

ARTIGO ORIGINAL

Reações adversas a alimentos em crianças de 7 meses a 10 anos da Baixada Fluminense *Adverse food reactions in children aged 7 months to 10 years from Baixada Fluminense*

Lilian Ceciliano da Costa Repossi¹, André Manoel Correia dos Santos¹

¹*Universidade Iguazu (UNIG), Nova Iguaçu, RJ, Brasil*

Recebido em: 25 de fevereiro de 2025; Aceito em: 26 de março de 2025.

Correspondência: Lilian Ceciliano da Costa Repossi, lilianceciliano@hotmail.com

Como citar

Reposi LCC, Santos AMC. Reações adversas a alimentos em crianças de 7 meses a 10 anos da Baixada Fluminense. Nutr Bras. 2025;24(1):1284-1300.doi:[10.62827/nb.v24i1.3053](https://doi.org/10.62827/nb.v24i1.3053)

Resumo

Introdução: As reações adversas a alimentos representam um desafio significativo para a saúde infantil, especialmente em regiões com menor acesso a serviços especializados. Na Baixada Fluminense, compreender a prevalência dessas reações e seus impactos é essencial para embasar estratégias de cuidado e educação alimentar. **Objetivo:** Investigar a prevalência de reações adversas a alimentos em crianças de 7 meses a 10 anos na Baixada Fluminense e analisar os impactos na saúde infantil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e exploratório com 121 participantes. Os dados foram coletados por meio de questionários online respondidos pelos pais e responsáveis, abordando informações demográficas, histórico de reações, diagnóstico clínico e adaptações dietéticas. A análise incluiu estatísticas descritivas para caracterizar a amostra e os principais achados. **Resultados:** Foi identificado que 26,5% (n=32) das crianças apresentaram reações adversas a alimentos, com leite, ovos e camarão como os principais gatilhos. Apenas 28,1% (n=9) dos casos possuíam diagnóstico formal de alergias ou intolerâncias alimentares, evidenciando lacunas no acesso ao diagnóstico especializado. Os sintomas mais frequentes foram reações cutâneas, gastrointestinais e respiratórias, com muitas famílias enfrentando dificuldades para ajustar a dieta. O suporte profissional foi majoritariamente realizado por pediatras, com baixa participação de nutricionistas. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de aprimorar os métodos diagnósticos, ampliar a atuação multiprofissional e implementar ações educativas para apoiar as

famílias. Tais medidas são essenciais para prevenir complicações e promover a saúde e a qualidade de vida das crianças com reações adversas a alimentos na Baixada Fluminense.

Palavras-chave: Hipersensibilidade Alimentar; Ingestão de Alimentos; Intolerância Alimentar; Reações Adversas a Alimentos; Saúde Infantil.

Abstract

Introduction: Adverse food reactions represent a significant challenge to children's health, especially in regions with limited access to specialized services. In Baixada Fluminense, understanding the prevalence of these reactions and their impacts is essential to guide care and food education strategies. *Objective:* To investigate the prevalence of adverse food reactions in children aged 7 months to 10 years in Baixada Fluminense and analyze the impacts on child health. *Methods:* This is a cross-sectional and exploratory study with 121 participants. Data were collected through online questionnaires completed by parents and caregivers, covering demographic information, reaction history, clinical diagnosis, and dietary adaptations. The analysis included descriptive statistics to characterize the sample and key findings. *Results:* It was found that 26.5% (n=32) of children had adverse food reactions, with milk, eggs, and shrimp as the main triggers. Only 28.1% (n=9) of cases had a formal diagnosis of food allergies or intolerances, highlighting gaps in access to specialized diagnosis. The most common symptoms were skin reactions, gastrointestinal issues, and respiratory discomfort, with many families facing difficulties in adjusting their diets. Professional support was mainly provided by pediatricians, with low participation from nutritionists. *Conclusion:* The study highlights the need to improve diagnostic methods, expand multidisciplinary care, and implement educational actions to support families. These measures are essential to prevent complications and promote the health and quality of life of children with adverse food reactions in Baixada Fluminense.

Keywords: Food Hypersensitivity; Eating; Food Intolerance; Adverse Food Reactions; Child Health.

Introdução

Os primeiros anos de vida de uma criança são um período de intenso crescimento e desenvolvimento, no qual a nutrição desempenha um papel essencial. Por ser uma fase de maior vulnerabilidade a deficiências nutricionais e à subnutrição, é fundamental garantir uma alimentação equilibrada, tanto em qualidade quanto em quantidade. Isso não apenas promove a saúde infantil, mas também contribui para a prevenção de doenças crônicas ao longo da vida [1].

Os hábitos alimentares são desenvolvidos na infância, sendo influenciados pela introdução dos

primeiros alimentos, que ajudam a definir padrões para o futuro. Fatores genéticos, ambientais e sociais, incluindo a família e a escola, têm um papel fundamental na construção de uma alimentação saudável. Quando a dieta nessa fase é inadequada, pode haver impactos negativos no desenvolvimento emocional, cognitivo, social e nutricional da criança, resultando em deficiências de nutrientes essenciais, como proteínas, cálcio, vitamina D e outros micronutrientes [2,3].

Embora a maioria das crianças tolere ampla variedade de alimentos, uma parcela pode sofrer

reações adversas, como alergias e intolerâncias alimentares. A alergia alimentar, definida como uma resposta imunológica anormal desencadeada por alimentos, é um problema crescente de saúde pública. Afeta cerca de 6% das crianças e 3,5% dos adultos no Brasil, segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia [4]. Sua incidência vem aumentando globalmente, trazendo impactos significativos para a nutrição, a qualidade de vida e o bem-estar da população [5,6].

As alergias alimentares ocorrem devido a uma resposta imunológica exagerada, geralmente desencadeada por proteínas. Elas podem ser classificadas como mediadas por IgE, não mediadas ou mistas. As reações mediadas por IgE são rápidas e podem causar sintomas cutâneos e gastrointestinais, sendo influenciadas por fatores como o modo de preparo do alimento [7, 8]. Por outro lado, as intolerâncias alimentares têm origem não imunológica e resultam de processos fisiopatológicos, como a deficiência enzimática na intolerância à lactose, ou de mecanismos ainda pouco compreendidos, como aqueles relacionados à síndrome do intestino irritável [9,10].

A introdução precoce de alimentos ultraprocessados, aliada a fatores como predisposição genética, ausência do aleitamento materno e introdução antecipada de alimentos sólidos, está relacionada ao aumento da incidência de alergias alimentares [5]. No entanto, estudos observacionais recentes

indicam que postergar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos pode elevar o risco de sensibilização e desenvolvimento de alergias alimentares. Dessa forma, considera-se a hipótese de que a introdução precoce desses alimentos possa, na verdade, atuar como um fator de proteção contra essas alergias [11,13], sendo os alimentos mais frequentemente implicados, o leite, soja, frutos do mar, trigo, amendoim e ovos [3].

Tanto a alergia quanto a intolerância alimentar impactam não apenas a saúde física, mas também o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das crianças e de suas famílias, podendo interferir no crescimento e no desenvolvimento infantil [14,15]. O tratamento mais eficaz consiste na eliminação dos alimentos que provocam reações adversas. No caso das intolerâncias alimentares, o uso de enzimas pode ajudar a permitir um consumo moderado [16]. No manejo nutricional, a exclusão alimentar deve ser fundamentada em uma avaliação clínica detalhada e confirmada por testes de provocação oral, garantindo que não haja restrições desnecessárias que possam comprometer o estado nutricional. Diante do exposto, este buscou avaliar a prevalência de reações adversas a alimentos em crianças de 7 meses a 10 anos na Baixada Fluminense, além de identificar as dificuldades encontradas pelas crianças e seus familiares no manejo da alimentação.

Métodos

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa, observacional, transversal, que buscou avaliar a prevalência de efeitos adversos a alimentos (alergia e intolerância alimentar) entre crianças de 7 meses a 10 anos de idade da baixada fluminense, no

período de fevereiro a setembro de 2024.

Em obediência aos preceitos da Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regem as pesquisas com seres humanos, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Iguazu, via submissão do projeto à Plataforma Brasil, sendo aprovado com número de CAAE 74650823.8.0000.8044 e número de parecer 6.430.444.

Participaram da pesquisa pais e/ou responsáveis de crianças com idade de 7 meses a 10 anos, residentes na baixada fluminense – Rio de Janeiro (Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, e Seropédica). As crianças incluídas estavam matriculadas em escolas públicas ou privadas ou, no caso das que ainda não frequentam a escola, pertenciam à faixa etária definida no estudo. A coleta dos participantes ocorreu via contato por Facebook, Instagram e WhatsApp. A amostra se deu por conveniência. Foram convidados a responder um questionário *online* (de livre elaboração), disponibilizado pelo Google Formulário, constituído por perguntas relacionadas às características da criança e de seus cuidadores, abrangendo quatro pontos específicos: 1. Informações gerais: dados sobre idade, sexo, peso, altura e identificação do cuidador principal, onde os participantes responderam a perguntas sobre quem desempenha esse papel, sendo consideradas as categorias: mãe, pai e “outros”. A categoria “outros” inclui cuidadores como avós, madrastas, babás, vizinhas e demais responsáveis pelo cuidado diário da criança. 2.

Resultados

Responderam ao questionário online, 142 pais e/ou responsáveis, mas após análise dos critérios de inclusão e exclusão, tornaram-se elegíveis para pesquisa 121 respostas. A maioria dos participantes tem como principal cuidador a mãe (83,5%, n=101). A média de idade das crianças é de 5,5 anos (\pm 2,9), com mediana de 6 anos, com a maior parte

Histórico de Reações adversas a alimentos: identificação de alimentos causadores, tipo de reação, tempo de aparecimento dos sintomas e necessidade de atendimento médico; 3. Diagnóstico e Acompanhamento: confirmação de alergias ou intolerâncias alimentares, apoio profissional recebido e dificuldades na adaptação da dieta e 4. Impacto na Alimentação: alterações na dieta, tempo de restrição alimentar. Além disso, foi solicitado responderem a um questionário de frequência de consumo alimentar, composto por 44 alimentos.

Responderam ao questionário 142 pais e/ou responsáveis. Apenas aqueles que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, puderam participar da pesquisa.

Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa Excel Microsoft® e apresentados a partir de estatística descritiva. Os dados categóricos foram expressos como frequência absoluta e porcentagem, já os numéricos apresentados como média e desvio padrão. Para avaliar a associação entre a presença de reação adversa a alimentos e presença de sintomas, utilizou-se o teste de McNemar que é utilizado em caso de amostra pareada. Todos os dados foram avaliados no *software* estatístico *IBM SPSS Statistics 20.0*, sendo o nível de significância de 5%.

(40,5%, n=49) nas faixas etárias de 3 a 6 anos e 7 a 10 anos. Quanto ao sexo, a distribuição é quase equilibrada, com 52,1% (n=63) de meninos e 47,9% (n=58) de meninas. A maioria das crianças frequenta escolas privadas (61,2%, n=74), e a maioria reside em Nova Iguaçu (77,7%, n=94) (Quadro 1).

Os participantes apresentaram peso médio de 22,3 kg (\pm 10,9), altura média de 1,11 m (\pm 0,24) e índice de massa corporal (IMC) médio de 17,3 kg/m² (\pm 4,7). A maioria das crianças foi classificada segundo o índice IMC/Idade como eutrófica

(49,6%, n=60) e a soma das crianças com sobrepeso e obesidade foi de 38,8% (n=47). Em relação ao acompanhamento pediátrico, a grande maioria (90,1%, n=109) realiza consultas regulares com pediatra (Quadro 2).

Quadro 1 – Perfil dos participantes

Indicador	(n=121)
Principal cuidador, n (%)	
Mãe	101 (83,5)
Avôs	11 (9,1)
Pai	3 (2,5)
Outros	6 (4,9)
Idade (anos) , média \pm desvio padrão	5,5 \pm 2,9
Faixa etária (anos), n (%)	
0 – 2 anos	23 (19,0)
3 – 6 anos	49 (40,5)
7 – 10 anos	49 (40,5)
Sexo, n (%)	
Menino	63 (52,1)
Menina	58 (47,9)
Tipo de escola que frequenta, n (%)	
Privada	74 (61,2)
Pública	27 (22,3)
Não frequente escola	20 (16,5)
Município que mora, n (%)	
Nova Iguaçu	94 (77,7)
Belford Roxo	10 (8,3)
São João de Meriti	6 (5,0)
Mesquita	3 (2,5)
Nilópolis	3 (2,5)
Magé	2 (1,7)
Queimados	2 (1,7)
Duque de Caxias	1 (0,8)

Quadro 2 – Perfil clínico das crianças do estudo

Indicador	(n=121)
Peso (kg)	22,3 ± 10,9
Altura (m)	1,11 ± 0,24
IMC (kg/m ²)	17,3 ± 4,7
Classificação do IMC, n (%)	
Baixo peso	14 (11,6)
Eutrófico	60 (49,6)
Sobrepeso	16 (13,2)
Obesidade	31 (25,6)
Acompanhamento regular com pediatra, n (%)	
Sim	109 (90,1)
Não	12 (9,9)
Presença de reação adversa após ingestão de algum alimento, n (%)	
Sim	32 (26,5)
Não	89 (73,5)

Legenda: IMC: índice de massa corporal

Do total de crianças participantes do estudo, 26,5% (n=32) apresentaram alguma reação adversa após a ingestão de alimentos (Quadro 2). Entre as crianças que relataram reações, 28,1% (n=9) foram diagnosticadas com alergia alimentar, 28,1% (n=9) com intolerância alimentar e 43,8% (n=14) ainda não obtiveram diagnóstico definitivo. A análise dos dados evidenciou uma associação potencial entre o histórico familiar de alergias e a ocorrência de reações alérgicas nas crianças. Dentre as famílias que relataram histórico familiar positivo para alergias (n=44), 17 observaram reações alérgicas

em seus filhos. A maioria das reações ocorreu dentro de 2 horas após a ingestão do alimento, e em 40,6% (n=13) dos casos, as crianças precisaram de atendimento médico de urgência. Em relação ao uso de medicamentos, 65,6% (n=21) dos casos demandaram intervenção medicamentosa. Após a reação adversa, 59,4% (n=19) das crianças consumiram novamente o alimento relacionado à reação, e 18,7% apresentaram uma nova reação. Contudo, 75% (n=24) das crianças interromperam o consumo do alimento após a reação (Quadro 3).

Quadro 3 – Perfil de crianças que apresentação alguma reação adversa a alimentos

Indicador	Resultado (n=32)
Diagnóstico, n (%)	
Alergia Alimentar	9 (28,1)
Intolerância Alimentar	9 (28,1)
Ainda não teve diagnóstico	14 (43,8)
Tempo até início da reação alérgica, n (%)	
Até 2h	18 (56,2)
Depois de 2h	14 (43,8)
Ida ao hospital após reação alérgica, n (%)	
Sim, com urgência	13 (40,6)
Sim, no dia seguinte	5 (15,6)
Não	14 (43,8)
Necessitou de medicamento, n (%)	
Sim	21 (65,6)
Não	11 (34,4)
Após reação adversa, houve consumo da comida novamente, n (%)	
Sim	19 (59,4)
Não	13 (40,6)
Presença de reação adversa novamente, n (%)	
Sim	6 (18,7)
Não	26 (81,3)
A criança parou de consumir a comida que teve reação adversa, n (%)	
Sim	24 (75)
Não	8 (25)
Histórico Familiar de alergia, n (%)	
Não	9 (28,1)
Não sabe	6 (18,7)
Sim	17 (53,2)

Entre as crianças que apresentaram alguma reação adversa, o alimento mais frequentemente relacionado foi o leite (n=17), seguido por camarão (n=5) e ovo (n=4), conforme ilustrado na Figura 1. Quanto aos tipos de reações, a manifestação

clínica mais comum foi a cutânea (manchas ou coceiras), seguida pelas reações gastrointestinais, incluindo diarreia, vômito ou enjoo, e por dor abdominal (Quadro 4).

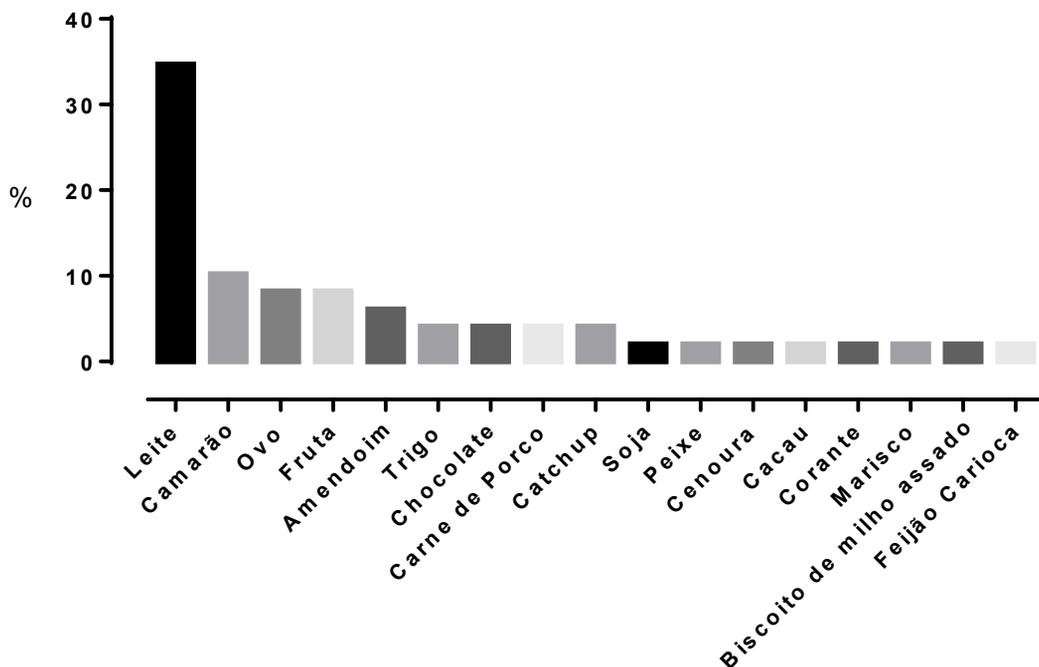


Figura 1 – Alimentos que causaram reação adversa nas crianças estudadas

Quadro 4 – Principais sinais e sintomas observados nas crianças estudadas

Sintoma	Frequência	Percentual (%)
Reações cutâneas (manchas ou coceira)	16	21,6
Vômito	11	14,9
Enjoo	11	14,9
Reações Gastrointestinais	11	14,9
Dor de barriga	8	10,8
Reações oculares (inchaço ou coceira)	7	9,5
Tosse ou coceira na garganta ou boca	6	8,1
Outra	3	4,1
Falta de ar	1	1,3

Concernente aos dados sobre o cuidado com a alimentação entre os participantes do estudo que apresentaram algum sintoma de reação adversa a alimentos (n=32), destacando o papel de profissionais, as dificuldades enfrentadas e o tempo de adesão a dietas restritivas, observou-se que 56,3% (n=18) dos participantes foram auxiliados por pediatras e 21,9% (n=7) por nutricionistas, enquanto 28,1% (n=9) não contaram com apoio profissional. Em relação às dificuldades para adaptar a alimentação, 59,4% (n=19) relataram não ter problemas, enquanto 18,6% (n=6) enfrentaram alguma dificuldade. Quanto ao tempo de dieta restritiva, 21,9% (n=7) seguem a dieta por 1 a 3 anos, 12,5% (n=4) por 4 a 6 anos, e 18,8% (n=6) por mais de 6 anos.

Em relação às dificuldades encontradas na adaptação da alimentação, foram registradas seis respostas válidas por parte dos cuidadores. As principais dificuldades relatadas incluíram: “Achar o

leite que fosse sem lactose e sem proteína do leite”, “Conseguir não ingerir nada com leite”, “Dificuldade de encontrar os alimentos certos (bem no início)”, “Fazer a troca da alimentação”, “Ir para alguns lugares e ter que levar comida” e “Rodízio e acessibilidade”. Em relação ao suporte profissional recebido, a maior parte das famílias que relataram dificuldades na adaptação alimentar indicou receber acompanhamento de pediatras, enquanto poucos casos mencionaram o envolvimento de nutricionistas.

Entre as crianças cujos pais relataram a ausência de reações adversas a alimentos, o quadro 5 apresenta uma lista de sinais e sintomas que, ainda assim, podem estar relacionados a possíveis manifestações adversas. Embora os pais não tenham associado diretamente esses sintomas a reações alimentares, os achados sugerem uma possível relação entre sensibilidades alimentares e essas condições.

Quadro 5 – Sinais e sintomas apresentados em algum momento nas crianças que os pais relataram não ter reação adversa a alimentos

Sintoma	Frequência	Percentual (%)
Dermatite atópica moderada a grave (descamação e ressecamento da pele, com ou sem formação de feridas)	15	17,1
Constipação intestinal	14	15,9
Asma	11	12,5
Assadura e ou fissura perianal	11	12,5
Refluxo gastroesofágico	9	10,2
Vômitos em jato	8	9,1
Baixo ganho de peso e baixo crescimento	6	6,8
Sangue nas fezes	3	3,4
Não apresentaram	44	50

A análise dos dados demonstrou uma associação significativa ($p < 0,0001$) entre a presença de reações adversas e a ocorrência de sintomas, utilizando o teste de McNemar. Entre os indivíduos que relataram reações adversas, 78,8% ($n=26$) também apresentaram sintomas, enquanto 21,2% ($n=7$) não relataram sintomas. Por outro lado, entre aqueles que não apresentaram reações adversas, 50% ($n=44$) relataram sintomas e os outros 50% ($n=44$) não apresentaram sintomas.

O questionário de frequência alimentar revelou padrões variados de consumo entre os participantes, onde foi possível identificar alimentos que podem estar associados a alergias ou intolerâncias alimentares. Produtos lácteos, como leite integral [27,3% ($n=33$) consumindo duas ou mais vezes por dia] e iogurte [28,9% ($n=35$) consumindo de duas a quatro vezes por semana], são conhecidos

Discussão

Os resultados deste estudo refletem tendências observadas em pesquisas sobre o perfil sociodemográfico de crianças e seus cuidadores no Brasil. A predominância de mães como principais cuidadoras está alinhada com estudos que destacam o papel central das mulheres na criação dos filhos. Por exemplo, uma pesquisa encontrou que 92,2% dos cuidadores eram mulheres, sendo 68,6% mães [17]. A Agência Brasil [18] apontou que, em 2015, dos 10,3 milhões de crianças brasileiras com menos de 4 anos, a maioria tinha uma mulher (mãe, mãe de criação ou avó) como principal responsável no domicílio.

A distribuição equilibrada entre meninos e meninas está de acordo com dados populacionais gerais. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira apresenta uma distribuição por sexo relativamente equilibrada.

por levar a reações adversas a crianças com intolerância à lactose e também alergia à proteína do leite de vaca. Além disso, alimentos à base de trigo, como pão francês [24% ($n=29$) consumindo uma vez por dia] e bolo [28,1% ($n=34$) consumindo de duas a quatro vezes por semana], podem desencadear reações em indivíduos com alergia ao trigo ou intolerância ao glúten. Outros alimentos potenciais para reações incluem ovos, consumidos por 33,9% ($n=41$) duas a quatro vezes por semana, e frutos do mar, como peixe, que 22,3% ($n=27$) relataram consumir na mesma frequência. No grupo de alimentos industrializados, produtos como salsichas, presunto e salame [19% ($n=23$) consumindo de duas a quatro vezes por semana] podem conter aditivos alimentares que provocam reações adversas em indivíduos sensíveis.

A alta proporção de crianças frequentando escolas privadas em comparação com públicas pode indicar desigualdades socioeconômicas. Dados do Censo Escolar de 2022 mostram que, embora a maioria das matrículas no Brasil esteja na rede pública, há uma concentração de matrículas na rede privada em determinados segmentos da população [19]. Vale destacar que o estudo incluiu também crianças em idade não escolar.

Os resultados observados neste estudo demonstram uma prevalência de excesso de peso superior aos dados nacionais mais recentes. Segundo um estudo de 2024, a prevalência de obesidade na faixa etária de 5 a 10 anos foi de 13,8% entre meninos e 11,2% entre meninas [20]. Ademais, dados do Ministério da Saúde de 2022 apontaram que 9,4% das meninas e 12,4% dos meninos brasileiros são considerados obesos [21]. A discrepância entre os

achados deste estudo e as estatísticas nacionais pode estar relacionada a fatores regionais, socioeconômicos ou comportamentais específicos da população analisada, como padrões alimentares inadequados, menor acesso a atividades físicas regulares e desigualdades no acesso a serviços de saúde. Esses aspectos ressaltam a importância de intervenções locais direcionadas à prevenção e ao manejo do excesso de peso infantil, considerando as particularidades do contexto regional.

No que se refere ao acompanhamento pediátrico, o alto percentual de crianças com consultas regulares configura um dado positivo, demonstrando bom acesso a cuidados de saúde preventivos. Por outro lado, 9,9% (n=12) das crianças não realizam acompanhamento pediátrico, o que pode limitar o diagnóstico precoce de algumas condições e impactar a saúde e o desenvolvimento infantil. Esses achados ressaltam a importância de políticas públicas que garantam o acesso integral à saúde infantil e ampliem as estratégias de rastreamento precoce.

A elevada ocorrência de reações adversas a alimentos observada no estudo reforça a relevância do tema, especialmente considerando que uma parte significativa das crianças afetadas ainda não recebeu um diagnóstico conclusivo. Essa ausência de diagnóstico pode ser atribuída a dificuldades no acesso a serviços especializados, bem como à falta de conhecimento adequado sobre alergias e intolerâncias alimentares por parte de cuidadores e profissionais de saúde. Tal cenário é preocupante, pois, conforme ressaltado na literatura, atrasos no diagnóstico de alergias alimentares aumentam o risco de exposição contínua aos alérgenos e o surgimento de complicações clínicas [22].

A associação observada entre o histórico familiar de alergias e as reações alérgicas nas crianças está em concordância com estudos prévios que ressaltam a influência dos fatores genéticos no

desenvolvimento de alergias alimentares. Segundo a revisão de Sicherer e Sampson [22], crianças com histórico familiar positivo para condições alérgicas apresentam maior propensão ao desenvolvimento de alergias alimentares, o que pode ser explicado pela interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias de triagem precoce em crianças com histórico familiar de alergia, bem como a importância de capacitação de profissionais de saúde para o reconhecimento e manejo adequado dessas condições.

O fato de o suporte profissional reportado ser predominantemente oferecido por pediatras representa um aspecto positivo, pois garante o acompanhamento médico necessário. No entanto, o envolvimento limitado de nutricionistas evidencia uma lacuna importante no manejo desses casos. Nutricionistas são profissionais essenciais no planejamento de dietas seguras e equilibradas, especialmente para crianças com restrições alimentares, além de desempenharem papel fundamental na orientação de famílias sobre substituições alimentares adequadas. Conforme apontado por Vieira *et al.* [23], a atuação efetiva de nutricionistas em equipes multidisciplinares contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida de crianças com alergias alimentares e de suas famílias, ao assegurar uma abordagem mais completa, que abrange tanto o aspecto clínico quanto o nutricional. Assim, os dados reforçam a necessidade de integrar o nutricionista de forma mais ativa no cuidado dessas crianças, promovendo um atendimento interdisciplinar mais eficiente e humanizado.

A predominância de reações alérgicas que surgem em até 2 horas após a ingestão do alimento está em consonância com o perfil de reações mediadas por IgE, que geralmente apresentam início rápido e podem variar de manifestações leves, como

urticária, a quadros mais graves, incluindo anafilaxia. Conforme destacado por Sicherer e Sampson [22], o tempo de início precoce é uma característica típica das alergias alimentares mediadas por IgE, o que reforça a necessidade de capacitar familiares e cuidadores para o reconhecimento imediato dos sinais e sintomas, possibilitando uma resposta adequada e tempestiva. O fato de uma parte considerável das crianças ter necessitado de atendimento de urgência, associado à necessidade de medicamentos em uma parcela significativa dos casos, evidencia o potencial de gravidade dessas reações. Por outro lado, o dado de que uma parte expressiva dos participantes não procurou atendimento hospitalar, mesmo diante de uma reação adversa, levanta questões sobre o desconhecimento ou subvalorização do risco por parte dos cuidadores. Esse cenário reforça a importância de ações educativas e orientações contínuas às famílias, além do fortalecimento de políticas públicas que garantam o acesso rápido a atendimento especializado em casos de reações alimentares graves.

Estudos prévios corroboram a necessidade de atendimento médico e medicamentos em casos de reações alérgicas. Lieberman *et al.* [24] mostraram que cerca de 20% das reações anafiláticas resultam em hospitalização imediata, sendo necessária a administração de adrenalina em até 80% dos casos graves. A adesão ao uso de medicamentos é uma prática comum em episódios moderados a graves, especialmente no manejo de sintomas como urticária, edema e dificuldade respiratória [25]. Além disso, Panesar *et al.* [26] indicam que muitos indivíduos subestimam os riscos associados às reações alérgicas, o que pode explicar a elevada taxa de indivíduos que não buscaram assistência médica no presente levantamento.

A elevada taxa de reexposição ao alimento sugere uma possível falta de orientação adequada aos cuidadores sobre os riscos envolvidos na

reintrodução do alimento suspeito. A reincidência de reações adversas em uma parte dos casos após nova ingestão reforça a necessidade de acompanhamento especializado. Conforme apontado por Vieira *et al.* [23], a educação nutricional e o suporte de profissionais capacitados, como nutricionistas e alergistas, são fundamentais para prevenir reexposições acidentais e garantir o manejo seguro de dietas de eliminação.

Por outro lado, a decisão da maioria dos cuidadores em suspender o consumo do alimento após a reação demonstra uma resposta adequada e consciente diante do problema. No entanto, o fato de uma parte das famílias manterem o alimento na dieta da criança, mesmo após a reação adversa, pode refletir incertezas quanto ao diagnóstico, dificuldades no acesso a alimentos substitutos ou falta de informação clara sobre as consequências da reexposição. Esses dados evidenciam a importância de estratégias educativas, orientações específicas e suporte contínuo para as famílias, com o objetivo de assegurar a segurança alimentar e o bem-estar das crianças com suspeita ou diagnóstico de alergia alimentar.

Os achados do estudo reforçam a importância de identificar os alimentos específicos responsáveis pelas reações adversas, com o objetivo de orientar o manejo dietético e clínico adequado. O leite, como o principal alimento associado às reações alérgicas nesta amostra, está de acordo com dados epidemiológicos que apontam a alergia à proteína do leite de vaca como uma das alergias alimentares mais comuns na infância, especialmente em crianças menores de 3 anos, com uma incidência estimada entre 2% e 3% [27]. Além disso, o camarão e o ovo, também frequentemente relatados neste estudo, são reconhecidos como importantes alérgenos alimentares, tanto em adultos quanto em crianças predispostas [28].

Em relação aos sintomas, reações cutâneas são, de fato, os sinais mais comuns de alergias alimentares em crianças, com prevalência estimada em 80% dos casos leves ou moderados. As manifestações gastrointestinais, incluindo vômito, diarreia e dor abdominal, aparecem em cerca de 30% a 50% dos casos de alergias alimentares [29].

A adesão a dietas com determinadas restrições alimentares é desafiadora, especialmente em casos de alergias alimentares ou intolerâncias. Estudos indicam que a orientação de profissionais, como pediatras e nutricionistas, é fundamental para o sucesso no manejo dietético. De acordo com Allen *et al.* [30], a falta de acompanhamento profissional pode levar a falhas na exclusão de alérgenos ou ao consumo inadequado de nutrientes, comprometendo a saúde do indivíduo, especialmente em crianças. Em termos de tempo de adesão, períodos mais longos de dieta restritiva, como os relatados por 18,8% (n=6) dos participantes (mais de 6 anos), sugerem a necessidade de suporte contínuo, tanto nutricional quanto psicológico, para evitar a monotonia alimentar e o esgotamento emocional. As dificuldades mencionadas, especialmente relacionadas à busca por leite sem lactose e sem proteína do leite, bem como à acessibilidade a alimentos adequados, são consistentes com base nos desafios descritos por Turnbull *et al.* [9], que destacam a limitação na oferta de produtos específicos e o custo elevado como barreiras frequentes enfrentadas por famílias que precisam seguir dietas restritivas. Além disso, o relato sobre a dificuldade inicial de encontrar alimentos adequados e realizar a substituição alimentar reforça o que foi apontado por Venter *et al.* [31], ao descrever a fase inicial da dieta de eliminação como um momento crítico de adaptação para as famílias.

A dificuldade de participar de eventos sociais e a necessidade de levar a própria comida, destacada

por alguns cuidadores, também refletem o impacto social das restrições alimentares. Conforme discutido por DunnGalvin *et al.* [32], situações sociais, como festas, passeios e refeições fora de casa, são comumente citadas como fontes de estresse adicional para famílias e indivíduos que vivem com alergias alimentares, comprometendo a qualidade de vida e a integração social da criança. Dessa forma, os dados reforçam a importância de fornecer suporte contínuo, tanto clínico quanto nutricional e psicossocial, para auxiliar as famílias na adaptação alimentar e na superação das barreiras enfrentadas no cotidiano.

Com relação às crianças cujos pais não relataram reações adversas a alimentos, os sintomas descritos, embora não diretamente associados a essas reações segundo os relatos parentais, podem indicar condições subjacentes relacionadas a sensibilidades alimentares ou doenças inflamatórias. Dermatite atópica é frequentemente associada a uma predisposição alérgica, e Akdis *et al.* [33] relataram que cerca de 20% das crianças com dermatite atópica apresentam sensibilização alimentar, mesmo sem diagnóstico clínico de alergia. Constipação intestinal, asma, refluxo gastroesofágico e baixo ganho de peso também podem ter associações subjacentes com sensibilidades alimentares ou doenças inflamatórias. A constipação, por exemplo, é frequentemente vinculada à ingestão de leite de vaca, sendo um sintoma funcional que pode melhorar significativamente com a exclusão desse alimento [34]. A asma apresenta uma relação complexa com alergias alimentares, já que exposições a alérgenos podem agravar os sintomas respiratórios em indivíduos predispostos [33]. O refluxo gastroesofágico é exacerbado por alimentos específicos, como alimentos ácidos ou alergênicos, aumentando o desconforto gastrointestinal em crianças [35]. Por fim, o baixo ganho de peso e crescimento, apesar de menos frequente,

é um indicador clínico relevante de possíveis condições inflamatórias, como a proctocolite alérgica induzida por proteínas alimentares, que podem comprometer a absorção de nutrientes e afetar o desenvolvimento infantil [36].

Crianças com reações adversas a alimentos estão mais propensas a manifestar sintomas clínicos, de acordo com teste de McNemar, reforçando o papel das alergias alimentares como um fator contribuinte para diversas condições de saúde. Alergias alimentares, especialmente as mediadas por IgE, estão frequentemente associadas a manifestações cutâneas, gastrointestinais e respiratórias [36]. Estima-se que até 90% das crianças com alergias alimentares apresentem algum tipo de sintoma clínico, sendo os mais comuns urticárias, vômitos, diarreia e angioedema [27].

A presença de sintomas em crianças sem diagnóstico de reação adversa pode indicar condições subjacentes, como intolerâncias alimentares ou doenças inflamatórias gastrointestinais que ainda não foram identificadas, como observado em uma parte dos casos do grupo «não». Estudos como o de Allen *et al.* [30] destacam que sintomas gastrointestinais, como constipação e refluxo, podem ocorrer mesmo na ausência de alergias diagnosticadas, muitas vezes ligados a sensibilidades alimentares ou disbiose intestinal.

Conclusão

A prevalência de reações adversas a alimentos entre crianças de 7 meses a 10 anos, residentes na região da Baixada Fluminense, demonstra uma associação significativa com a manifestação de sintomas clínicos, destacando-se a dermatite atópica, constipação e refluxo gastroesofágico. Os dados analisados indicam o leite de vaca, ovo e trigo como principais alimentos envolvidos nesses

O estudo apresenta como principal ponto forte o fato de ser uma das primeiras investigações sobre a prevalência de reações adversas a alimentos em crianças da Baixada Fluminense, uma região com carência de dados específicos, fornecendo informações relevantes para o planejamento de políticas públicas e ações de saúde. A abordagem quantitativa e o uso de um questionário estruturado possibilitaram a obtenção de dados detalhados sobre os tipos de alimentos envolvidos, os sintomas manifestados e o acesso ao diagnóstico e tratamento, destacando a importância de maior suporte multiprofissional.

Além disso, o tamanho da amostra (121 crianças) contribui para a representatividade dos dados locais. No entanto, o estudo também apresenta algumas limitações importantes, como o uso de amostragem por conveniência, o que pode limitar a generalização dos resultados para toda a população da região. Outro dificultador foi a ausência de confirmação clínica formal das reações adversas por meio de exames ou testes específicos, limitando a precisão do diagnóstico relatado, o que pode superestimar ou subestimar a prevalência real das alergias e intolerâncias. Por fim, o predomínio de dados autorreferidos pelos cuidadores pode estar sujeito a vieses de memória e interpretação.

quadros, ressaltando a relevância de uma abordagem diagnóstica precoce e criteriosa.

A lacuna observada no diagnóstico e manejo das reações adversas sugere a necessidade de maior conscientização e capacitação de profissionais de saúde, além de um acesso ampliado a serviços especializados. A adesão a dietas com

restrições alimentares específicas também se mostrou um desafio, tanto pelo impacto social quanto pelas dificuldades práticas relatadas pelos cuidadores, evidenciando a relevância do suporte contínuo de pediatras e nutricionistas para o sucesso do manejo alimentar.

Esses achados reforçam a importância de estratégias multidisciplinares para prevenção, diagnóstico e manejo das reações adversas a alimentos, visando não apenas mitigar os sintomas, mas também promover o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Investimentos em educação alimentar, políticas públicas para acessibilidade a alimentos seguros e acompanhamento especializado são essenciais para reduzir o

impacto das alergias e intolerâncias alimentares na qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

Fontes de financiamento

Programa de Iniciação Científica (PIC) da Universidade Iguazu (UNIG)

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Repossi LCC, Santos AMC; Obtenção de dados: Repossi LCC; Análise e interpretação dos dados: Repossi LCC, Santos AMC; Análise estatística: Santos AMC; Redação do manuscrito: Repossi LCC, Santos AMC; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Repossi LCC, Santos AMC.

Referencias

1. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36:164-70. doi:10.1590/1984-0462/2018;36;3;00003.
2. Araújo NR, Freitas FMNO, Lobo RH. Formação de hábitos alimentares na primeira infância: benefícios da alimentação saudável. *Res Soc Dev.* 2021;10(15):e238101522901. doi:10.33448/rsd-v10i15.52290.
3. Figueiredo DH, Rodrigues AP, Silva LM. Avaliação da prevalência de alergias e intolerâncias alimentares e do consumo alimentar de escolares matriculados em escolas municipais no interior de São Paulo. *J Health Sci Inst.* 2021;39(2):116-32. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1517005>.
4. Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI). *Alergia alimentar.* São Paulo: ASBAI; 2018. doi:10.5935/2526-5393.20180004
5. Gonçalves SOA, Saron MLG. Adesão ao tratamento dietético e evolução do estado nutricional de uma criança com alergia alimentar múltipla: relato de caso. *Rev Valore.* 2023;8:30-40. doi:10.5281/zenodo.4024031.
6. Malucelli M, Farias R, Mello RG, Prando C. Biomarkers associated with persistence and severity of IgE-mediated food allergies: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2023;99(4):315-21. doi:10.1016/j.jped.2022.08.005.
7. Araújo LCS, Torres SFR, Carvalho MA. Alergias alimentares na infância: uma revisão da literatura. *Rev Uningá.* 2019;56(3):29-39. doi:10.46311/2318-0579.
8. Barros DM, Moura DF, Monte ZS, Lima CVB, Ribeiro ANS, Silva MM. Alergia e intolerância alimentar: uma revisão de literatura. *Braz J Dev.* 2023;9(4):13273-83. doi:10.34117/bjdv9n4-464.

9. Turnbull JL, Adams HN, Gorard DA. Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41(1):3-25. doi:10.1111/apt.13003.
10. Tuck CJ, Biesiekierski JR, Schmid-Grendelmeier P, Pohl D. Food Intolerances. *Nutrients.* 2019;11(7):1684. doi:10.3390/nu11071684.
11. Du Toit G, Roberts G, Morgan G, Fleischer DM, Lacour M, Becker S, et al. Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122(5):984-91. doi:10.1016/j.jaci.2008.08.039.
12. Koplin JJ, Martino D, Pendlington P, Tan H, Sargent P, Surette A. Epidemiology of egg allergy and the relationship with early introduction of eggs: An observational study. *Clin Exp Allergy.* 2010;40(4):578-89. doi:10.1111/j.1365-2222.2009.03480.x.
13. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Lamberg-Allardt C, Niemi M, Virtanen SM. Timing of infant feeding in relation to childhood asthma and allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(1):107-13. doi:10.1016/j.jaci.2010.03.022.
14. Gomes RN, Silva DR, Yonamine GH. Impacto psicossocial e comportamental da alergia alimentar em crianças, adolescentes e seus familiares: uma revisão. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018;95-100. doi:10.5935/2526-5393.20180007.
15. Dias SGS. A alergia alimentar e o impacto na criança e na família [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/36668>.
16. Patriarca G, Schiavino D, Pecora V, Lombardo C, Pollastrini E, Aruanno A. Food allergy and food intolerance: diagnosis and treatment. *Intern Emerg Med.* 2009;4(1):11-24. doi:10.1007/s11739-008-0157-y.
17. Trigueiro LCL, Freitas FN, Oliveira APS. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. *Fisioter Pesq.* 2011;18:223-7. doi:10.11606/issn.2318-5104.
18. Agência Brasil. Mulher é principal responsável pela criança no domicílio, aponta IBGE. Brasília: Agência Brasil; 2017. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-03/ibge-mulher-%C3%A9-principal-responsavel-pela-crianca-no-domicilio>
19. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo Escolar da Educação Básica 2022: Resumo Técnico. Brasília: INEP; 2023. Available from: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2022.pdf
20. Brasil de Fato. Prevalência de sobrepeso e obesidade aumenta entre crianças brasileiras. Brasil de Fato; 2024. Available from: <https://www.brasildefato.com.br/2024/04/01/prevalencia-de-sobrepeso-e-obesidade-aumenta-entre-criancas-brasileiras/>
21. Ministério da Educação. Obesidade infantil no Brasil. Brasília: MEC; 2022. Available from: <https://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/obesidade-infantil>
22. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *N Engl J Med.* 2018;379(4):362-71. doi:10.1056/NEJMra1714467.

23. Vieira MC, Ferreira PM, Silva CJ. Impacto do acompanhamento nutricional em crianças com alergia alimentar. *Rev Bras Cienc Nutr.* 2021;36(2):150-8. doi:10.13140/RG.2.2.28253.56803.
24. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Birnbaum E, Greenberger PA, Kemp SF, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010;105(6):471-6. doi:10.1016/j.anai.2010.10.022.
25. Simons FER, Arguelles L, Lee J, Anthony M. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135(3):574-81. doi:10.1016/j.jaci.2015.01.043.
26. Panesar SS, Joppi R, Diamond G, Richardson A, Rader J. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy.* 2013;68(11):1353-61. doi:10.1111/all.12272.
27. Savage J, Fischer R. Epidemiology of food allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016;4(5):986-94. doi:10.1016/j.jaip.2016.07.006.
28. Turner PJ, Campbell DE, Kapoor S, Prakash A, Perry TT. Managing food allergies: a systematic review of current recommendations. *Clin Transl Allergy.* 2021;11:e12011. doi:10.1002/cta2.12011.
29. Carrera M, Lopez E, Garcia N, Ramos V, Torres J. Allergic reactions to foods in children: Epidemiology and management. *J Pediatr Allergy Immunol.* 2020;31(1):12-23. doi:10.1111/pai.13234.
30. Allen KJ, Boyle RJ, Campbell DE, Briner W, Sampson HA. Dietary management of food allergies: A practical approach. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(2):335-42. doi:10.1016/j.jaip.2020.11.010.
31. Venter C, Ekbom P, Skevakis E. Management of cow's milk allergy: From diagnosis to prevention. *Clin Transl Allergy.* 2021;11:3-10. doi:10.1002/cta2.12009.
32. Dunggalvin A, Hourihane JO, Stennett R. Impact of food allergy on quality of life. *Pediatr Allergy Immunol.* 2019;30(4):402-13. doi:10.1111/pai.13051.
33. Akdis CA, Arbeitman L, Arsuaga F, Schatz M, Waidanapathirana N. Pathogenesis of atopic dermatitis: disease mechanisms and novel therapeutic targets. *Allergy.* 2020;75(1):144-66. doi:10.1111/all.13988.
34. Kokkonen M, Hakkarainen J, Loponen J. Cow's milk-related symptoms and quality of life in children evaluated with the double-blind, placebo-controlled food challenge. *Acta Paediatr.* 2019;108(3):537-43. doi:10.1111/apa.14591.
35. Noble L, Dawson P, Clark E. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70(4):483-97. doi:10.1097/MPG.0000000000002629.
36. Venter C, Meyer R, Nutten S. Managing the diet of children with food allergies: practical tips and challenges. *Clin Transl Allergy.* 2021;7:6. doi:10.1002/cta.12105.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.