

ALERGIAS

RECEITAS E CONSELHOS
PARA PESSOAS COM
ALERGIA ALIMENTAR

COMER SEM MEDOS

SOFIA CARVALHO • MARIANA COUTO

DA AUTORA
DO SITE
CRIAR COMER
CRESCER

sem
amendoim

sem glúten

sem ovo

sem frutos
secos

sem leite

sem soja



ARENA

ALERGIAS **COMER SEM MEDOS**

SOFIA CARVALHO • MARIANA COUTO

ARENA

ÍNDICE

Introdução	7
Aspetos gerais da alergia alimentar	9
Conceitos e classificação das reações adversas a alimentos	9
Epidemiologia e fatores de risco	10
Tipos de alergénios alimentares	10
Prevenção da alergia alimentar	11
Aspetos gerais sobre o leite de vaca	13
O que é e como se classifica a alergia às proteínas do leite de vaca (APLV)	14
Como se manifesta a APLV?	16
Sintomas de APLV IgE mediada	16
Sintomas de APLV não-IgE mediada	17
Sintomas de APLV por mecanismo misto	18
Como se faz o diagnóstico?	20
Seguimento médico da APLV	21
Evolução natural da APLV	22
Fatores prognósticos	22
Tratamento	24
Dieta de evicção de proteínas do leite de vaca (PLV)	24
Fórmulas de substituição	25
Controlo de outras potenciais vias de exposição	26
Reações acidentais e ingestão de alergénio oculto	27
Outros tratamentos	28
Reintrodução de leite de vaca na dieta: Aquisição de tolerância	29
Reintrodução na APLV IgE mediada	29
Reintrodução na APLV não-IgE mediada	30
Receitas para a reintrodução na APLV não-IgE mediada	33
Dessensibilização ou indução de tolerância oral	38
Outros aspetos relevantes	39
Leite de outros animais	39
Alergia a carne de vaca	39
Impacto psicossocial da alergia alimentar	39
Aspetos nutricionais	40

E o cálcio?	41
Principais fontes de cálcio de origem animal e vegetal	41
Outros alimentos com cálcio	43
A importância da vitamina D na absorção de cálcio	43
A importância da redução do ácido fítico	43
Vale a pena suplementar?	43
Dicas práticas para lidar com APLV	44
Atenções a ter com alergias graves	44
Em casa de familiares ou restaurantes	44
A viajar	46
Como começar a cozinhar	48
Cozinhar em casa e porquê? Um passo para a paz e saber o que está a ingerir	48
Evitar a contaminação cruzada	48
Os produtos veganos são seguros?	50
Descodificar e ler rótulos	51
Ingredientes nos rótulos que indicam a presença de leite	53
Alguns ingredientes que podem indicar a presença de leite	54
Ingredientes e produtos que habitualmente não têm leite, mas parecem ter	55
O leite escondido e outros produtos perigosos	55
Aditivos/números E	56
Bebidas vegetais a partir de que idade?	57
Alternativa vegetal ao iogurte a partir de que idade?	57
Sobre os ingredientes de que vai precisar	58
Substituição de ingredientes em receitas	65
Como substituir o leite e os seus derivados	65
Como substituir os ovos	71
Como substituir o glúten	78
Como substituir a soja	83
Como substituir os frutos secos (oleaginosas) e/ou amendoim	83
Receitas base	84
Alternativa vegetal ao iogurte	120
Pão e massa que leveda	134
Pequenos-almoços, lanches e <i>snacks</i>	172
Sobremesas	190
Agradecimentos	243
Referências bibliográficas	245

INTRODUÇÃO

Este é o livro que eu gostava de ter recebido quando entrei no mundo das alergias alimentares, em 2016. Nesse ano nasceu o Afonso, o meu filho mais novo, que passadas poucas semanas foi diagnosticado com alergia à proteína do leite. Meses mais tarde, ao entrar na alimentação complementar, fez reação a todos os alimentos que comeu pela primeira vez, mesmo a coisas aparentemente inócuas como curgete, e quase a completar 1 ano foi também diagnosticado com alergia à soja.

Foi uma aventura e tanto entrar num mundo desconhecido, uma experiência decerto parecida com a de muitas outras famílias com alergias alimentares.

Até então éramos uma família com uma alimentação dita normal, sem restrições, e lembro-me de me sentir perdida no meio de tantos cuidados e de pensar:

- Como vou conseguir identificar os alergénios nos alimentos?
- Como é que vamos começar a comer sem esses alergénios para evitar contaminação cruzada?
- O que é que vamos comer agora?

Apesar das dificuldades, a minha paixão pelo conhecimento fez com que nunca parasse de investigar, que aprendesse a cozinhar sem leite e sem soja e comesse a partilhar essas aprendizagens, em 2017, com a criação do blogue *Criar Comer Crescer*. Numa fase inicial, o foco das minhas receitas foram *snacks*, pequenos-almoços, lanches e sobremesas, as áreas em que havia mais necessidades e poucas alternativas no mercado.

Com o passar do tempo, apercebi-me de que existem muito mais alergénios e os pedidos para criar receitas sem eles foram aumentando. Comecei, portanto, a retirar outros alergénios das minhas receitas, experimentando retirar não só o leite e a soja como também os ovos, os frutos secos (oleaginosas), o amendoim, peixe e marisco, mas também o glúten.

Numa parte inicial, a imunoalergologista Dra. Mariana Couto explica conceitos e tipos de alergia, o que lhe permitirá compreender melhor esta patologia e estar mais à vontade neste mundo, bem como saber um pouco sobre o tratamento e evolução expectável da alergia alimentar. E apresenta de forma detalhada aquela que é a principal alergia alimentar em Portugal: a alergia à proteína do leite de vaca.

Prometi a mim mesma que este livro iria conter receitas sem os 8 principais alergénios, mantendo todo o sabor a que estamos habituados, à espera daquela reação «nem acredito que não tem alergénios». Por isso, houve muito esforço, dedicação, tempo, testes e muitos quilos de farinha, para lhe oferecer a melhor versão possível.

Para além das receitas — boas, deliciosas e muito testadas —, também irá aprender a compreender processos, ingredientes e a substituí-los para, mais tarde, fazer as suas próprias criações.

Espero que este livro lhe seja muito útil, quer tenha só uma alergia, quer seja multialérgico(a).

QUE RECEITAS IRÁ ENCONTRAR NESTE LIVRO?

1. RECEITAS SEM OS 8 PRINCIPAIS ALERGÉNIOS

Apesar de as receitas deste livro terem sido criadas sem os principais alergénios, forneço algumas alternativas, como a utilização de glúten e de frutos secos (oleaginosas) como o caju, não só para quem não tem alergia a estes alimentos, mas também, como no caso do caju, para obter o sabor mais neutro e mais parecido com o tradicional.

2. RECEITAS BASE

Receitas que fazem parte do nosso dia a dia, mas também isentas dos 8 principais alergénios.

3. VARIAÇÕES E ADAPTAÇÕES

Apesar de incluir a maioria das receitas base de que necessita, também quis transmitir-lhe o conhecimento suficiente para poder fazer alterações, ajustes e até adaptar outras receitas que não as do livro.

4. RECEITAS COM INGREDIENTES SIMPLES E FÁCEIS DE ENCONTRAR

Apesar de existirem 2 ou 3 ingredientes menos habituais, que já encontra facilmente em lojas de produtos naturais e/ou saudáveis, todos os outros são ingredientes simples e descomplicados. Relembro que gosto de coisas simples, por isso, se aconselho e coloco determinado ingrediente, é porque é necessário, pois irá afetar não só o sabor mas também poderá afetar o resultado final.

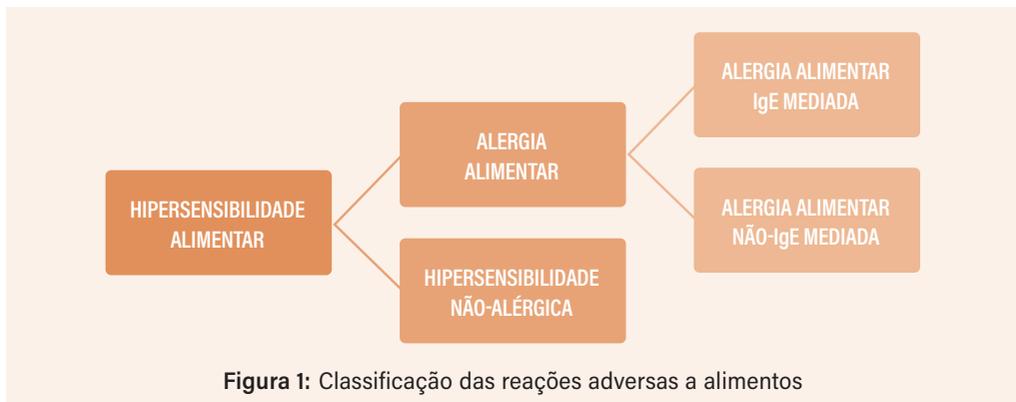
ASPETOS GERAIS DA ALERGIA ALIMENTAR

A alergia alimentar é um importante problema de saúde pública, com tendência crescente, que pode ter gravidade variável e inclusive provocar reações fatais. A identificação de uma situação de alergia alimentar vai condicionar uma dieta de restrição, pelo que é fundamental um correto diagnóstico.

Os alimentos podem provocar diferentes tipos de reações adversas, entre as quais se incluem as alergias, pelo que importa antes de mais começar por compreender estes conceitos e as classificações devidas, bem como as suas implicações.

CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES ADVERSAS A ALIMENTOS

Atualmente, designam-se as reações adversas a alimentos por *hipersensibilidade alimentar*, e dentro destas, reconhecem-se dois subtipos: **alergia alimentar** (efeito adverso decorrente de uma resposta específica do sistema imunitário que ocorre de forma reprodutível com a exposição a um determinado alimento); e **hipersensibilidade alimentar não-alérgica** (reações de causa não-imunológica, como é o caso das intolerâncias enzimáticas, como intolerância à lactose, as reações farmacológicas e outras indeterminadas).



Ao longo dos anos foram usadas diferentes terminologias relacionadas com reações adversas alimentares, e, por vezes, ainda ocorre entre a classe médica uma tendência (felizmente, cada vez menos frequente) de manter a terminologia antiga, como por exemplo «intolerância às proteínas do leite de vaca (IPLV)» para designar a alergia não-IgE mediada às proteínas do leite de vaca.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Existem abundantes estudos sobre prevalência de alergia alimentar, mas os resultados são muito divergentes devido à diferente metodologia utilizada na sua avaliação.

O que se sabe com bastante certeza, com base em estudos que analisaram as consultas hospitalares e admissões em serviços de urgência, é que **a alergia alimentar é um problema de saúde comum, a prevalência é superior nas crianças comparativamente aos adultos, e tem vindo a aumentar em frequência e em gravidade nas últimas décadas.**

Embora qualquer indivíduo possa sofrer de alergia alimentar, têm sido identificados diversos fatores que se associam a maior predisposição:

- A genética é um fator amplamente reconhecido.
- O sexo masculino, nas crianças, é mais afetado pela alergia alimentar, mas não é conhecido o motivo para essa maior tendência.
- O atraso na introdução dos alimentos mais alergénicos na dieta da criança.
- Mudanças na dieta alimentar têm sido também associadas a maior frequência de doenças alérgicas nos últimos anos.
- A presença de dermatite/eczema atópico, é também um importante fator de risco pessoal, uma vez que a exposição cutânea em dose baixa é sensibilizante e facilitada por uma barreira cutânea debilitada e inflamada.

TIPOS DE ALERGÉNIOS ALIMENTARES

Os alergénios presentes nos alimentos são proteínas, ou glicoproteínas e, mais raramente, haptenos. Estes elementos são reconhecidos por células do sistema imunitário específicas de alergénio, que estimulam reações alérgicas.

As proteínas alergénicas costumam ter algumas características em comum: geralmente são solúveis em água e resistentes a altas temperaturas, a pH ácido e à ação de enzimas proteolíticas. Porém, alguns alergénios, quando submetidos ao calor, podem alterar a sua alergenicidade. É o caso de algumas frutas e vegetais, que induzem reações alérgicas apenas quando consumidos crus e são bem tolerados quando se ingerem cozinhados. Outros alimentos alteram a sua alergenicidade mediante a forma como são cozinhados, como é o caso do amendoim: se tostado (como é habitualmente consumido na Europa) é mais alergénico do que se frito ou cozido (apresentações mais típicas por exemplo na Ásia). Estes fatores explicam em parte certas discrepâncias relativamente à prevalência das alergias alimentares em diferentes regiões.

Aditivos alimentares contendo proteínas e agentes corantes, como canato, carmim e gelatina, podem induzir reações alérgicas. Por outro lado, aditivos químicos, como sabores artificiais (por exemplo, tartrazina) e conservantes (por exemplo, glutamatos e sulfitos), podem causar reações adversas, mas não foi identificado um mecanismo imunológico, e, portanto, tais reações são classificadas como intolerâncias (hipersensibilidade não-alérgica).

Existem bases de dados, como os *sites* www.allergen.org e www.allergome.org, que oferecem ampla informação atualizada sobre os vários alergénios já identificados. Embora qualquer alimento possa desencadear uma resposta alérgica, a maioria das reações alérgicas é causada por uma minoria, que são:

- Na **criança**, as proteínas do leite, o ovo, o peixe, frutos secos (oleaginosas), amendoim, soja e trigo.
- No **adulto**, os mariscos, peixes, frutos secos (oleaginosas)/sementes, amendoim e frutos frescos (muitas vezes, em doentes alérgicos com rinite e/ou asma).

Em Portugal, a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a primeira causa de alergia alimentar nos primeiros anos de vida, e será por isso o tema mais desenvolvido nos próximos capítulos.

PREVENÇÃO DA ALERGIA ALIMENTAR

O documento mais recente elaborado pela Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica (EAACI) sobre este tema é de 2020 e emite sugestões sobre comportamentos a adotar e a evitar, ou para os quais não existe de momento evidência científica ou consenso.

São sugeridos os seguintes **comportamentos a adotar para prevenir a alergia alimentar**:

- Evitar o uso de fórmula adaptada como alimento suplementar em bebés amamentados na primeira semana de vida.
- Introduzir ovo bem cozido, mas não ovo cru ou malcozinhado — de acordo com os estudos, parece que a melhor idade é entre os 4 e os 6 meses de vida.
- Introduzir amendoim, numa forma apropriada para a idade, como parte da alimentação complementar, em populações onde existe uma alta prevalência de alergia ao amendoim, entre os 4 e os 6 meses de vida.

Por outro lado, a EAACI não recomenda que se evitem alergénios alimentares durante a gravidez ou amamentação, nem uso de fórmula à base de proteína

de soja nos primeiros 6 meses de vida como meio de prevenção de alergia alimentar.

Não há recomendação a favor ou contra: uso de suplementos vitamínicos, óleo de peixe, prebióticos, probióticos ou simbióticos na gravidez, na amamentação ou na infância; alterar a duração do aleitamento materno exclusivo; fórmulas infantis após uma semana de vida; uso de cremes hidratantes.

E ESPECIFICAMENTE NO QUE À APLV DIZ RESPEITO, O QUE SABEMOS SOBRE A SUA PREVENÇÃO?

Não há evidências do efeito protetor de uma dieta sem leite de vaca durante a gravidez e a amamentação para prevenir a alergia ao leite no bebê, e, portanto, essas dietas não são recomendadas porque podem ter efeitos adversos na nutrição materno-fetal. Atualmente, o uso de fórmulas parcialmente hidrolisadas não é considerado indicado em nenhum caso, seja para o tratamento ou prevenção de APLV.

ASPETOS GERAIS SOBRE O LEITE DE VACA

O leite de vaca é composto por água, e em menor percentagem por iões (sais, minerais e cálcio), hidratos de carbono (lactose), matéria gorda, proteínas e vitaminas. Tem um alto conteúdo em proteínas (3,3-3,5 g / 100 ml), e pelo menos 25 proteínas distintas, entre séricas e caseínas. As caseínas constituem 80% do total, e as proteínas do soro representam 20%; estão todas presentes no leite materno, exceto a beta-lactoglobulina (BLG). Entre as proteínas do soro, os alergénios mais importantes são a beta-lactoglobulina (BLG) e a alfa-lactoalbumina (ALA); menos relevantes como alergénios são as imunoglobulinas bovinas (BGG), a lactoferrina e a albumina sérica (BSA).

Durante o aquecimento, podem ocorrer modificações físicas que levam à desnaturação das proteínas, podendo reduzir a alergenicidade, mas nem sempre. A caseína é a proteína mais estável ao calor. As proteínas do soro são sensíveis ao calor; entre elas, a ALA é a mais resistente e é seguida, em ordem decrescente, pela BLG, BSA e Imunoglobulinas (Igs). As fórmulas infantis em pó são obtidas a partir do leite evaporado, que tem pouco ou nenhum efeito sobre a alergenicidade.

O **leite materno** é um alimento específico e, portanto, o mais adequado para o bebé nos primeiros meses de vida. Comparativamente com o leite de vaca, tem menos proteína (0,9-1,1 g / 100 ml vs. 3,5 g / 100 ml) e tem variação na proporção de proteínas. Contém 60% de proteínas séricas (soro do leite) e 40% de caseína, em comparação com 20% e 80%, respetivamente, no leite de vaca. Contém lactose e fatores imunomoduladores que são muito importantes nos primeiros dias de vida. A sua composição difere nas diferentes fases da vida da criança, adaptando-se às suas necessidades.

Quando a mulher não pode amamentar, a alimentação do bebé substitui-se total ou parcialmente por leite de vaca adaptado. A fórmula adaptada fornece ao bebé uma proporção de proteínas séricas, caseínas, lípidos, sais e vitaminas que é ligeiramente diferente do leite materno, mas, mais relevante, com diferenças estruturais nas proteínas.

O QUE É E COMO SE CLASSIFICA A ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA (APLV)?

O leite de vaca pode originar diferentes tipos de reações adversas (Figura 2):

- Através das **proteínas**, que produzem reações de mecanismo imunológico e que constituem as **reações alérgicas** — surge nas crianças e tende a ser transitória.
- Através do **açúcar**, a lactose, produzem uma reação adversa **não imunológica** cujo mecanismo é uma deficiência enzimática e que leva à **intolerância à lactose** — surge em qualquer idade, embora seja mais frequente em idade adulta, e pode ou não ser persistente o resto da vida.

Na alergia, a reprodutibilidade é um fator-chave, isto é, a reação acontece sempre que se ingere leite de vaca e não surge quando ele é retirado da alimentação. Todas as proteínas do leite de vaca podem ser potenciais alergénios. As proteínas ALA, BLG e caseínas são os principais alergénios do leite. No entanto, também pode surgir a sensibilização a outras proteínas (BSA, Igs, lactoferrina) e, embora em ocasiões raras, apenas a uma delas. A frequência de sensibilização às diferentes proteínas varia de acordo com os estudos considerados.

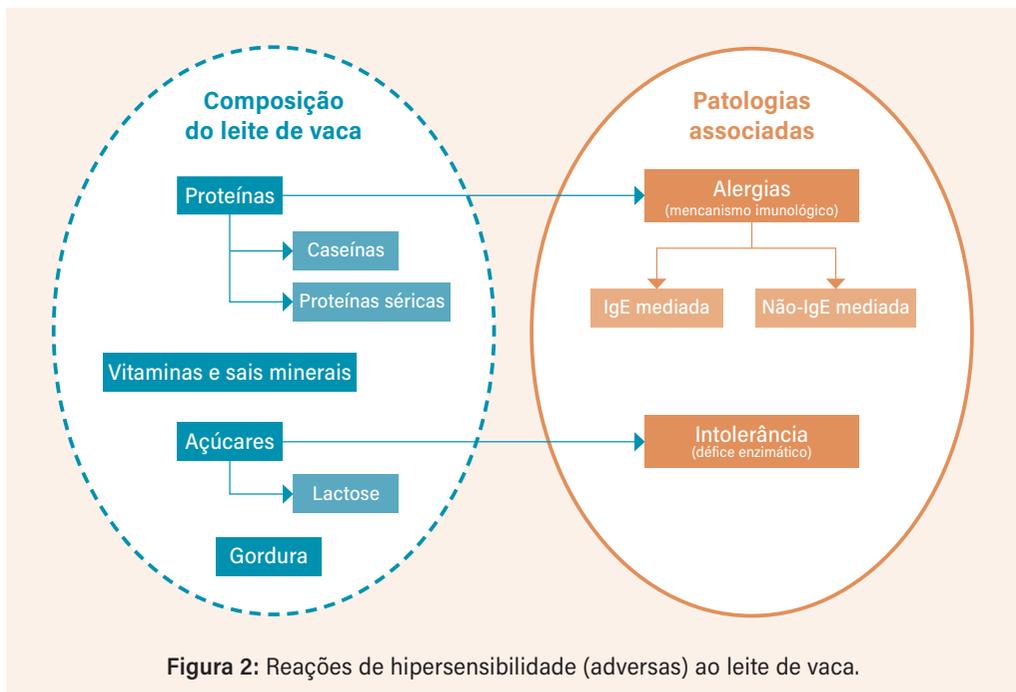


Figura 2: Reações de hipersensibilidade (adversas) ao leite de vaca.

MAS COMO É QUE O BEBÉ SE SENSIBILIZA A ESTAS PROTEÍNAS?

Uma das vias possíveis é intrauterina, já que foi demonstrada a presença de proteínas do leite de vaca no sangue do cordão umbilical (porém, é importante voltar a frisar que não estão recomendadas dietas de exclusão alimentar da mãe durante a gravidez, pois não demonstraram prevenir alergias, como já explicado previamente). Outra via de sensibilização alérgica pode ocorrer nos primeiros dias de vida, quando algum biberão com leite de fórmula é oferecido ao bebé até que o aleitamento materno esteja bem estabelecido. Também o próprio leite materno pode ser uma forma de sensibilizar o bebé, pois foi demonstrado que pode conter proteínas do leite de vaca e de outros alimentos. O bebé também pode receber estímulos alergénicos das proteínas do leite de vaca encontradas no ambiente, por meio do contacto indireto com objetos contaminados como brinquedos, chupetas, etc. Por fim, outra via de sensibilização pode ser cutânea, através de cremes hidratantes, toalhitas de limpeza, etc. que podem conter proteínas do leite de vaca; esta via é especialmente importante em crianças com pele atópica.

A APLV compreende **reações IgE mediadas e não-IgE mediadas**, com apresentações bastante diferentes (veremos mais sobre sintomas no próximo capítulo).

Podem ocorrer situações de reações alérgicas mistas, para as quais contribuem a produção de IgE mas também outros mecanismos imunológicos.

COMO SE MANIFESTA A APLV?

Os doentes apresentam um vasto espectro de sinais e sintomas de reações alérgicas ao leite de vaca, muitas vezes confusos e que não são exclusivos da alergia alimentar. Além de diversas, as manifestações são de gravidade variável, dependendo de alguns fatores: o grau de sensibilização, se foram ou não ingeridos outros alimentos ao mesmo tempo, da quantidade de leite a que a criança foi exposta e a sua forma de preparação (cozido, cru ou processado). A gravidade também pode ser influenciada pela idade do doente, bem como pela rapidez de absorção, que se relaciona com o facto de o leite de vaca ter sido ingerido em jejum ou próximo do horário de atividade física. A presença de outras comorbilidades, como asma ou dermatite atópica, também pode influenciar a gravidade.

O diagnóstico de APLV não-IgE mediada é especialmente complicado porque sintomas como alterações dos hábitos intestinais, refluxo e cólicas podem ocorrer em mais de metade dos bebés saudáveis. Assim, é necessária por parte do especialista uma entrevista clínica extensa e minuciosa, além de experiência nesta área. Para adequar esta suspeita, é muito importante conhecer as manifestações da doença.

Os sintomas podem ocorrer logo na primeira ingestão de leite de vaca (por exemplo, papa láctea, iogurte, fórmula adaptada), ou após alguns dias de estar a ingerir com inicial tolerância. Os sinais e sintomas de APLV dependem do mecanismo imunológico envolvido, portanto, se é IgE mediada ou não. A duração da sintomatologia também é variável.

SINTOMAS DE APLV IgE MEDIADA

A criança com APLV IgE mediada apresenta sintomas imediatos ou até duas horas após a exposição. Os sintomas mais frequentes na APLV IgE mediada são cutâneos (urticária e/ou angioedema) e podem aparecer como manifestação única ou estar acompanhados de outros sintomas. Seguem-se, por ordem de frequência, os sintomas gastrointestinais imediatos e, menos frequentemente, os sintomas respiratórios.

Os sintomas cutâneos consistem em urticária generalizada ou apenas localizada, às vezes limitada à região à volta da boca. Também pode ocorrer angioedema (inchaços), mais frequentemente nos lábios e nos olhos, mas que também pode afetar a glote, causando dificuldade respiratória. Por vezes surge prurido na boca e/ou garganta.

De entre os sintomas gastrointestinais o mais frequente é o vômito. Em alguns casos pode ocorrer dor abdominal, com náuseas, e diarreia, de aparecimento rápido após a ingestão.

Não é comum ocorrerem sintomas respiratórios isoladamente, mas sim em conjunto com os anteriores. Sintomas do trato respiratório superior incluem espirros, comichão nos olhos e lacrimejo; um componente brônquico com broncoespasmo, tosse, chiadeira no peito e falta de ar, traduz uma reação mais grave.

Pode ocorrer envolvimento de vários sistemas do organismo, são os casos de anafilaxia, ou choque anafilático. Nestes casos, pode ocorrer compromisso do sistema cardiovascular, com palpitações e queda súbita da pressão arterial (por vezes com desmaio) e risco de morte associado.

SINTOMAS DE APLV NÃO-IgE MEDIADA

As reações não-IgE mediadas ocorrem mais tardiamente, várias horas depois e até vários dias após a exposição, e envolvem um mecanismo imunológico ainda pouco conhecido, mas com atingimento quase exclusivamente digestivo. Os sintomas são tipicamente crónicos e ocorrem como resultado da exposição repetida ao alergénio alimentar.

As doenças gastrointestinais relacionadas com as proteínas alimentares não mediadas por IgE geralmente iniciam-se nos primeiros meses de vida e frequentemente enquanto o bebé está a ser amamentado.

De acordo com o documento mais recente da EAACI, consideram-se os seguintes subtipos:

- Proctocolite alérgica induzida por proteínas alimentares, que se manifesta com sangue (e muco) nas fezes de lactentes com bom estado geral, ativos, com apetite preservado e boa evolução de peso.
- Enteropatia alérgica induzida por proteínas alimentares (em inglês, FPE), que se manifesta por diarreia crónica, e pode levar à síndrome de má absorção com perda de peso, má evolução de peso, e acabar a refletir-se em alterações nas análises sanguíneas (anemia, distúrbios hidroeletrólíticos, hipoalbuminemia).
- Síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (FPIES, do inglês *food protein-induced enterocolitis syndrome*), que se caracteriza por vômitos profusos e repetitivos, muitas vezes acompanhados de palidez ou letargia (ou ambos) e ocorrendo tipicamente 1 a 4 horas após a ingestão do alimento desencadeante, e que pode em alguns casos

acompanhar-se de diarreia (que muitas vezes representa uma forma mais grave de FPIES, e pode ocorrer 5 a 10 horas depois); em raros casos graves, os bebês podem apresentar sinais clínicos de desidratação, hipotermia, hipotensão, perda de consciência, hipotonia, acidemia ou metemoglobinemia; os sinais podem ocorrer na primeira exposição ao alimento desencadeante ou após um período de tolerância;

- Distúrbios de dismotilidade induzidos por proteínas alimentares; estes casos incluem as situações de doença do refluxo gastroesofágico e as situações de obstipação.

A síndrome de Heiner é uma situação clínica muito rara, caracterizada pela presença de infiltrados no raio-X pulmonar e por sintomas respiratórios crónicos — tosse, falta de ar, pieira, produção ocasional de expetoração, febre, infeções respiratórias de repetição. A peculiaridade da pneumonia nestes casos é a resistência aos tratamentos com antibióticos. Outras manifestações clínicas incluem má progressão de peso, sinais e sintomas gastrointestinais (ocorrem em cerca de metade dos casos), anemia ferropriva e hemossiderose pulmonar.

SINTOMAS DE APLV POR MECANISMO MISTO

As reações podem manifestar-se com sintomas agudos e/ou crónicos, o que leva a maior dificuldade diagnóstica. Incluem-se a dermatite ou eczema atópico e a esofagite e gastroenterite eosinofílicas (situações de inflamação de zonas do tubo digestivo com infiltração por células de alergia denominadas eosinófilos).

Muitas crianças sofrem de dermatite atópica, uma doença que provoca um processo inflamatório crónico da pele. Há situações em que a dermatite atópica pode ser desencadeada ou agravada pela ingestão de leite de vaca, mas não é o caso da generalidade das crianças, por isso antes de decidir retirar alimentos da dieta é fundamental consultar um médico especialista.

É importante frisar que a gravidade das reações alérgicas varia dependendo de vários fatores, como já foi referido, mas não pode ser prevista com precisão pela gravidade das reações anteriores ou pelos níveis de IgE específica nas análises ou pelo tamanho de uma pápula do teste cutâneo da picada (testes prick). As reações após uma reação prévia grave tendem a ser graves, mas as reações leves também podem ser seguidas por reações mais graves.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS DE ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA

SINAIS	SINTOMAS
Cutâneos	Comichão (prurido)
	Vermelhidão (eritema)
	Urticária
	Edema dos lábios, olhos, orelhas...
	Eczema atópico
Digestivos	Síndrome de alergia oral: comichão (prurido) na boca e garganta
	Dificuldade a engolir (disfagia)
	Náuseas, vômitos, refluxo
	Dor abdominal, cólicas
	Diarreia
	Sangue nas fezes
Respiratórios	Rinite
	Conjuntivite
	Rouquidão (disfonia)
	Pieira/Chiadeira (sibilância)
	Asma
	Dificuldade respiratória
	Estridor/edema laríngeo
Cardiovascular	Sinais/sintomas de hipotensão
	Diminuição da consciência
Outros	Rejeição do alimento
	Irritabilidade
	Atraso do crescimento/peso
	Défice de ferro

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO?

O diagnóstico de alergia às proteínas do leite de vaca assenta na combinação de história clínica consistente, demonstração de sensibilização alérgica e o mecanismo subjacente, e eventualmente a prova de provocação oral que confirma ou descarta a suspeita diagnóstica.

Como já vimos no capítulo anterior, é fundamental uma entrevista clínica extensa e minuciosa, que deverá ter em conta as diversas formas de apresentação da doença. Deve conter informações como a idade da primeira reação, quantidade do leite ingerido, a sua forma/preparação, o tempo entre a exposição e os primeiros sintomas, outros alimentos ingeridos, quais os sintomas clínicos, tempo de resolução, tratamento necessário, repetição da reação, alimentação seguida desde então, e outras patologias associadas.

Com base na história clínica, o médico suspeita da hipótese de diagnóstico de APLV e de qual o mecanismo subjacente à alergia, procedendo então aos exames complementares adequados conforme considere a probabilidade uma reação IgE ou não-IgE mediada.

SEGUIMENTO MÉDICO DA APLV

Dado que a APLV se inicia habitualmente nos primeiros meses de vida, uma vez estabelecido o diagnóstico com certeza, deve reavaliar-se o doente periodicamente. A aquisição de tolerância em muitas crianças é relativamente rápida, pelo que o estudo deve repetir-se a cada 6 ou 12 meses. Se houver dúvidas, pode proceder-se à prova de provocação oral, isto é, administração vigiada de doses crescentes de leite de vaca, com intervalos de tempo estabelecidos, até chegar (se não ocorrer reação, entretanto) até à dose de uma porção habitualmente consumida pela criança, de acordo com a sua idade e hábitos alimentares. A partir dos 4 anos de idade, a evolução para tolerância é mais lenta, e as reavaliações podem ser feitas em períodos mais longos dependendo da história clínica, do grau de sensibilização ou dos resultados dos exames na última revisão.

Como já vimos previamente, a alergenicidade das proteínas alimentares pode ser alterada pelo calor. Além da temperatura e do tempo de cozedura, é importante considerar a matriz alimentar. A interação das proteínas com outros ingredientes alimentares, como outras proteínas, gorduras ou carboidratos, pode reduzir a interação do alergénio com o sistema imunológico, é o chamado **efeito de matriz**. Adicionar esses produtos à dieta parece acelerar o desenvolvimento de tolerância ao leite em comparação com a dieta de evicção estrita, portanto, usar produtos aquecidos pode ser um modo eficaz de indução de tolerância oral. É um assunto que deve ser sempre discutido com o médico especialista, pois dependendo dos casos pode ou não ser possível.

É também importante o médico ir acompanhando a diversificação alimentar e questionar sobre a tolerância aos diferentes alimentos que fazem parte da dieta da criança. Existem muitas vezes receios nas introduções de novos alimentos, e que devem ser devidamente esclarecidos.

A alergia alimentar também predispõe as crianças para a ocorrência de outras patologias alérgicas, e por isso também deve ser avaliado regularmente a presença de dermatite atópica e o aparecimento de sintomas respiratórios, como rinite ou sibilância recorrente/asma.

EVOLUÇÃO NATURAL DA APLV

A história natural da APLV é boa, pois habitualmente resolve-se e desaparece. A APLV apresenta-se com mais frequência na primeira infância, geralmente nos primeiros 12 meses de vida, e tende a resolver-se com a idade. Há discrepâncias nas taxas de resolução estimadas, devido à heterogeneidade dos estudos. Por isso, é necessário considerar avaliações de acompanhamento ao nível individual de cada doente.

O tipo de APLV afeta a determinação da história natural. A APLV não-IgE mediada está associada a uma taxa mais rápida de resolução do que a APLV IgE mediada. Por exemplo, no estudo EuroPrevall, 100% dos doentes com APLV não-IgE mediada desenvolveram tolerância dentro de 1 ano, em comparação com apenas 57% daqueles com APLV IgE mediada, e embora esta seja uma estatística talvez demasiado otimista para os casos não-IgE mediados, denota bem a diferença na evolução nos dois tipos de APLV.

Há grande interesse em compreender os fatores associados ao desenvolvimento da tolerância pois a previsão da resolução pode impactar as decisões sobre o tratamento e o momento dos testes diagnósticos. A falta de reconhecimento da resolução pode levar à exclusão desnecessária do leite de vaca com subsequentes implicações nutricionais, de crescimento e de sociabilização.

FATORES PROGNÓSTICOS

Analisando os fatores prognósticos da evolução, em geral, a presença de comorbilidades atópicas, como por exemplo a asma e a rinite, associa-se a taxas mais baixas de resolução. Outros autores identificaram que a dermatite atópica e sua gravidade são preditoras de persistência da alergia. Também a co-sensibilização a outros alimentos e inalantes parece prever uma pior evolução da APLV.

Não é consensual que a gravidade dos sintomas iniciais tenha valor prognóstico na evolução para a tolerância, uma vez que há estudos contraditórios nesse aspeto.

A maior parte dos estudos que abordam os fatores prognósticos foca-se nos casos IgE mediados, uma vez que é nestes que a evolução tende a ser mais lenta. Um estudo recente investigou preditores de desenvolvimento de tolerância e relatou um aumento significativo na taxa de resolução naqueles com

IgE específica basal mais baixa (para leite de vaca, caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina), menor tamanho nos testes cutâneos por picada e eczema menos grave. Outros estudos identificam, não os valores basais, mas sim a sua evolução ao longo do tempo, como fatores de prognóstico. O tempo para atingir a tolerância pode ser previsto pela diminuição dos níveis de IgE específica.

Nos casos IgE mediados, a IgE específica sérica à caseína pode ser particularmente útil tanto para a previsão da resolução quanto para a abordagem no que diz respeito à ingestão de leite cozinhado. No momento do diagnóstico de APLV, a caseína não discrimina bem a evolução futura, mas no seguimento, vemos que é a proteína que melhor identifica quem tem menor tendência a alcançar a tolerância.

TRATAMENTO

Os pilares fundamentais sobre os quais se deve basear o tratamento da alergia alimentar, e da APLV em particular, são a evicção dos alergénios na dieta e o reconhecimento precoce de sintomas com o devido tratamento eficaz em caso de reação por ingestão acidental.

DIETA DE EVICÇÃO DE PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA (PLV)

É fundamental conhecer os alimentos a evitar, ler sempre os rótulos dos alimentos preparados para confirmar os ingredientes que contêm, questionar a constituição das refeições fora de casa e cumprir com rigor as dietas indicadas pelo médico especialista.

A criança que está sob aleitamento materno deve assim manter-se, pelos benefícios de aporte nutricional, imunológico e psicoafetivo, sendo nesses casos a mãe a cumprir com dieta isenta de PLV. Mas nem sempre é necessária a dieta materna. De uma forma geral, se durante a amamentação exclusiva não houve sintomas e as queixas surgiram apenas após introdução de leite de vaca diretamente na dieta do bebé (em papa, iogurte ou fórmula...), então não existe necessidade de dieta materna. Esta é a situação típica das APLV IgE mediadas. Se, por outro lado, os sintomas surgirem ainda durante a amamentação exclusiva, a mãe terá de cumprir a restrição na sua alimentação para poder manter a amamentação. É o caso da maioria das situações de APLV não-IgE mediadas. Mas isto é simplificando de uma forma generalista. Há outros fatores a ter em conta, e há situações particulares, que podem justificar determinadas opções, e por isso esta questão deve ser sempre abordada com o médico especialista.

A criança que não é amamentada ou que precisa de suplementação ao leite materno, deve receber fórmulas de substituição devidamente adaptadas à APLV.

Os médicos devem fornecer planos de educação para os doentes, pais e demais familiares, que ajudem a cumprir com a dieta, a decifrar rótulos e onde se discrimine o que pesquisar e que possa apontar para a presença de PLV. O leite de vaca pode ser incluído como um alergénio oculto em muitos produtos e as proteínas lácteas também podem ser incluídas como aditivos e conservantes. Muitas vezes há também necessidade de estar alerta para produtos que contenham «vestígios», por contaminação no processamento industrial.

FÓRMULAS DE SUBSTITUIÇÃO

Estão disponíveis fórmulas hidrolisadas de diferentes fontes e dietas elementares de aminoácidos sintéticos. **Apenas as fórmulas extensamente hidrolisadas são adequadas para o tratamento de crianças com APLV**, os hidrolisados parciais não o são.

Todas as fórmulas extensamente hidrolisadas, bem como as fórmulas de aminoácidos, têm sabor e odor desagradáveis, mas a maioria das crianças habitua-se e aceita bem em pouco tempo. É também importante referir que estas fórmulas frequentemente induzem alterações no aspeto das fezes, com coloração mais esverdeada e consistência semilíquida, mas que tal não significa alterações digestivas.

Embora as fórmulas extensamente hidrolisadas se tenham revelado amplamente úteis, é importante reconhecer que podem ter alergenicidade residual e algumas crianças altamente sensibilizadas podem reconhecer alérgenos residuais. Nestes casos, é aconselhável usar fórmulas elementares de aminoácidos ou arroz, ou soja (ver tabela). Mas são situações mais raras e só devem ser opção por aconselhamento médico.

TIPO DE FÓRMULA	ORIGEM	CARACTERÍSTICAS	INDICAÇÕES
Extensamente hidrolisadas de PLV	Hidrólise extensa de caseínas e/ou proteínas séricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péptidos < 3000 Da ▪ Podem ter ou não ter lactose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São as fórmulas de eleição ▪ Toleradas pela grande maioria dos alérgicos a PLV
Elementares	Aminoácidos sintéticos com base no perfil do leite humano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem lactose ▪ Suplementadas com polímeros de glicose e azeite vegetais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crianças que não toleram fórmulas extensamente hidrolisadas
De soja	Proteínas de soja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possíveis riscos nutricionais em bebés < 6 meses ▪ Contém fito-estrogénios ▪ Défice de alguns aminoácidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicada em > 6 meses, como segunda opção ▪ Não é indicada em alergia a PLV não-IgE mediada

TIPO DE FÓRMULA	ORIGEM	CARACTERÍSTICAS	INDICAÇÕES
De arroz	Proteínas hidrolisadas de arroz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem estudos nutricionais a longo prazo ▪ Suplementadas com certos aminoácidos ▪ Valor biológico ligeiramente inferior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bebés que reagem às fórmulas extensamente hidrolisadas de PLV ou não as toleram

Em estudos onde foi avaliado o estado nutricional de crianças sob fórmulas extensamente hidrolisadas e fórmulas de soja até aos 48 meses de idade, foram encontrados índices nutricionais satisfatórios. Alguns relatos recentes têm apontado que as isoflavonas presentes na proteína isolada de soja são fitoestrógenos, e que por esse motivo a bebida de soja seria prejudicial, mas vários estudos científicos robustos já vieram, entretanto, contrariar esta questão provando que é uma alternativa segura e sem riscos hormonais.

CONTROLO DE OUTRAS POTENCIAIS VIAS DE EXPOSIÇÃO

Pode ser relevante para o tratamento de alguns casos de APLV também evitar outras vias de sensibilização e alergia, como o contacto com a pele de objetos contaminados com laticínios. Além disso, alguns cosméticos, como cremes hidratantes e toalhetas, podem conter PLV.

Além das indústrias agroalimentar e cosmética, também as indústrias química e farmacêutica utilizam componentes contendo PLV, como por exemplo o pó das luvas de látex. Alguns medicamentos contêm lactose, mas por serem altamente purificados, podem ser tolerados por muitos doentes com APLV. A lactose é largamente utilizada na indústria farmacêutica como veículo em comprimidos e cápsulas — é extraída do leite de vaca por coagulação e filtração da espuma do leite, sendo este processo responsável pela separação das proteínas. Por este motivo, a presença de lactose em medicamentos não é uma contra-indicação absoluta nos casos de APLV. Na literatura, entretanto, existem relatos de alguns casos de alergia a medicamentos atribuída ao teor de lactose na sua composição, porque pode ocorrer contaminação por proteínas do leite de vaca. Por exemplo, foram descritos alguns casos de inaladores de pó seco para o tratamento

da asma que continham lactose e que se revelaram contaminados com proteínas. A utilização de medicamentos contendo lactose deverá ser sempre avaliada pelo médico assistente, mediante cada caso clínico em concreto.

Outra via de exposição que deve ser levada em consideração é a inalação. Em crianças altamente sensibilizadas, a inalação de vapores de leite aquecido deve ser evitada, bem como manusear por exemplo queijo ou outros alimentos semelhantes.

Menos frequente, mas que vale a pena lembrar, é a utilização de PLV na indústria têxtil, no fabrico de roupa ecológica à base de fibra de caseína. Também existem relatos de vários casos de asma na escola devido à inalação de pó de giz contendo proteínas do leite em crianças alérgicas, ou exposição a balões em festas.

REAÇÕES ACIDENTAIS E INGESTÃO DE ALERGÉNIO OCULTO

Infelizmente, é bastante frequente ocorrerem reações acidentais por engano ou pela ingestão de alimentos com alergénios ocultos. Veremos mais à frente como controlar melhor estas exposições, porém, na eventualidade de ocorrerem, é fundamental reconhecer precocemente os sintomas e atuar com o protocolo de medicação de emergência emitido pelo médico. Na eventualidade de uma anafilaxia, os doentes devem ser portadores de um estojo de emergência com adrenalina para autoadministração («caneta de adrenalina»), e após a sua administração devem ser encaminhados a um serviço de urgência para avaliação médica.

No seguimento com o médico especialista, é importante reportar, além dos sintomas apresentados na reação, outros elementos: onde ocorreu a reação e circunstâncias coincidentes, tratamento necessário e sua resposta, o alimento causador ou suspeito e a sua forma de preparação, assim como outros fatores acompanhantes, nomeadamente a prática de exercício, a toma paralela de qualquer medicamento, agravamento da asma e situações de stress, entre outros.

Nas reações acidentais, às vezes, o agente responsável é identificado, mas noutras vezes não é fácil chegar a conclusões certas.

Além da ingestão direta, ou na forma de derivados lácteos, o leite de vaca é utilizado em praticamente todos os produtos de pastelaria e em muitas receitas culinárias de uso corrente (charcutaria, molhos e alimentos preparados), que devem ser cuidadosamente evitadas pelos doentes. Além disso, faz parte de muitos alimentos processados como conservante.

A maioria dos doentes precisa de exposição a uma certa quantidade de PLV (que é de declaração obrigatória nos alimentos manufaturados/industrializados) para desencadear uma reação. Excepcionalmente, certos doentes altamente

reativos podem responder a quantidades muito pequenas de alimentos, às vezes apenas pela inalação, ou pela ingestão de quantidades abaixo do que é necessário para constar na rotulagem dos ingredientes — os vestígios. Esses casos podem reagir até mesmo com alimentos que não contêm leite de vaca na sua composição, mas que foram contaminados com as suas proteínas no processo de fabrico ou manuseio — os **alergénios ocultos**; os sintomas podem ocorrer devido ao uso de panelas e pratos contaminados com leite, etc. Por outro lado, embora as pessoas com APLV geralmente tolerem a lactose, alguns casos podem apresentar reações com produtos contendo lactose de origem láctea, contaminados pelas proteínas da fonte original.

OUTROS TRATAMENTOS

Nos últimos anos, têm sido implementados protocolos de dessensibilização oral ou indução de tolerância oral específica no caso de crianças que não atingem a tolerância pela evolução natural. Estes tratamentos oferecem uma grande esperança, mas ainda há muito para investigar e saber.

Também se tem testado a utilização de anticorpos monoclonais anti-IgE, e que são eficazes, porém não oferecem um benefício definitivo. Mais recentemente, tem sido proposta a utilização destes anticorpos monoclonais em combinação com os tratamentos de dessensibilização, que assim permite diminuir os riscos deste procedimento em crianças com risco mais elevado de reações graves.

A modulação do sistema imunológico utilizando alguns produtos como prebióticos ou probióticos ainda está em estudo. Não há evidência clara e, por esse motivo, de momento, não se recomendam na prática clínica.

REINTRODUÇÃO DE LEITE DE VACA NA DIETA: AQUISIÇÃO DE TOLERÂNCIA

Como já vimos, a APLV é geralmente transitória, e, dependendo dos resultados dos testes cutâneos e/ou análises (nos casos IgE mediados), da evolução desde a última consulta, sintomas clínicos e ocorrência ou não de ingestões acidentais, o médico decidirá a certa altura que está no momento de tentar reintroduzir o leite de vaca na dieta.

Às vezes, o doente tolera leite de vaca, embora ainda tenha valores positivos (testes cutâneos positivos e/ou IgE sérica específica), geralmente em níveis baixos. A diminuição significativa do tamanho dos testes cutâneos e dos níveis de IgE específica apontam para a necessidade de um teste de exposição, para avaliar a evolução para tolerância.

REINTRODUÇÃO NA APLV IgE MEDIADA

Nos casos IgE mediados, a reintrodução deve ocorrer **sempre em meio hospitalar**, vigiado por profissionais experientes em alergia alimentar e em tratar reações alérgicas. É realizado um procedimento designado «prova de provocação oral» ou «reexposição controlada». Consiste precisamente na administração vigiada de doses crescentes de leite de vaca, com intervalos de tempo estabelecidos, até chegar (se não ocorrer reação, entretanto) à dose de uma porção habitualmente consumida pela criança, de acordo com a sua idade e hábitos alimentares. Podem ser utilizadas alternativas contendo leite, como por exemplo iogurte, ou utilizados outros alimentos para disfarçar o paladar do leite (por exemplo a papa que o bebé ingere habitualmente), nos casos que rejeitem as tomas devido ao sabor.

A prova pode ser negativa, isto é, não se verifica qualquer reação alérgica até às doses máximas administradas, nem no período de vigilância subsequente, o que determina que a criança está livre da alergia e já adquiriu tolerância completa ao leite de vaca, passando a uma dieta completamente livre e sem restrições.

Porém, a prova pode ser positiva, o que significa que a criança continua alérgica, e nesse caso, dependendo da quantidade de leite de vaca necessária para desencadear os sintomas, o médico decidirá como proceder: voltar à evicção total, ou manter doses inferiores na dieta.

REINTRODUÇÃO NA APLV NÃO-IgE MEDIADA

Infelizmente, não há testes confiáveis disponíveis para prever a tolerância em casos de APLV não-IgE mediada. Além disso, o momento do desenvolvimento da tolerância parece ser variável e dependente do quadro clínico. Bebés com sintomas gastrointestinais ligeiros, dermatite atópica ou proctocolite alérgica parecem desenvolver tolerância próximo dos 12 meses de vida, enquanto crianças com FPIES (síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares) e enteropatia alérgica à proteína do leite de vaca só desenvolvem tolerância aos 2 a 3 anos de idade.

Todas as diretrizes atuais sobre alergia alimentar não-IgE mediada recomendam a reintrodução como método de confirmação e também de avaliação da tolerância. Porém, quase não existem dados sobre como proceder nesta reintrodução nos casos não-IgE mediados quando já se crê ser provável ter-se desenvolvido a tolerância (exceto no caso da FPIES em que há recomendações mais detalhadas e que iremos explicar de seguida). No lactente amamentado com alergia não-IgE mediada, levanta-se uma questão adicional: se a reintrodução deve ocorrer através da dieta da mãe ou como alimento complementar na dieta do bebé. Como há ausência de dados comparando estas duas soluções, esta decisão deve caber ao médico, baseada na experiência, e tendo em conta o facto de a criança ainda ser amamentada exclusivamente ou de já terem sido introduzidos alimentos complementares/fórmula infantil.

Para avaliar a tolerância em casos específicos de FPIES, a prova de provocação oral deve ser sempre realizada em meio hospitalar e a criança deve ter um acesso venoso colocado antes do início da mesma. Embora não completamente consensual, a maioria dos dados sugere que a prova deve ocorrer entre 12 e 18 meses de diagnóstico. É recomendado dosear com análises a IgE ao leite de vaca antes da prova de provocação oral, dado o risco de conversão da FPIES para APLV IgE mediada. Também pode ser considerado em casos de FPIES a testagem de IgE para outros alergénios alimentares.

Nos restantes casos não-IgE mediados, a reintrodução pode também ocorrer no formato descrito de prova de provocação oral hospitalar, mas em 2013 foram publicadas no Reino Unido as recomendações para o diagnóstico e abordagem da APLV não-IgE mediada, e nas quais pela primeira vez se traçou um consenso sobre a reintrodução de leite de vaca no domicílio para estabelecer se o doente atingiu a tolerância (6 meses após o diagnóstico ou por volta de 1 ano de idade). Estas diretrizes (conhecidas como diretrizes do iMAP) foram recentemente atualizadas com um painel de especialistas internacionais e recomendam, em crianças exclusivamente amamentadas, que os produtos derivados do leite

de vaca devem ser reintroduzidos na dieta da mãe em quantidades previamente consumidas e ao longo de um período de 1 semana. Embora seja bem conhecido que outros alérgenos (ou seja, ovo, soja, trigo) são transferidos através do leite materno, não existem dados semelhantes e, portanto, a reintrodução desses alimentos é baseada na prática clínica individual.

Para bebês que já introduziram sólidos, as diretrizes do iMAP fornecem uma escalada de leite como uma ferramenta para reintroduzir gradualmente alimentos contendo leite, da menor para a maior alergenicidade, baseada no consenso de peritos, que foi construída com base na evidência existente de que o aquecimento, a interação com carboidratos e gorduras e a fermentação reduzem a alergenicidade do leite de vaca. Esta abordagem de reintrodução gradual ganhou popularidade e, embora não haja evidências científicas da sua eficácia, uma revisão sistemática recente sugeriu que pode haver um benefício para a qualidade de vida usando esta abordagem, e provou ser uma ferramenta útil para os profissionais de saúde, pois fornece uma orientação prática uniforme para a reintrodução do leite de vaca. De acordo com os dados disponíveis, a utilização da escalada do leite num doente não-IgE mediado é segura, desde que a alergia mediada por IgE seja sempre previamente excluída, e a reintrodução supervisionada por um médico especialista com experiência na sua utilização. Não há dados disponíveis atualmente em relação à reintrodução de outros alérgenos (ovo, soja e trigo) em bebês que já introduziram sólidos. Na sua ausência, devem ser seguidas as diretrizes da EAACI, que recomendam uma abordagem individual com base na reação anterior e no perfil de risco para a reintrodução.

Deve-se notar que a escalada do leite publicada no Reino Unido ainda requer ajustes específicos para cada país. Recentemente foi apresentada versão desta escalada de leite na Bélgica e avaliada a utilidade e facilidade de uso desta ferramenta. De acordo com as recomendações iMAP e escalada do leite por elas sugeridas, as autoras deste livro contactaram os autores originais das receitas culinárias que a sustentam e com a sua autorização e colaboração adaptaram-nas para português e com ingredientes de fácil acesso e distribuição em Portugal, mantendo as doses de leite recomendadas. Esta escalada adaptada tem sido aplicada na prática clínica com muito sucesso em crianças com APLV não-IgE mediada. Poderá haver ajustes em casos específicos, nomeadamente nos passos e duração das etapas, de acordo com a experiência médica e o caso clínico.

A reintrodução da lactose em iogurtes e leite deve ocorrer num momento posterior, de acordo com as indicações médicas.

ETAPA	NOME DA RECEITA/ /ALIMENTO	QUANTIDADE	LEITE POR PORÇÃO (ML)	PROTEÍNA DO LEITE POR PORÇÃO (G)
1	Bolacha de doce de fruta ou Bolachas de «queijo»	1 bolacha 2 bolachas 3 bolachas	1 ml 2 ml 3 ml	0,35 g
2	<i>Muffin</i> salgado de «queijo» ou <i>Muffin</i> de doce de fruta	$\frac{1}{2}$ <i>muffin</i> 1 <i>muffin</i>	12,5 ml 25 ml	0,413 g 0,875 g
3	Panqueca	$\frac{1}{2}$ <i>panqueca</i> 1 <i>panqueca</i>	21 ml 42 ml	0,735 g 1,47 g
4	Queijo	15 g	15 ml	3,43 g
5	logurte sem lactose	125 ml	125 ml	6 g
6	Leite sem lactose	100 ml 200 ml	100 ml 200 ml	3,47 g 6,95 g

RECEITAS PARA A REINTRODUÇÃO NA APLV NÃO-IGE MEDIADA

BOLACHAS DE DOCE DE FRUTA

PREPARAR: 10 minutos

COZINHAR: 12 a 17 minutos

QUANTIDADE: 20 unidades
(cerca de 11 g de massa crua por bolacha)

INGREDIENTES:

- 125 g de farinha de trigo ou espelta, branca (1)
- 50 g de margarina ou manteiga vegetal à temperatura ambiente (2)
- 60 g de banana esmagada (3)
- 1 colher de chá (2 g) de leite em pó magro



PREPARAÇÃO:

1. Pré-aqueça o forno a 180 °C, cima e baixo sem ventilação, e forre um tabuleiro com papel vegetal.
2. Numa taça coloque todos os ingredientes e misture tudo muito bem com as mãos, até obter uma massa homogénea.
3. Faça um rolo com a massa, tipo chouriço, e corte pedaços com cerca de 1 cm até obter 20 bolachinhas. O peso aproximado de cada bolacha é 11 g, no entanto, para que seja mais precisa, pode pesar a quantidade total da massa e depois dividir por 20.
4. Faça bolinhas e coloque-as sobre um tabuleiro com papel vegetal.
5. Com a ajuda de um garfo espalme as bolachinhas.
6. Leve ao forno durante 12 a 17 minutos. Retire e deixe arrefecer completamente.
7. Pode guardar num frasco hermético até 1 semana ou congelar parte até 3 meses.

NOTAS:

- Se a massa estiver muito pegajosa, coloque-a no frio durante 30 minutos.
- (1) **Opção sem glúten:** use o mix da pág. 80.
- (2) Não deve usar óleo, pois a massa ficará demasiado líquida e não conseguirá moldar as bolachinhas.
- (3) Pode trocar a banana por puré de maçã ou de pera, de notar que nestas duas últimas opções as bolachas ficam muito menos doces. Se desejar, pode acrescentar 10 g de açúcar mascavado ou outro, desde que granulado.

BOLACHAS DE «QUEIJO»

PREPARAR: 10 minutos

COZINHAR: 12 a 17 minutos

QUANTIDADE: 20 unidades
(cerca de 12 g de massa crua por bolacha)

INGREDIENTES:

- 125 g de farinha de trigo ou espelta branca (1)
- 50 g de margarina ou manteiga vegetal à temperatura ambiente (2)
- 40 g de queijo ralado vegan, levedura nutricional ou de cerveja (3)
- 1 colher de chá (2 g) de leite em pó magro
- 40 g de água



PREPARAÇÃO:

1. Pré-aqueça o forno a 180 °C.
2. Numa taça coloque todos os ingredientes e misture tudo muito bem com as mãos, até obter uma massa homogénea.
3. Faça um rolo com a massa, tipo chouriço, e corte pedaços com mais ou menos 1 cm até obter 20 bolachinhas. O peso aproximado de cada bolacha é 12 g, no entanto, para que seja mais precisa, pode pesar a quantidade total da massa e depois dividir por 20.
4. Faça bolinhas e coloque-as sobre um tabuleiro com papel vegetal.
5. Com a ajuda de um garfo espalme as bolachinhas.
6. Leve ao forno durante 12 a 17 minutos. Retire e deixe arrefecer completamente.
7. Pode guardar num frasco hermético até 1 semana ou congelar parte delas até 3 meses.

NOTAS:

- Se a massa estiver muito pegajosa e difícil de pegar, coloque-a no frio durante 30 minutos.
- (1) **Opção sem glúten:** use o mix da pág. 80.
- (2) Não deve usar óleo, pois a massa ficará demasiado líquida e não conseguirá moldar as bolachinhas.
- (3) Levedura de cerveja não é apta para alérgicos ao glúten.

MUFFINS DE «QUEIJO»

PREPARAR: 10 minutos

COZINHAR: 17 a 20 minutos

QUANTIDADE: 10 unidades

INGREDIENTES:

- 250 g de farinha de trigo ou espelta branca (1)
- 1 colher de chá de fermento
- ¼ de colher de chá de bicarbonato de sódio (2)
- 60 g de queijo ralado vegan ou 15 g de levedura nutricional
- Uma pitada de sal ou 1 colher de chá, se usar levedura
- 50 g de óleo (3)
- 250 g de leite de vaca pasteurizado
- 60 g de água
- ½ colher de chá de vinagre (2)



PREPARAÇÃO:

1. Pré-aqueça o forno a 180 °C sem ventilação e unte as forminhas de *muffins* se necessário.
2. Numa taça coloque a farinha, fermento, bicarbonato, sal e queijo ou levedura nutricional, envolva tudo muito bem.
3. Acrescente o óleo, leite, água, vinagre e misture tudo muito bem até obter uma massa homogénea e espessa.
4. Divida a massa por 10 forminhas de *muffins*. O peso aproximado de cada bolacha é 60 g, no entanto, para que seja mais precisa, pode pesar a quantidade total da massa e depois dividir por 10.
5. Leve ao forno durante 17 a 20 minutos ou até espetar um palito e este sair limpo.
6. Após esse tempo retire, deixe arrefecer um pouco e mal possa retire das formas para não criar humidade pela parte de baixo. Transfira para uma grelha e deixe arrefecer completamente.
7. Pode guardar num recipiente hermético no frio até 3 ou 4 dias ou congelar parte delas até 3 meses.

NOTAS:

- (1) **Opção sem glúten:** use o mix da pág. 80.
- (2) O vinagre e o bicarbonato ajudam a que a massa fique mais fofa.
- (3) Pode usar qualquer óleo — como de coco ou azeite — desde que em estado líquido e à temperatura ambiente.

MUFFINS DE DOCE DE FRUTA

PREPARAR: 10 minutos

COZINHAR: 17 a 20 minutos

QUANTIDADE: 10 unidades

INGREDIENTES:

- 250 g de farinha de trigo ou espelta, branca (1)
- 1 colher de chá de fermento
- ¼ de colher chá de bicarbonato de sódio (2)
- Uma pitada de sal (*opcional*)
- 30 g de açúcar mascavado (3)
- 50 g de óleo (4)
- 250 g de leite de vaca pasteurizado
- 120 g de puré maçã (5)
- ½ colher de chá de vinagre (2)



PREPARAÇÃO:

1. Pré-aqueça o forno a 180 °C sem ventilação e unte as formas de *muffins*, se necessário.
2. Numa taça coloque a farinha, o fermento, bicarbonato, sal e açúcar, envolva tudo muito bem.
3. Acrescente o óleo, leite, puré de maçã, vinagre e misture tudo muito bem até obter uma massa homogénea e espessa.
4. Divida a massa por 10 forminhas de *muffins*. O peso aproximado de cada bolacha é 60 g, no entanto, para que seja mais precisa, pode pesar a quantidade total da massa e depois dividir por 10.
5. Leve ao forno durante 17 a 20 minutos ou até espetar um palito e este sair limpo.
6. Após esse tempo retire, deixe arrefecer um pouco e mal possa retire das formas para não criar humidade pela parte de baixo. Transfira para cima de uma grelha e deixe arrefecer completamente.
7. Pode guardar num hermético no frio até 3 ou 4 dias ou congelar parte delas até 3 meses.

NOTAS:

- (1) **Opção sem glúten:** use o mix da pág. 80.
- (2) O vinagre e o bicarbonato ajudam a que a massa fique mais fofa.
- (3) Pode usar qualquer açúcar desde que granulado, como branco, de coco, etc. Não aconselho o uso de açúcar líquido como agave, pois aumenta a humidade da massa.
- (4) Pode usar qualquer óleo — como de coco ou azeite — desde que em estado líquido e à temperatura ambiente.
- (5) Em vez da maçã pode usar puré de pera ou até de banana.

PANQUECAS

PREPARAR: 5 minutos

COZINHAR: 15 a 20 minutos

QUANTIDADE: 6 unidades
(mais ou menos 70 g de massa crua)

INGREDIENTES:

- 160 g de farinha de trigo ou espelta, branca (1)
- ½ colher de chá de fermento
- ¼ de colher de chá de bicarbonato de sódio (2)
- ½ colher de chá de vinagre (2)
- 30 ml de óleo (3)
- 250 ml de leite de vaca pasteurizado
- 50 ml de água
- Uma pitada de sal

PREPARAÇÃO:

1. Numa taça coloque todos os ingredientes e misture tudo muito bem até obter uma massa homogênea.
2. Esta massa faz 6 panquecas de 70 g de massa crua cada. No entanto, para que seja mais precisa, pode pesar a quantidade total da massa e depois dividir por 6.
3. Para as fazer pré-aqueça uma frigideira em lume médio, unte-a com um pouco de óleo e coloque a massa. Aconselho a fazer uma de cada vez, visto que são um pouco grandes.
4. Quando a massa começar a borbulhar e a panqueca tenha criado uma base pela parte de baixo, pode virar.
5. De seguida, deixe cozinhar mais 1 a 2 minutos.
6. Por fim, retire e sirva de imediato. *Opcional:* pode servir com fruta.
7. Pode guardar num hermético no frio até 3 ou 4 dias no frio ou congelar parte delas até 3 meses.

NOTAS:

- (1) **Opção sem glúten:** use o mix da pág. 80.
- (2) O vinagre e o bicarbonato ajudam a que a massa fique mais fofa.
- (3) Pode usar qualquer óleo — como de coco ou azeite — desde que em estado líquido e à temperatura ambiente. No entanto, pode também usar puré de maçã se preferir opção um pouco doce, ou acrescentar um pouco de açúcar.



UM LIVRO PARA SABER MAIS SOBRE A ALERGIA ALIMENTAR, COMPREENDER OS ALERGÉNIOS E COZINHAR SEM MEDOS!

Quando, em 2017, o filho de Sofia Carvalho foi diagnosticado com alergia alimentar, a família fazia uma alimentação sem restrições e surgiram muitas dúvidas:

Como identificar os alergénios nos alimentos? • Como começar a comer sem esses alergénios para evitar contaminação cruzada?

O que é que se pode comer? • Que receitas fazer?

Alergias: Comer Sem Medos é o livro que a autora gostava de ter recebido aquando desse diagnóstico. Escrito em conjunto com a imunoalergologista Dra. Mariana Couto, aqui encontra a melhor informação possível para que as pessoas com alergia alimentar, os seus pais e as suas mães, se sintam mais confiantes e aproveitem a vida sem (tantas!) limitações.

Com explicações sobre **conceitos** e **tipos de alergia**, bem como com informações sobre o **tratamento** e **evolução expectável da alergia alimentar**, este livro traz-lhe mais de **40 receitas** com todo o sabor mas **sem os 8 principais alergénios: leite, soja, ovos, frutos secos (oleaginosas), amendoim, peixe e marisco, e glúten.**

Além das receitas — deliciosas e amplamente testadas —, também irá aprender a compreender processos, ingredientes e a sua substituição para, mais tarde, fazer as suas próprias criações.

Inclui ainda a adaptação da Escalada do Leite (Milk Ladder) para a realidade portuguesa.



Penguin
Random House
Grupo Editorial

www.penguinlivros.pt

[penguinlifestylept](https://www.facebook.com/penguinlifestylept)
 [penguinlivros](https://twitter.com/penguinlivros)

ISBN 9789897848117



9 789897 848117 >