em um estudo multicêntrico realizado na Polônia com 232 crianças menores de dois anos, Dziechciarz et al. (2024) identificaram que 16% das crianças com APLV apresentavam dificuldades alimentares, sendo essas um fator de risco significativo para desnutrição moderada. Os autores apontam que apesar da baixa prevalência, as dificuldades alimentares foram associadas a um risco dez vezes maior de desnutrição moderada (DZIECHCIARZ et al., 2024).

Além disso, segundo o posicionamento conjunto de Oliveira et al. (2025), as dificuldades alimentares em crianças com APLV ocorrem com maior prevalência do que em crianças sem alergias alimentares, especialmente na forma de recusa alimentar, seletividade, menor apetite e monotonia alimentar (OLIVEIRA et al., 2025). Esses comportamentos impactam negativamente a adequação nutricional, o crescimento linear e o estado de saúde geral da criança (MEYER et al., 2014).

Rodrigues et al. (2022) demonstraram, em um estudo transversal com crianças de 2 a 5 anos, que aquelas submetidas a dietas de exclusão do leite de vaca apresentaram maior frequência de dificuldades alimentares, especialmente comportamentos de *picky eating* e maiores escores de problemas alimentares, quando comparadas a crianças sem restrições dietéticas. Esses achados foram associados a menor escore Z de peso para idade, além de sintomas como constipação e náuseas, indicando que tanto a dieta restritiva quanto manifestações clínicas pregressas, como recusa alimentar e inapetência, contribuem para o desenvolvimento e perpetuação das dificuldades alimentares nesse grupo (RODRIGUES et al., 2022). Os estilos parentais exercem papel determinante no comportamento alimentar infantil, especialmente em crianças com necessidades alimentares específicas, como aquelas com APLV. De acordo com o modelo teórico de Baumrind (1966), posteriormente aprimorado por Maccoby e Martin (1983), pais autoritativos, aqueles que combinam exigência e responsividade, favorecem o desenvolvimento de crianças mais seguras, cooperativas e com maior autonomia. Em contrapartida, estilos

parentais autoritários, negligentes ou excessivamente permissivos têm sido associados a dificuldades de socialização, baixa autoestima e desregulação emocional. Esses efeitos se refletem diretamente no contexto alimentar: pais negligentes tendem a não oferecer estímulo ou repertório alimentar variado; já pais autoritários podem gerar medo, tensão e evitação alimentar pela imposição rígida, sem abertura ao diálogo. No cenário brasileiro, estudos apontam que o estilo parental negligente está entre os mais prevalentes e se associa a contextos familiares menos favoráveis ao desenvolvimento, com piores desfechos comportamentais, afetivos e escolares (JARDIM-BOTELHO et al., 2026; JORDANI et al., 2021; WEBER et al., 2004). Esses achados reforçam a necessidade de considerar o clima emocional e educativo da família como elemento central no manejo de dificuldades alimentares. (WEBER et al., 2004).

Adicionalmente, os pais dessas crianças frequentemente apresentam medo de reações adversas e tendem a restringir desnecessariamente grupos alimentares além do leite, o que acarreta um ciclo de limitação alimentar e reforça o risco de deficiências e distúrbios alimentares como o TARE (Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo) (OLIVEIRA et al., 2025).

3.3 IMPACTO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL DA APLV NA FAMÍLIA E NA ACEITAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL

A APLV repercute diretamente na saúde mental dos cuidadores. Em estudo recente, Jung et al. (2023) observaram que pais de crianças com alergias alimentares apresentavam maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse, especialmente na presença de histórico de anafilaxia. A severidade da alergia alimentar, particularmente a presença de anafilaxia, foi um preditor significativo de sofrimento psicológico parental.

Crianças com APLV, devido às restrições impostas pela dieta de exclusão, podem ter contato reduzido com determinados grupos alimentares, o que favorece a manutenção ou agravamento da recusa alimentar. Esse cenário, quando somado à sobrecarga emocional dos cuidadores e a práticas parentais inadequadas, como pressão para comer ou insistência excessiva, pode contribuir para padrões alimentares restritivos, dificultando a diversificação da dieta e o alcance de adequação nutricional. (TORRES; GOMES; MATTOS, 2021).

A APLV impõe desafios significativos à rotina familiar, impactando tanto a dinâmica do lar quanto a qualidade de vida dos cuidadores. De acordo com Yonamine et al. (2013), muitos familiares relataram dificuldades na aceitação do diagnóstico e na adaptação inicial à dieta de exclusão, especialmente devido à falta de conhecimento sobre a condição e às mudanças necessárias na alimentação cotidiana. Além disso, enfrentaram resistência de outros membros da família e comunidade em seguir as restrições alimentares, o que gerou conflitos e dificuldades adicionais no manejo da doença. Por isso o envolvimento da escola é crucial para criar um ambiente seguro e inclusivo para criança (YONAMINE et al., 2013).

Outro fator que agrava o impacto na rotina familiar é o custo elevado dos alimentos isentos de leite e a dificuldade em encontrá-los. No estudo de Yonamine et al. (2013), alguns cuidadores relataram que precisavam procurar esses produtos em diferentes estabelecimentos, o que demandava tempo e gerava um ônus financeiro significativo. Outro desafio é o medo constante de reações alérgicas, sobretudo as anafiláticas, que deixa os cuidadores em alerta permanente. Esse estresse faz com que, muitas vezes, precisem mudar sua rotina de trabalho para estarem sempre por perto e garantir a segurança da criança. Esses aspectos reforçam a necessidade de suporte contínuo às famílias e da disseminação de informações sobre APLV para a sociedade e profissionais de saúde (YONAMINE et al., 2013).

A insegurança vivenciada por pais e cuidadores diante do risco de reações adversas frequentemente os leva a restringir não apenas o leite de vaca, mas também outros grupos alimentares não relacionados à alergia. Esse comportamento, motivado pelo medo, cria um ciclo de limitação alimentar que agrava a seletividade, dificulta a reintrodução de novos alimentos e aumenta o risco de deficiências nutricionais (VAN DER HORST et al., 2012). O Guia de Orientações sobre Dificuldades Alimentares, elaborado pelo Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, ressalta que práticas parentais como evitação excessiva, pressão para comer e substituições alimentares sem orientação adequada estão diretamente associadas a dificuldades alimentares persistentes (SBP, 2022; BOGNANNI et al., 2024)

Além disso, Oliveira et al. (2025) relatam que cerca de um terço das crianças com APLV já vivenciaram situações de exclusão ou constrangimento devido a sua

condição, o que impacta negativamente sua autoestima e dificulta a interação social. A adesão estrita à dieta de exclusão torna-se, assim, um fator estressante para a família, comprometendo a qualidade de vida global e criando barreiras adicionais à introdução de novos alimentos.

Cuidados excessivamente cautelosos, especialmente na ausência de uma equipe multiprofissional, podem gerar um fardo emocional desnecessário para os cuidadores e afetar a relação da criança com a alimentação (OLIVEIRA et al., 2025).

3.4 MANEJO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DAS DIFICULDADES ALIMENTARES

O manejo das dificuldades alimentares em crianças com APLV deve ser individualizado, respeitando o estágio de desenvolvimento da criança, a gravidade da alergia e o contexto familiar. De acordo com Meyer et al. (2014), crianças com alergias alimentares que apresentam dificuldades alimentares requerem avaliação clínica, orientação dietética especializada e, em muitos casos, suporte psicológico e terapia fonoaudiológica (MEYER et al., 2014).

O Manual de Alimentação da SBP (2024) recomenda o uso de fórmulas extensamente hidrolisadas ou à base de aminoácidos conforme a tolerância individual, enfatizando que as fórmulas vegetais devem ser utilizadas com cautela. Também reforça a necessidade de monitoramento regular de crescimento, ingestão de micronutrientes e diversidade alimentar (SBP, 2024).

A exposição repetida e positiva aos alimentos é uma das estratégias mais eficazes para ampliar o repertório alimentar. No estudo de Masento et al. (2022), crianças que foram expostas a e-books com imagens de vegetais apresentaram maior aceitação dos alimentos apresentados, mesmo sem consumo imediato. A familiarização visual pode ser uma ferramenta poderosa na promoção da aceitação alimentar na primeira infância (MASENTO et al., 2022).

A abordagem de alimentação responsiva, na qual os cuidadores reconhecem e respeitam os sinais de fome e saciedade da criança, mostrou-se eficaz na redução da seletividade e na promoção de hábitos saudáveis (YEE; LWIN; HO, 2017). A orientação contínua, aliada ao apoio emocional dos cuidadores, é essencial para o sucesso do manejo clínico-nutricional da APLV (YEE; LWIN; HO, 2017).

As estratégias de manejo da APLV envolvem a educação contínua dos

familiares sobre os cuidados necessários, especialmente em relação à alimentação e ao reconhecimento de sinais de reações alérgicas. Segundo Yonamine et al. (2013), os familiares ressaltam a importância de aprender a identificar alimentos permitidos e proibidos, realizar a leitura de rótulos e planejar refeições de forma segura, reconhecendo o papel ativo da família na prevenção de reações adversas e no apoio ao tratamento.

Além dos cuidados relacionados à exclusão alimentar, o manejo das dificuldades alimentares em crianças com APLV demanda uma abordagem multidisciplinar. Como apontado pelos mesmos autores, nutricionistas, médicos e psicólogos devem atuar de forma integrada, oferecendo suporte tanto técnico quanto emocional aos cuidadores. Isso inclui ações de educação nutricional para os pais, estratégias comportamentais para reduzir a seletividade alimentar, como a exposição gradual a novos alimentos e o reforço positivo, bem como a orientação sobre práticas parentais que favoreçam um ambiente alimentar acolhedor e respeitoso. Nesse sentido, práticas coercitivas, como a pressão para comer, devem ser evitadas, enquanto a autonomia da criança na escolha de alimentos seguros e saudáveis deve ser incentivada (YONAMINE et al., 2013).

Em consonância com essas estratégias, o Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022) destaca que o sucesso das intervenções nutricionais está diretamente relacionado à escuta ativa da família, à avaliação cuidadosa do padrão alimentar da criança e à identificação precoce de fatores comportamentais, sensoriais e ambientais. O documento reforça ainda a importância de práticas como o respeito aos sinais de fome e saciedade, a oferta regular e variada de alimentos e a atuação multiprofissional para garantir não apenas o crescimento e desenvolvimento adequados, mas também o bem-estar emocional da criança e de seus cuidadores (SBP, 2022).

Diretrizes nacionais alertam que dietas restritivas, como as utilizadas por crianças com APLV, requerem atenção especializada para garantir o aporte adequado de nutrientes (ALMEIDA et al., 2018). O Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN, 2018) destaca que, em situações de exclusão alimentar prolongada, é fundamental o acompanhamento multiprofissional, com avaliação periódica do crescimento e da composição corporal, além da consideração do uso racional de suplementos nutricionais, especialmente de cálcio, ferro, vitamina D e zinco. Segundo o documento a suplementação deve ser personalizada, baseada em

achados clínicos, laboratoriais e na ingestão habitual da criança (ALMEIDA et al., 2018).

A caracterização das dificuldades alimentares na infância requer uma abordagem que considere não apenas o comportamento alimentar, mas também os aspectos médicos, nutricionais, de habilidade funcional e emocionais, o que reforça a necessidade de protocolos clínicos padronizados e equipes interdisciplinares especializadas (SHARP et al., 2022).

Por fim, a adoção de recomendações baseadas em evidências é fundamental para orientar diagnósticos e manejos adequados, enquanto os avanços científicos permitirão, progressivamente, o desenvolvimento de abordagens mais personalizadas para o cuidado de crianças com APLV (ARASI; CAFAROTTI; FIOCCHI, 2022).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um material instrucional destinado a pais e cuidadores de crianças com APLV e dificuldades alimentares.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os principais aspectos relacionados à APLV, incluindo definição, manifestações clínicas, diagnóstico e manejo nutricional;
- Apresentar os principais conceitos e características das dificuldades alimentares na infância e influência das práticas parentais no comportamento alimentar infantil;
- Propor estratégias de manejo durante as refeições para facilitar a aceitação de novos alimentos;
- Desenvolver sugestões de preparações e receitas adaptadas para crianças com APLV, visando favorecer a variedade alimentar.

5 MÉTODOS

Em reunião com a equipe do setor de marketing da indústria alimentícia Danone®, juntamente com o pesquisador principal, a orientadora e a coorientadora do trabalho, definiu-se a produção de um material instrucional destinado a pais e cuidadores de crianças com APLV e com dificuldades alimentares. O tema central acordado foi o manejo nutricional e comportamental destas crianças, considerando-se esta a principal demanda identificada pelo setor em relação ao apoio às famílias e à adesão dietética.

Desta forma, o estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de desenvolver um manual educativo, em forma de e-book, voltado para pais e cuidadores de crianças com APLV e dificuldades alimentares menores de 3 anos de idade. A pesquisa adotou estratégia de busca nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de 2004 a janeiro de 2026. Embora o foco temporal da análise tenha priorizado a produção científica dos últimos dez anos, artigos originais publicados entre 2004 a 2016 foram incluídos por sua relevância técnica, indispensáveis para a fundamentação teórica do tema. Para tanto, foram utilizados termo MeSH específicos em inglês combinados por operadores booleanos: (“Milk Hypersensitivity” OR “Cow’s Milk Protein Allergy”) AND (“Feeding and Eating Disorders of Childhood” OR “Food Preferences” OR “Food Selectivity”) AND (“Pediatric Nutrition” OR “Nutritional Management”), com filtros para idioma (português/inglês/espanhol), tipo de estudo, seguida de leitura integral e avaliação qualitativa de evidências para compor o material instrucional.

A seleção de estudos priorizou aqueles que abordavam aspectos relacionados às necessidades nutricionais de crianças com APLV, estratégias de aceitação alimentar e manejo de dietas restritivas. Estudos que incluíram intervenções nutricionais práticas e avaliação da variedade alimentar em crianças com APLV foram considerados relevantes para o desenvolvimento do conteúdo.

Esta estrutura hierárquica, utilizando operadores OR para expandir sinônimos dentro de cada domínio e AND para cruzar os conceitos entre si, permitiu otimizar a sensibilidade e especificidade da busca. Ao integrar diretrizes consagradas e estudos sobre seletividade alimentar, o método eliminou resultados irrelevantes e garantiu o rigor científico do e-book. Esse processo minimizou o viés de publicação, deixando o material final mais fidedigno à revisão de literatura.

Com base nos dados coletados, foram elaborados capítulos que contemplam informações sobre o manejo alimentar e estratégias para introdução de novos

alimentos, além de um capítulo com receitas práticas.

O e-book foi estruturado em quatro capítulos, cada um focado em aspectos essenciais da APLV e do manejo nutricional em crianças com restrições alimentares.

Capítulo 1. Conceito de APLV: apresenta as definições, mecanismos imunológicos, manifestações clínicas e diagnóstico da APLV. O conteúdo foi descrito com linguagem acessível, facilitando a compreensão dos principais conceitos.

Capítulo 2. Conceito de dificuldade alimentar: este capítulo aborda as definições e características das dificuldades alimentares, incluindo o diagnóstico e a influência do estilo parental.

Capítulo 3. Como lidar com uma criança que apresenta APLV e dificuldades alimentares: este capítulo integrou os conteúdos abordados anteriormente, oferecendo orientações práticas para o manejo diário de crianças com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e dificuldades alimentares. Foram apresentados infográficos ilustrativos e sugestões de estratégias que favoreçam a aceitação alimentar, o planejamento das refeições e a condução das situações desafiadoras durante a alimentação.

Capítulo 4. Receitas práticas para pacientes com APLV e dificuldade alimentar: este capítulo foi elaborado para a aplicação prática dos conceitos apresentados, com sugestões de receitas adaptadas para crianças com APLV que apresentem seletividade alimentar. O foco foi a promoção de variedade alimentar e o uso de preparações simples e acessíveis, respeitando as restrições alimentares e preferências infantis.

Destaca-se que este material foi construído também com o intuito de subsidiar outros materiais futuros para educação médica continuada, bem como para fomentar o site instrucional da indústria alimentícia Danone®.

6 RESULTADOS

Como resultado deste estudo e dissertação de mestrado, foi elaborado um manual digital em formato de e-book, intitulado "**GUIA ALIMENTAR - Estratégias Nutricionais para o Manejo da Alergia à Proteína do Leite de Vaca em crianças com Dificuldades Alimentares**" (Apêndice A), direcionado a pais e cuidadores. O desenvolvimento deste material atendeu a uma demanda identificada pela indústria alimentícia Danone®, que observou a necessidade de oferecer suporte prático às famílias que manejam a APLV no dia a dia.

Nos capítulos do e-book, além dos conceitos fundamentais sobre a APLV e as dificuldades alimentares associadas, são fornecidas estratégias práticas para o manejo durante as refeições, com o objetivo de facilitar a aceitação de novos alimentos e promover uma dieta mais diversificada e nutricionalmente adequada. O conteúdo aborda desde a leitura de rótulos e o planejamento de refeições seguras até a proposição de receitas adaptadas e atividades que incentivam uma relação positiva da criança com a comida, oferecendo aos pais e cuidadores ferramentas para lidar com a recusa e a seletividade de forma paciente e construtiva. O e-book foi concebido para ser um recurso de apoio, visando instrumentalizar as famílias e melhorar a qualidade de vida das crianças com APLV.

O material consolidou a parceria firmada entre a Danone® e o Mestrado Profissional em Nutrição: do Nascimento à Adolescência, do Centro Universitário São Camilo, unindo a experiência de mercado da empresa à pesquisa acadêmica para criar uma solução relevante e baseada em evidências científicas.

7 CONCLUSÃO

A elaboração deste material instrucional reforça a importância do cuidado permanente da alimentação da criança com restrição na dieta, especialmente naquelas com APLV e dificuldades alimentares. Mais do que restrições dietéticas, essas crianças e suas famílias frequentemente enfrentam desafios emocionais, sociais e nutricionais que podem impactar diretamente a qualidade de vida e o desenvolvimento infantil.

Nesse contexto, a construção deste material representa uma contribuição relevante para a prática clínica, para a educação em saúde e para o suporte às famílias, ao transformar evidências científicas em orientações acessíveis e aplicáveis à rotina. Além de favorecer maior segurança no manejo alimentar, o e-book tem potencial para promover autonomia parental, reduzir inseguranças relacionadas à alimentação da criança com APLV e contribuir para uma relação mais positiva desta com os alimentos. Assim, espera-se que este trabalho possa ampliar discussões sobre o cuidado integral na infância e gerar impacto social ao apoiar famílias e profissionais no enfrentamento de uma condição cada vez mais presente na prática pediátrica.

REFERÊNCIAS

SOLÉ, Dirceu et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 1 – Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 7–38, 2018.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 2: Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 39–82, 2018.

MASLIN, K. et al. Fussy eating and feeding difficulties in infants and toddlers consuming a cows' milk exclusion diet. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 26, n. 6, p. 503–508, 2015.

MASLIN, K. et al. Dietary variety and food group consumption in children consuming a cows' milk exclusion diet. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2016. DOI: 10.1111/pai.12606.

GIANNETTI, A. et al. Cow's milk protein allergy as a model of food allergies. *Nutrients*, v. 13, n. 5, p. 1525, 2021. DOI: 10.3390/nu13051525.

DZIECHCIARZ, P. et al. Nutritional status and feeding difficulties in children up to 2 years of age with cow's milk allergy: a multicenter study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, n. 1, p. 131–139, 2024. DOI: 10.1002/jpn3.12139.

FLOM, J. D.; SICHERER, S. H. Epidemiology of cow's milk allergy. *Nutrients*, v. 11, n. 5, p. 1051, 2019. DOI: 10.3390/nu11051051.

MASENTO, N. A. et al. See and eat! The impact of repeated exposure to vegetable ebooks on young children's vegetable acceptance. *Appetite*, v. 169, p. 106447, 2022. DOI: 10.1016/j.appet.2022.106447.

YEE, A. Z. H.; LWIN, M. O.; HO, S. S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, n. 1, p. 47, 2017. DOI: 10.1186/s12966-017-0501-3.

VANDENPLAS, Y. et al. An ESPGHAN Position Paper on the Diagnosis, Management and Prevention of Cow's Milk Protein Allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, n. 5, p. 705–729, 2022. DOI: 10.1097/MPG.0000000000003566.

JENSEN-JAROLIM, E. et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines update-III: Cow's milk allergens and mechanisms triggering immune activation. *World Allergy Organization Journal*, v. 15, p. 100668, 2022. DOI: 10.1016/j.waojou.2022.100668.

LEMOINE, A. et al. Rectal bleeding and cow's milk protein-induced allergic

proctocolitis: A prospective study. *Clinical & Experimental Allergy*, v. 51, n. 12, p. 1610–1614, 2021. DOI: 10.1111/cea.13896.

SKYPALA, I. J.; MCKENZIE, R. Food allergy and intolerance: the role of the dietitian. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 31, n. 3, p. 309–317, 2018. DOI: 10.1111/jhn.12515.

SAVOVA, V. et al. Current insights into cow's milk allergy in children: Microbiome, metabolome and immune regulation. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 35, p. e14061, 2024. DOI: 10.1111/pai.14061.

VENTER, C.; MAZZOCCHI, A.; MASLIN, K.; AGOSTONI, C The impact of elimination diets on nutrition and growth in children with multiple food allergies. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 30, n. 3, p. 239–245, 2019. DOI: 10.1111/pai.13025.

CHEBAR-LOZINSKY, A. et al. Assessing feeding difficulties in children presenting with non-IgE-mediated gastrointestinal food allergies: A cross-sectional study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2024.

OLIVEIRA, Lucila Camargo Lopes de et al. Atualização em alergia alimentar 2025: Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 9, n. 1, p. 5–96, 2025. DOI: 10.5935/2526-5393.20250003.

JUNG, S. Y. et al. Psychological distress and perceived burden in parents of children with food allergy: A nationwide survey. *Children*, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2023. DOI: 10.3390/children10010077.

BOGNANNI, A. et al. Psychological distress and perceived burden in caregivers of children with food allergies: A global perspective. *World Allergy Organization Journal*, v. 17, n. 1, p. 100818, 2024. DOI: 10.1016/j.waojou.2023.100818.

MEYER, R. et al. Feeding difficulties in children with food protein-induced gastrointestinal allergies. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 58, n. 6, p. 737–742, 2014. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000343.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de alimentação: da infância à adolescência, na escola e na comunidade. 5. ed. São Paulo: SBP, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de orientações - Dificuldades alimentares. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2022. 66 p.

OKUIZUMI, G. S. A. et al. Fatores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, e2018363, 2020. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018363.

MASLIN, K. et al. Cows' milk exclusion diet during infancy: Is there a long-term effect on children's eating behaviour and food preferences? *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 27, p. 141–146, 2016.

ROSENLUND, H. et al. Fruit and vegetable consumption in relation to allergy: Disease-related modification of consumption? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 127, n. 5, p. 1219–1225, 2011. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.11.019.

THOMAS, J. J. et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, v. 19, n. 8, p. 54, 2017. DOI: 10.1007/s11920-017-0819-y.

BIALEK-DRATWA, E. et al. Application of food chaining and flavor-flavor learning in children with food aversion: a narrative review. *Nutrients*, v. 14, n. 10, p. 2016, 2022. DOI: 10.3390/nu14102016.

TOCA, M. C. et al. Conocimiento sobre el diagnóstico y el tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca por un grupo de gastroenterólogos pediatras en Ibero-latinoamérica. *Revista de Gastroenterología de México*, v. 85, n. 4, p. 382–389, 2020. DOI: 10.1016/j.rgmex.2019.08.002.

ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de. et al. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *International Journal of Nutrology*, v. 11, n. S 01, p. S4-S15, Set. 2018. DOI:10.1055/s-0038-1670717. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/Consenso-Suplementao-ABRAN.pdf>.

RODRIGUES, Vanessa Cristina de Castro; SPERIDIÃO, Patrícia da Graça Leite; SANUDO, Adriana; MORAIS, Mauro Batista. Feeding difficulties in children fed a cows' milk elimination diet. *British Journal of Nutrition*, v. 128, n. 6, p. 1190–1199, 2022. DOI: 10.1017/S0007114521004165.

TORRES, Thamara de Oliveira; GOMES, Daiene Rosa; MATTOS, Mússio Pirajá. Fatores associados à neofobia alimentar em crianças: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 39, e2020089, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/xsn45fp4ZVngJGRBFSqPFyx/?lang=pt>

ARASI, Stefania; CAFAROTTI, Arianna; FIOCCHI, Alessandro. Cow's milk allergy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, v. 22, n. 3, p. 181–187, jun. 2022.

SHARP, William G. et al. Toward better understanding of pediatric feeding disorder: a proposed framework for patient characterization. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 75, n. 3, p. 351–355, 2022. DOI: 10.1097/MPG.0000000000003519.

YONAMINE, Glauce Hiromi; CONTIM, Divanice; MOSCHIONE CASTRO, Ana Paula Beltran; JACOB, Cristina Miuki Abe; PASTORINO, Antonio Carlos. Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 58–64, 2013.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj; PRADO, Paulo Müller; VIEZZER, Ana Paula; BRANDENBURG, Olivia Justen. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 323–331, 2004.

JARDIM-BOTELHO A, de OLIVEIRA MBB, MOTTA-FRANCO J, MARTINS TG, VIEIRA SCF, BARRETO IDC, et al. Effect of cow's milk protein allergy during infancy on eating behavior at 4 years of age: A cohort study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2026;1-10. doi: 10.1002/jpn3.70348.

JORDANI MT, GUIMARAES IGC, SILVA TA, ALVES L, BRAGA CMB, LUZ SAB. Clinical and nutritional profile of children with cow's milk protein allergy. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2021;54(4):e176348.

VAN DER HORST, KLAZINE. *Overcoming picky eating: eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors.* *Appetite*, v. 57, n. 3, p. 803–806, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.12.019>

GONÇALVES, L. C. P.; GUIMARÃES, T. C. P.; SILVA, R. M.; CHEIK, M. F. A.; NÁPOLIS, A. C. R.; SILVA, G. B. E.; SEGUNDO, G. R. S. Prevalence of food allergy in infants and pre-schoolers in Brazil. *Allergologia et Immunopathologia*, v. 44, n. 6, p.497–503,2016.DOI:10.1016/j.aller.2016.04.009.

GUIA ALIMENTAR

**ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS PARA O MANEJO DA ALERGIA
À PROTEÍNA DO LEITE DE VACAS EM CRIANÇAS COM
DIFICULDADES ALIMENTARES**



AUTOR

JESSÉ RODRIGUES GALVÃO

Médico formado pela Universidade do Estado do Pará (2002).

Residência em Pediatria pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (2005).

Especialização em Gastroenterologia Pediátrica pela Universidade Federal de São Paulo (2008).

Título de Especialista em Pediatria e Gastroenterologia pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Mestre em Nutrição do Nascimento à Adolescência – Centro Universitário São Camilo.



ORIENTADORA

Profa. Dra. Fernanda Ferreira Corrêa

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Anhembi Morumbi (2005), especialização (2007), mestrado (2009) , doutorado (2013) em Pediatria e Ciências Aplicadas a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo e é pós-doutora pelo programa da FSP/USP.

Atualmente é docente do curso de Nutrição do Centro Universitário São Camilo e do Mestrado Profissional em Nutrição: do Nascimento à Adolescência. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Gastroenterologia Pediátrica.



COORDINADORA

Profa. Dra. Aline de Piano Ganen

Coordenadora do Curso Profissional em Nutrição: do Nascimento à Adolescência do Centro Universitário São Camilo. Docente do Mestrado Profissional em Nutrição e da Graduação em Nutrição do Centro Universitário São Camilo. Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (2003). Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Análise Nutricional de População e sua linha de pesquisa é Obesidade .

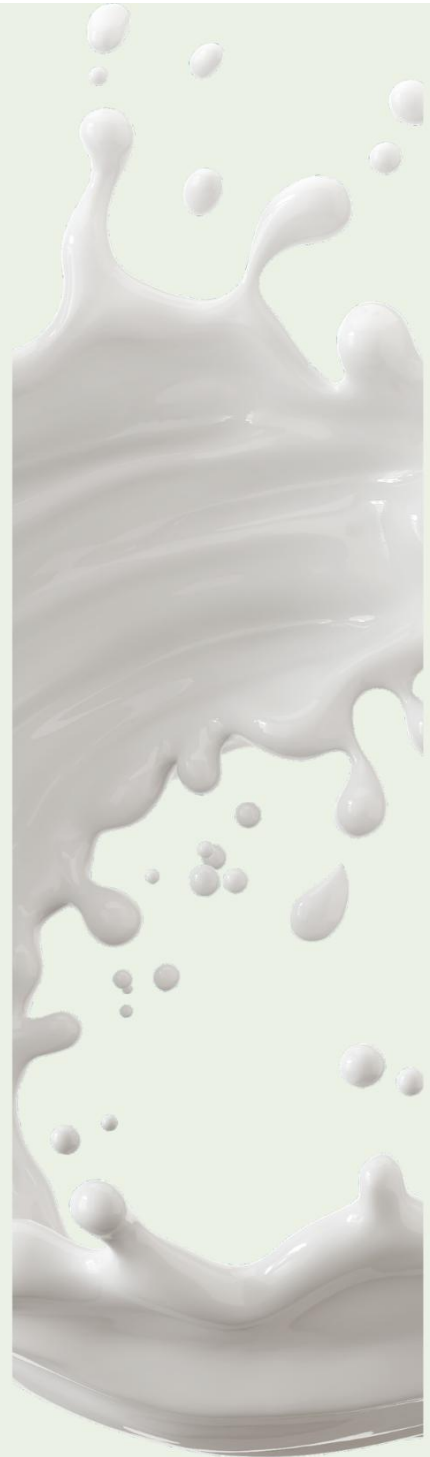


APRESENTAÇÃO

Cuidar da alimentação de uma criança com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode trazer muitos desafios. Com isso, além da necessidade de retirar o leite e seus derivados da dieta, muitas famílias passam a lidar também com dificuldades alimentares; como recusa, pouca variedade no prato e resistência para experimentar novos alimentos.

Essas situações podem gerar insegurança, dúvidas e preocupação com o crescimento e a saúde da criança.

A APLV é uma das alergias alimentares mais frequentes na infância e exige atenção constante na escolha dos alimentos. No entanto, a restrição alimentar pode, em alguns casos, reduzir a diversidade da dieta e tornar o momento das refeições mais difícil. Experiências anteriores de desconforto ou mal-estar também podem influenciar a forma como a criança se relaciona com a comida, contribuindo para comportamentos de recusa ou seletividade.



APRESENTAÇÃO

Este e-book foi criado para apoiar pais e cuidadores de crianças com APLV e dificuldades alimentares, como por exemplo a seletividade alimentar. Aqui você encontrará explicações claras sobre a APLV, como ela se manifesta e por que pode influenciar o comportamento alimentar. O material traz orientações práticas para o dia a dia, com estratégias para ampliar a variedade da dieta, tornar as refeições mais tranquilas e garantir uma alimentação segura e equilibrada. O conteúdo apresenta os conceitos essenciais, discute os impactos das dificuldades alimentares e integra sugestões de manejo no cotidiano familiar.

Também inclui receitas adaptadas, pensadas para respeitar as restrições e incentivar maior diversidade no prato, fortalecendo a confiança da família.



A QUEM ESTE E-BOOK SE DESTINA?

A pais e cuidadores de crianças
com APLV e dificuldades
alimentares



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – ENTENDENDO A APLV	08
Definição e fisiopatologia · Epidemiologia · Formas clínicas · Diagnóstico · Tratamento · Aleitamento materno · Prognóstico	
CAPÍTULO 2 – QUANDO COMER VIRA UM DESAFIO	16
Conceito de dificuldades alimentares · Sinais de alerta · Relação entre APLV e comportamento alimentar · Principais manifestações · Influência parental · Impacto familiar	
CAPÍTULO 3 – COMO LIDAR NA PRÁTICA COM UMA CRIANÇA COM APLV E DIFICULDADES ALIMENTAR ?.....	23
Compreensão do comportamento alimentar · Ambiente acolhedor · Progressão gradual · Estratégias do dia a dia · Comunicação nas refeições · Escada do Comer · Condução de situações difíceis ·	
CAPÍTULO 4 – RECEITAS PRÁTICAS	33
Princípios das preparações · Receitas salgadas · Receitas doces e lanches · Aplicação no cotidiano	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



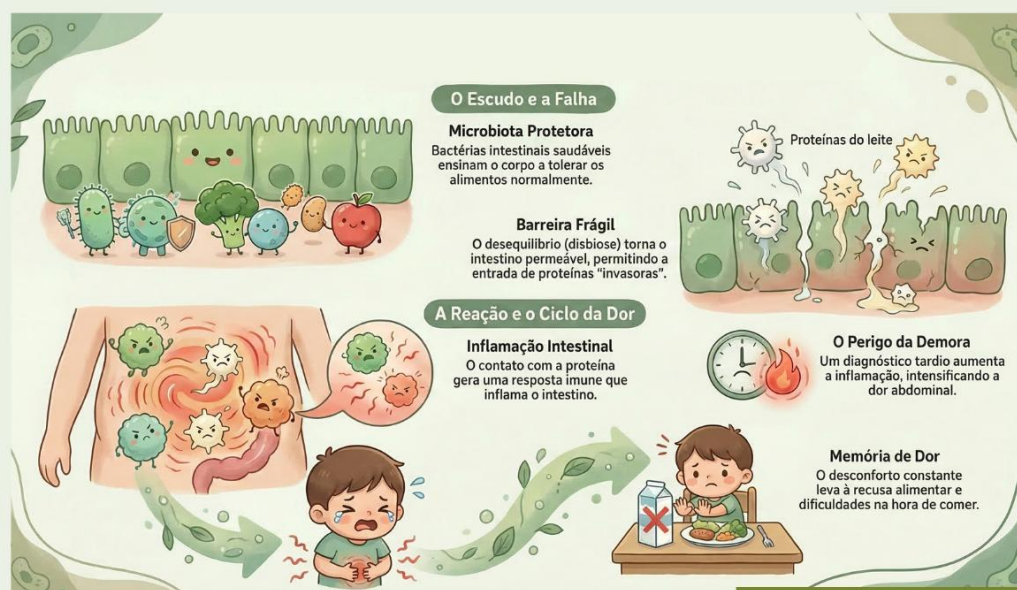
CAPÍTULO 1

ENTENDENDO A ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)

Receber o diagnóstico de APLV pode ser assustador. A rotina muda, os rótulos passam a ser analisados com atenção e, muitas vezes, cresce o medo de que qualquer descuido provoque sintomas no seu filho. Este capítulo foi escrito especialmente para caminhar ao seu lado e ajudar você a compreender o que realmente acontece com o corpo da criança com APLV, pois quando entendemos o porquê das coisas, tudo fica um pouco mais leve.

O QUE É A APLV E COMO ELA ACONTECE?

A APLV acontece quando o sistema de defesa da criança identifica as proteínas do leite como se fossem perigosas e, em vez de tolerar, o organismo reage de forma rápida ou tardia, provocando sintomas que variam de leves a graves. Essas proteínas estão presentes em praticamente todos os derivados lácteos, desde queijos e iogurtes até alimentos industrializados que levam leite na formulação; são conhecidas como caseína, lactoglobulina e proteínas do soro do leite.



Fonte: próprio autor com IA

POR QUE HÁ TANTAS CRIANÇAS COM APLV HOJE?

Existem várias coisas que influenciam nesse assunto. As bactérias que vivem no nosso intestino, conhecidas como microbiota intestinal, ajudam a proteger nosso corpo de reações alérgicas aos alimentos. Quando essas bactérias não estão equilibradas, como pode acontecer após um parto cesáreo, a criança pode ficar mais propensa a ter alergias. Se isso acontecer, o corpo reage toda vez que a proteína do alimento é consumida. Por isso, é importante descobrir o problema rapidamente; quanto mais tempo demorarmos, mais o intestino fica inflamado, aumentando o risco de dor na barriga e dificuldades para comer.



Importante: Lactose não é o problema na APLV. O que causa a alergia é a proteína. Portanto, produtos "zero lactose" continuam proibidos, porque mantêm a proteína do leite em sua composição.



QUAIS SÃO AS FORMAS DE APRESENTAÇÃO?

Existem três formas principais de apresentação da APLV, e compreender cada uma ajuda muito no reconhecimento das reações:



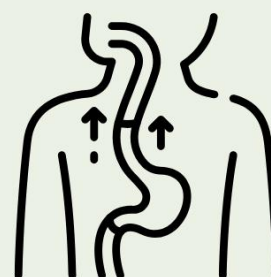
Imediatas

É a forma mais rápida de reação. Os sinais aparecem poucos minutos ou até 2 horas após o contato. Sintomas comuns incluem: irritação na pele, vômitos, lábios inchados, dificuldade para respirar, inchaço na garganta e choque alérgico.



Tardias

Os sintomas demoram mais horas ou dias para aparecer. Relacionados ao sistema digestivo: diarreia, sangue nas fezes, refluxo forte, cólicas, prisão de ventre e irritação.



Mista

Combina características das duas anteriores. Por exemplo, a esofagite eosinofílica causa dor ao engolir, sensação de que a comida está presa e engasgos. São casos mais complicados.

COMO IDENTIFICAR?

O diagnóstico começa com uma boa conversa com o Pediatra ou especialista em alergia alimentar. Entender o que a criança comeu, quando reagiu e como reagiu é passo fundamental. O diagnóstico é clínico e depende da história da criança.



HISTÓRICO DETALHADO

O médico avalia sintomas, quando aparecem, alimentos consumidos e histórico familiar de alergias.



DIETA DE EXCLUSÃO

A proteína do leite é retirada da dieta da criança (e da mãe que amamenta) por 2 a 4 semanas para observar melhora dos sintomas.



TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL

Após a dieta de exclusão do leite e melhora dos sintomas, o teste de provocação deve ser feito de forma controlada pelo médico para confirmar APLV

EXAMES COMPLEMENTARES

Testes de pele (prick test) ou exames de sangue (IgE específica) podem ajudar nos casos de reação imediata.

COMO TRATAR?

O tratamento da APLV envolve três pilares principais:



Excluir

Leite e derivados são retirados da dieta. Inclui leitura atenta de rótulos: caseína, lactoalbumina, lactoglobulina, caseinato e manteiga são nomes do leite.



Garantir nutrição

Monitorar crescimento e variedade no prato. Não restringir mais do que o necessário. Cada caso é único.



Planejar ações

Ter um plano de ação claro para o caso de exposição acidental, incluindo uso de medicamentos de resgate se prescrito.

Muitas crianças precisam de fórmulas especiais (extensamente hidrolisadas ou à base de aminoácidos) especialmente quando pequenas e não estão em aleitamento materno. Lembrando que bebês com APLV podem e devem ser amamentados, desde que a mãe faça a exclusão alimentar da proteína do leite de vaca.

COMO TRATAR?

Quando há suspeita de APLV, o diagnóstico é feito através de uma dieta de exclusão temporária. O objetivo é observar se os sintomas desaparecem ao retirar o leite de vaca da alimentação do bebê (ou da mãe) por um período de teste.

Três Caminhos na Suspeita de APLV



Bebê em Aleitamento Materno Exclusivo

Manter o peito e iniciar dieta materna. A mãe exclui leite e derivados da sua dieta por 2 a 4 semanas.



Bebê em Uso de Fórmula (Sintomas Leves ou Moderados)

Troca para Fórmula Extensamente Hidrolisada (FeH) ou de Arroz (FHA). Estas fórmulas "quebram" as proteínas para reduzir a chance de reação alérgica.



Bebê em Uso de Fórmula (Sintomas Graves ou Anafilaxia)

Uso imediato de Fórmula de Aminoácidos (FAA). Indicada para casos de maior risco, sendo totalmente isenta de proteínas inteiras.



O Prazo de Ouro: 2 a 4 Semanas

Avaliação e Confirmação

Reavaliar os sintomas com o médico após o período de teste.



Houve Melhora dos Sintomas?

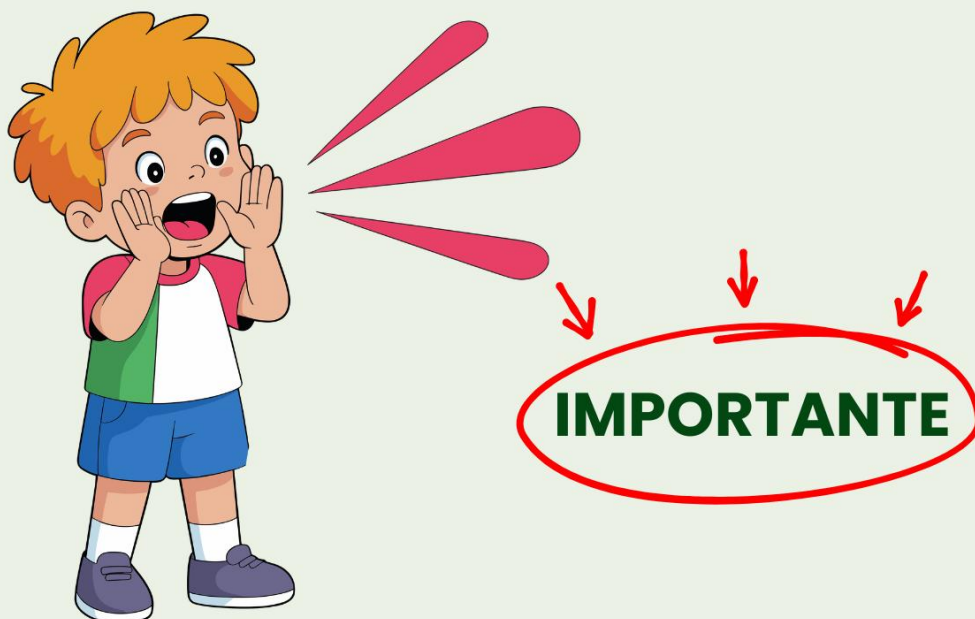
Realizar o Teste de Provocação Oral (TPO) para confirmar. O médico orientará a reintrodução gradual para verificar se os sintomas retornam.



Se Não Houve Melhora

Investigar outros diagnósticos com o pediatra. Se os sintomas persistem mesmo com a dieta correta, a causa pode não ser APLV.

Fonte: própria do autor com IA



O leite materno é o melhor alimento para o bebê, mesmo com APLV. Com a dieta materna de exclusão de proteína do leite de vaca, a amamentação deve ser mantida sempre que possível.





A APLV TEM CURA?

A boa notícia: sim, na maioria dos casos! Muitas crianças adquirem tolerância com o tempo, por volta dos 2 aos 3 anos de vida. A reintrodução não é uma vitória apenas nutricional, mas emocional; ela representa liberdade e confiança.

Sabemos que lidar com APLV é um desafio, especialmente porque influencia o apetite, a aceitação dos alimentos e até o comportamento da criança.

O próximo capítulo abre esse caminho.

CAPÍTULO 2



QUANDO COMER VIRA UM DESAFIO

Sentar-se à mesa com uma criança que já passou por dor ou desconforto após comer não é fácil. Os pais ficam cheios de perguntas: será que ela recusa por gosto ou por medo de reagir?

Este capítulo foi pensado para apoiar você a reconhecer sinais, entender seu surgimento e criar mais segurança para enfrentar as dificuldades alimentares com cuidado e gentileza.



O QUE SÃO DIFICULDADES ALIMENTARES?

Chamamos de dificuldade alimentar quando comer deixa de ser algo natural e passa a ser um desafio repetido. Isso pode acontecer de várias maneiras:

- recusar alimentos com frequência;
- aceitar poucas variedades;
- apresentar sofrimento à mesa;
- depender de distrações para conseguir comer.

É comum que crianças pequenas estranhem alimentos novos; isso faz parte do desenvolvimento, sobretudo entre 1 e 3 anos. O que preocupa é quando essa dificuldade **persiste, aumenta ou interfere no crescimento e na qualidade de vida** da criança e da família.

Sinais que merecem atenção especial:

- Perda de peso;
- Queda nas curvas de crescimento;
- Recusa persistente de grupos inteiros de alimentos como por exemplo frutas, verduras e legumes;
- Vômitos persistentes;
- Sofrimento intenso antes, durante ou depois de comer.



POR QUE CRIANÇAS COM APLV TÊM MAIS DIFICULDADE PARA COMER?

A APLV interfere não só no corpo, mas também na forma como a criança se relaciona com a comida. Quando comer já trouxe dor, refluxo, cólica, náusea ou desconforto, o corpo aprende a evitar. A recusa pode ser uma forma de proteção.

Outro ponto importante é a dieta restrita: quando o leite sai do cardápio, as oportunidades de variedade também diminuem, e quanto menor o contato com alimentos diferentes, maior a tendência à seletividade.

Além disso, o medo de reações pode deixar os pais tensos durante as refeições e a ansiedade dos adultos, mesmo que silenciosa, é percebida pela criança.



QUAIS SÃO AS DIFICULDADES MAIS COMUNS?



Seletividade alimentar (*picky eating*):

A criança aceita poucos alimentos, geralmente sempre os mesmos, prefere marcas específicas e rejeita pratos misturados.



Neofobia alimentar:

Medo de experimentar o novo. A criança precisa de várias oportunidades para se familiarizar com um alimento antes de aceitá-lo.

**Recusa persistente:**

Refeições longas, falta de apetite constante, muito tempo sem comer e baixo volume ingerido.

**Evasão e sofrimento à mesa:**

Choro ao ver o prato, náusea com cheiro de comida, fuga da cadeira.

**Dependência de telas ou distrações:**

A criança só aceita comer quando entretida, o que mantém o comportamento e dificulta o desenvolvimento de autonomia.



Fonte: próprio autor com IA

COMO O COMPORTAMENTO DOS PAIS INFLUENCIA O COMER?



AUTORITÁRIO

Muita rigidez e pouca escuta. Pode aumentar a insegurança e a recusa alimentar da criança.



PERMISSIVO

A criança decide tudo. Sem estrutura, pode reforçar a seletividade e limitar a variedade.



RESPONSIVO ✓

Adulto observa, interpreta e reage prontamente aos sinais de fome e saciedade da criança, incentivando a autonomia da criança.



NEGLIGENTE

Pais oferecem pouca variedade alimentar e tem impacto no comportamento e desempenho escolar.

As dificuldades alimentares não acontecem por falha dos pais: são resultado de um conjunto de fatores complexos. Reconhecer isso é o primeiro passo para agir com mais leveza e eficácia.



CAPÍTULO 3



COMO LIDAR NA PRÁTICA COM UMA CRIANÇA COM APLV E DIFICULDADES ALIMENTARES

Convivendo com esse binômio: APLV e dificuldades alimentares, muitas famílias enfrentam um desafio diário que mistura cuidado, preocupação e a busca constante por fazer o melhor.

Este capítulo reúne estratégias que realmente funcionam no cotidiano.

ANTES DE TUDO: ENTENDER O COMPORTAMENTO MUDA O CAMINHO

Crianças com APLV podem ter vivido dor, inflamação, refluxo, cólica, sangramento nas fezes e até medo depois de comer. Essas experiências criam memórias corporais, como se o corpo dissesse: "esse alimento me faz mal, melhor evitar".

Por isso, quando a criança recusa, não está fazendo "manha". É uma resposta natural a experiências passadas e, muitas vezes, a recusa é um mecanismo de proteção. Quanto mais nova a criança, mais forte essa associação pode acontecer. Quando os pais entendem esse processo com clareza, conseguem agir com mais leveza, empatia e firmeza ao mesmo tempo.





COMO CRIAR UM AMBIENTE ALIMENTAR QUE ACOLHE E INCENTIVA?

Rotina previsível de refeições

Ofereça três refeições principais e dois lanches estruturados. A previsibilidade ajuda a criança a regular o apetite e chegar à mesa com fome real. Crianças pequenas precisam de ritmo e a rotina dá segurança

Mesa tranquila faz diferença

Telas, brinquedos, correria e muita conversa paralela atrapalham a percepção dos sinais de fome e saciedade. A criança perde foco e passa a depender de estímulos externos para comer.

Antes de comer, explorar

A criança não precisa colocar o alimento na boca imediatamente. Explorar faz parte do processo: olhar, cheirar, tocar, lambear, observar a cor, perceber a textura. Tudo isso é avanço!

LEMBRANDO-SE: UM PASSO DE CADA VEZ.

Apresentar 1 alimento por vez

Monte o prato com: **1 alimento que a criança adora + 1 que aceita às vezes + 1 alimento novo ou pouco aceito, em porção minúscula.** Isso traz segurança e permite que a criança avance em contexto positivo.



O QUE REALMENTE FUNCIONA NO DIA A DIA?

- 🕒 Manter horários previsíveis de refeições
- 🍏 Montar pratos com um alimento preferido junto ao novo
- 🚫 Evitar punições, negociações e substituições imediatas do prato
- ♥️ Elogie o esforço, não a quantidade. "Você tocou no pepino hoje: isso foi corajoso!"

Assim, a criança não se sente cobrada e percebe que o processo é mais importante do que o resultado imediato



A COMUNICAÇÃO QUE FUNCIONA E A QUE ATRAPALHA

✓ Frases que ajudam

- ◆ "Essa cenoura é macia."
- ◆ "O brócolis tem cheiro gostoso de tempero."
- ◆ "A manga está bem doce hoje."
- ◆ "Gostei de ver você cheirando a beterraba."
- ◆ "Você lambeu o frango, isso já é um passo!"

✗ Frases que atrapalham

- ✗ "Come porque é saudável."
- ✗ "Se não comer, não tem sobremesa."
- ✗ "Você só vai levantar quando comer tudo."
- ✗ "Está com frescura!"
- ✗ "Olha o que o coleguinha come."

A LINGUAGEM USADA PELOS ADULTOS TEM IMPACTO DIRETO NO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA.

A Escadinha Sensorial: Transformando o Comer em uma Aventura

Para crianças que já sentiram dor ou desconforto ao comer, o alimento pode parecer uma ameaça. A 'Escadinha Sensorial' quebra a pressão da refeição em pequenos passos de exploração, permitindo a familiarização com o alimento através dos sentidos antes da ingestão.



Respeite o Tempo da Criança

Nunca force a comer direto; o objetivo é tornar o momento leve e prazeroso.



Elogie cada Pequeno Passo

Valorize o esforço de tocar ou cheirar, não apenas o ato de engolir.



Fonte: próprio autor com IA

COMO CONDUZIR SITUAÇÕES DIFÍCEIS NA PRÁTICA



Fonte: próprio autor com IA

**Lembre-se: as refeições podem, sim,
voltar a ser momentos de vínculo,
descoberta e prazer. Não existe caminho
perfeito, existe caminho possível.
Comemore cada novo passo.**



CAPÍTULO 4

RECEITAS PRÁTICAS PARA CRIANÇAS COM APLV E DIFICULDADE ALIMENTAR

Neste capítulo, vamos transformar tudo o que aprendemos até aqui em ação. As receitas foram pensadas para famílias que convivem com a APLV e com dificuldades alimentares. A ideia é facilitar a rotina, ampliar o repertório alimentar e criar momentos agradáveis com a comida. Sempre que possível, inclua a criança no preparo: participar ajuda a diminuir a seletividade e fortalece a relação com os alimentos. Lembre: o processo importa mais do que o resultado.





PRINCÍPIOS DAS RECEITAS

Preparações com poucos ingredientes e sabores conhecidos deixam a criança mais segura e tendem a ter melhor aceitação.

Cada criança tem sua história com os alimentos. As receitas incluem formas de substituir ingredientes, reduzindo resistências e ampliando o cardápio gradualmente.

A recusa na primeira vez não é motivo de desistência. Siga oferecendo pequenas quantidades com frequência

Todas as receitas são naturalmente livres de leite de vaca e derivados

RECEITAS SALGADAS

1. Iscas de Frango com "Capa" Crocante

Ingredientes

- 2 filés de peito de frango
- 1 colher de sopa de azeite de oliva
- Sal a gosto
- 1 xícara de flocos de milho sem açúcar (corn flakes) triturados ou flocão de milho

Rendimento: 2 porções infantis

Modo de Preparo

1. Tempere o frango apenas com sal e azeite e a seguir triture, moldando em tiras.
2. Passe as tiras nos flocos triturados, pressionando bem para grudar (sem ovo).
3. Disponha em assadeira antiaderente.
4. Asse a 200°C por 15–20 minutos, até dourar.



RECEITAS SALGADAS

2. O "Queijinho" de Batata Baroa (Mandioquinha)

Ingredientes

- 2 mandioquinhas médias cozidas e descascadas
- 2 colheres de sopa de azeite de oliva
- ½ xícara da água do cozimento (aos poucos)
- Sal a gosto

Rendimento: 1 pote pequeno (pode congelar)

Modo de Preparo

1. Cozinhe a mandioquinha até desmanchar.
2. Bata no liquidificador com azeite, sal e água do cozimento aos poucos.
3. Bata até obter um creme elástico e liso ("puxa-puxa").



RECEITAS SALGADAS

3. Panquecas Verdes do "Hulk"

Ingredientes

- 1 xícara de folhas de espinafre cruas lavadas
- 1 xícara de farinha de aveia (ou arroz)
- 1 ovo
- 150 ml de água ou bebida vegetal adequada
- 1 pitada de sal

Rendimento: 6 a 8 panquequinhas

Modo de Preparo

1. Bata todos os ingredientes no liquidificador até massa verde homogênea.
2. Aqueça frigideira antiaderente untada.
3. Despeje pequenas conchas e doure dos dois lados.



RECEITAS SALGADAS

4. Muffins de Legumes "Escondidos"

Ingredientes

- 2 ovos
- ½ abobrinha ralada (espremida)
- 1 cenoura pequena ralada
- 4 colheres de sopa de farinha de arroz ou aveia
- sal e orégano
- 1 colher de chá de fermento

Rendimento: 6 muffins pequenos

Modo de Preparo

1. Misture os ovos com os legumes ralados.
2. Adicione farinha e temperos. Por último, o fermento.
3. Coloque em forminhas de cupcake untadas.
4. Asse a 180°C por 20 minutos.



RECEITAS SALGADAS

5. Macarrão com Molho Cremoso de Abóbora

Ingredientes

- 2 xícaras de abóbora cabotiá cozida
- ½ cebola pequena refogada em azeite
- Água ou bebida vegetal para dar ponto
- Macarrão de arroz ou grano duro (sem ovos/leite)

Rendimento: 2 a 3 porções de molho

Modo de Preparo

1. Processe a abóbora cozida com a cebola refogada até virar creme liso. Pingue água se necessário
2. Misture ao macarrão cozido imediatamente.



RECEITAS SALGADAS

6. Batata Rústica Assada com Alecrim

Ingredientes

- 2 batatas inglesas
- 2 colheres de sopa de azeite
- Ramos de alecrim fresco (opcional)
- Sal a gosto

Rendimento: 2 porções

Modo de Preparo

1. Lave bem as batatas e corte em gomos com casca.
2. Misture com azeite, sal e alecrim em tigela.
3. Asse a 200°C por 30–40 min, virando na metade.



DOCES E LANCHES

7. Shake Super Nutritivo

Ingredientes

- 1 banana congelada ou 5 morangos
- 150 ml de água ou água de coco
- 2 Medidas da fórmula especializada (hidrolisada ou aminoácidos) conforme prescrição nutricional

Rendimento: 1 copo grande

Modo de Preparo

1. Bata a fruta com a água no liquidificador.
2. Adicione a fórmula apenas no final e pulse para misturar (não bata muito).
3. Sirva gelado.



DOCES E LANCHES

8. Cookies de 2 Ingredientes

Ingredientes

- 1 banana nanica bem madura
- 1 xícara de aveia em flocos (finos ou grossos)
- Canela (opcional)

Rendimento: 8 a 10 cookies

Modo de Preparo

1. amasse a banana até formar um purê
2. Adicione a aveia e misture bem com uma espátula ou colher até que toda a aveia esteja incorporada e a mistura pareça uma massa de biscoito pegajosa.
3. Use uma colher de sopa para colocar porções da massa na assadeira preparada. Como esses cookies não se espalham no forno, use a colher ou os dedos levemente úmidos para achatá-los no formato desejado.
4. Asse por 12 a 15 minutos em forno pré-aquecido a 180°C, ou até que as bordas estejam douradas e firmes ao toque.
5. Sirva completamente frio



DOCES E LANCHES

9. "Danoninho" de Inhame

Ingredientes

- 2 inhames médios cozidos (sem casca)
- 1 xícara de morangos picados (ou manga/frutas vermelhas)
- 1 colher de sobremesa de açúcar demerara ou mel (apenas para > 2 anos)

Rendimento: 3 potinhos

Modo de Preparo

1. Cozinhe o inhame sem casca até amolecer
2. Bata o inhame ainda morno com as frutas no liquidificador. Não precisa de água, as frutas soltam líquido.
3. Leve à geladeira por 2 horas para firmar.



DOCES E LANCHES

10. Picolé de Fruta Real

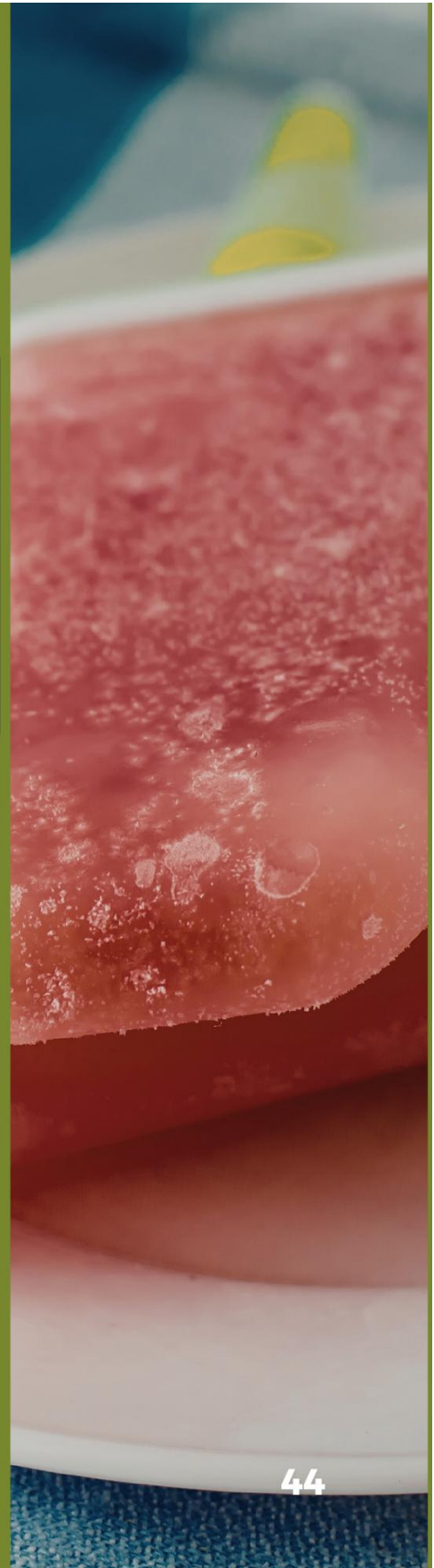
Ingredientes

- 2 fatias de melancia (sem sementes) batidas
- ou
- 150ml de água de coco com pedaços de 1 kiwi ou 5 uvas picados sem sementes

Rendimento: 4 picolés

Modo de Preparo

1. Bata no liquidificador: as fatias melancia ou a água de coco com o Kiwi ou as uvas picada sem sementes.
2. Coloque em forminhas de picolé.
3. Leve ao freezer por 4 horas.





COMO APROVEITAR ESSAS RECEITAS NO DIA A DIA?

- Ofereça de forma gradual e constante, mesmo que a criança veja e não coma. Apenas a exposição já é um avanço.
- Convide a criança para mexer, amassar, escolher entre duas opções ou montar o prato. Participar diminui o medo e aumenta a curiosidade.
- Evite insistir, barganhar ou negociar. A criança aprende mais quando sente que está no controle do próprio processo.
- A mesma receita pode ganhar novos formatos, cores ou utensílios. Mudanças suaves ajudam muito na seletividade.
- Tocar, cheirar, lamber e dar uma mordida já são vitórias. Comer tudo não é o objetivo imediato

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. A. N. et al. Consenso ABRAN sobre suplementos para crianças com dificuldades alimentares. *International Journal of Nutrology*, v. 11, p. S4–S15, 2018.

BIALEK-DRATWA, E. et al. Application of food chaining and flavor-flavor learning in children with food aversion. *Nutrients*, v. 14, p. 2016, 2022.

CHEBAR-LOZINSKY, A. et al. Assessing feeding difficulties in children presenting with non-IgE-mediated gastrointestinal food allergies. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2024.

DZIECHCIARZ, P. et al. Nutritional status and feeding difficulties in children up to 2 years of age with cow's milk allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, n. 1, p. 131–138, 2024.

JARDIM-BOTELHO, A. et al. Effect of cow's milk protein allergy during infancy on eating behavior at 4 years of age: A cohort study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2026. doi: 10.1002/jpn3.70348.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JENSEN-JAROLIM, E. et al. DRACMA Guidelines Update III: Cow's milk allergens and mechanisms triggering immune activation. *World Allergy Organization Journal*, v. 15, p. 100668, 2022.

LEMOINE, A. et al. Rectal bleeding and cow's milk protein-induced allergic proctocolitis: A prospective study. *Clinical & Experimental Allergy*, v. 51, n. 12, p. 1610–1614, 2021.

MASENTO, N. A. et al. See and eat! The impact of repeated exposure to vegetable ebooks on young children's vegetable acceptance. *Appetite*, v. 169, p. 106447, 2022.

MASLIN, K. et al. Fussy eating and feeding difficulties in infants and toddlers consuming a cow's milk exclusion diet. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 26, n. 6, p. 503–508, 2015

MASLIN, K. et al. Dietary variety and food group consumption in children consuming a cows' milk exclusion diet. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2016.

MEYER, R. et al. Feeding difficulties in children with food protein-induced gastrointestinal allergies. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 58, n. 6, p. 737–742, 2014.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIVEIRA, L. C. L. et al. Atualização em alergia alimentar 2025: Posicionamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 9, n. 1, p. 5–96, 2025.

RODRIGUES, V. C. C. et al. Feeding difficulties in children fed a cow's milk elimination diet. *British Journal of Nutrition*, v. 128, n. 6, p. 1190–1199, 2022.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Alimentação: da infância à adolescência. São Paulo: SBP, 2024.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de orientações sobre dificuldades alimentares. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2022.

SHARP, W. G. et al. Pediatric feeding disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2022.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 1 – Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 2, n. 1, p. 7–38, 2018.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TORRES, T. O.; GOMES, D. R.; MATTOS, M. P. Fatores associados à neofobia alimentar em crianças: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 39, e2020089, 2021.

VAN DER HORST, K. et al. Parental influences on food avoidance and restriction. *Appetite*, 2012.

VANDENPLAS, Y. et al. An ESPGHAN Position Paper on the Diagnosis, Management and Prevention of Cow's Milk Protein Allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 79, n. 5, p. 705–729, 2024.

WEBER, L. N. D. et al. Identificação de estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 323–331, 2004.

YEE, A. Z. H.; LWIN, M. O.; HO, S. S. Parental practices and child food behaviors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, p. 47, 2017.

YONAMINE, G. H. et al. Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 23, n. 1, p. 58–64, 2013.

APÊNDICE B – DRAFT DA DANONE®

**Guia Prático de Manejo Nutricional na APLV:****Conduta Frente à Suspeita Clínica**