

ADESÃO AO TRATAMENTO DIETÉTICO E EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE UMA CRIANÇA COM ALERGIA ALIMENTAR MÚLTIPLA: RELATO DE CASO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DIETÉTICO Y EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UN NIÑO CON ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO

ADHERENCE TO DIET TREATMENT AND EVOLUTION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF A CHILD WITH MULTIPLE FOOD ALLERGY: CASE REPORT

Sâmella de Oliveira Ananias Gonçalves*
samellagoncalve@gmail.com

Margareth Lopes Galvão Saron*
mlgsaron@gmail.com

*Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, Brasil

Resumo

A Alergia Alimentar acomete parte significativa da população na contemporaneidade, considerada um problema de saúde pública em ascensão que envolve crianças e adultos, sendo o principal método de tratamento a exclusão dietética do alérgeno em questão. Neste âmbito, o presente trabalho objetivou-se a acompanhar a adesão ao tratamento e evolução do estado nutricional de uma criança diagnosticada com reação adversa múltipla ao alérgenos ovo, soja, trigo e leite. Por meio de diálogo ativo e comparações das evoluções clínica e nutricional, a partir de dados antropométricos, bioquímicos e sinais e sintomas característicos ao longo do tratamento. Foram utilizados para classificação antropométrica os pontos de corte do SISVAN de acordo com a idade. Diante o acompanhamento, foi comprovada a eficácia da evicção dos alérgenos na rotina alimentar, associada a educação alimentar e nutricional, instruções de manejo nutricional e devidas adequações e intervenções dietoterápicas, além do acompanhamento multidisciplinar. O quadro clínico de Alergia Alimentar foi cessado e o estado nutricional inicial modificado positivamente, seguindo um cronograma de, aproximadamente, um ano e meio de tratamento. Visto que o déficit nutricional em quadros de Alergia Alimentar é presente, uma adesão de qualidade ao tratamento rege resultados benéficos e consequente evolução clínica, sendo o papel do acompanhamento nutricional evitar consequências adversas.

PALAVRAS- CHAVE: Alergia alimentar. Alergia alimentar múltipla. Alérgenos. Estado nutricional.

Resumen

La alergia alimentaria afecta a una parte importante de la población en la época contemporánea, considerado un problema creciente de salud pública que involucra a niños y adultos, siendo el principal método de tratamiento la exclusión dietética del alérgeno en pregunta. En este contexto, el presente trabajo tuvo como objetivo monitorear la adherencia a la tratamiento y evolución del estado nutricional de un niño diagnosticado de Múltiples efectos adversos a alérgenos de huevo, soja, trigo y leche. A través del diálogo activo y comparaciones de evolución clínica y nutricional, basadas en datos antropométricos, parámetros bioquímicos y signos y síntomas característicos a lo largo del tratamiento. Fueron utilizados para la clasificación antropométrica, los puntos de corte del SISVAN según con la edad. En vista del seguimiento, la efectividad del desalojo de los alérgenos en la rutina alimentaria, asociados a la educación alimentaria y nutricional, instrucciones de manejo nutricional y ajustes e intervenciones dietéticos apropiados, además del seguimiento multidisciplinario. El cuadro clínico de Alergia Alimentaria fue cesó y el estado nutricional inicial se modificó positivamente, tras un calendario de aproximadamente un año y

medio de tratamiento. Desde el déficit el estado nutricional en Alergia Alimentaria está presente, una adherencia de calidad a la el tratamiento rige los resultados beneficiosos y la consecuente evolución clínica, y el papel seguimiento nutricional para evitar consecuencias adversas.

PALABRASCLAVE: Alergia alimentaria. Alergia alimentaria múltiple. Alérgenos. Estados nutricionales.

Abstract

Food Allergy affects a significant part of the population nowadays, considered a growing public health problem that affects children and adults, with the main treatment method being the dietary exclusion of the allergen in question. In this context, this study aimed to monitor adherence to treatment and evolution of the nutritional status of a child diagnosed with multiple adverse reactions to egg, soy, wheat and milk allergens. Through active dialogue and comparisons of clinical and nutritional evolution, based on anthropometric and biochemical data and characteristic signs and symptoms throughout the treatment. The SISVAN cutoff points according to age were used for anthropometric classification. Upon monitoring, the efficacy of allergen avoidance in the food routine was proven, associated with food and nutrition education, nutritional management instructions and appropriate dietary adjustments and interventions, in addition to multidisciplinary follow-up. The clinical picture of Food Allergy was to speed and the initial nutritional status was positively modified, following a schedule of approximately one and a half year of treatment. Since the nutritional deficit in Food Allergy conditions is present, quality adherence to treatment governs beneficial results and consequent clinical evolution, and the role of nutritional monitoring is to avoid adverse consequences.

KEYWORDS: Food allergy. Multiple food allergy. Allergens. Nutritional status.

1. Introdução

Embora exista uma escassez de dados a respeito da incidência de Alergia Alimentar (AA) no Brasil, esta, é considerada um problema de saúde pública mundial na contemporaneidade. A AA se propaga afetando questões nutricionais, qualidade de vida e aumento de riscos ao bem-estar da população (POMIECINSKI et al., 2017). Segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (2009), cerca de 6% a 8% do grupo pediátrico e 2% a 3% dos adultos são afetados por reações alimentares de causas alérgicas. Tal prevalência vem aumentando ao longo das últimas décadas devido, principalmente, a exposição precoce de alimentos processados e ultraprocessados que afetam a microbiota intestinal e o sistema imunológico. Outrossim, mesmo que a patogênese da AA ainda seja desconhecida, o histórico familiar, potência antigênica dos alimentos, dosagem e frequência da exposição ao alérgeno e alterações a nível intestinal são os principais fatores determinantes de predisposição (SEIDMAN; SINGER, 2003).

Portanto, a AA consiste em uma resposta imunológica anormal ou exagerada a um determinado alimento, denominado alérgeno alimentar. Tal situação inclui sinais e sintomas que variam de acordo com a gravidade e o antígeno. As principais manifestações podem surgir nos sistemas cutâneo, gastrointestinal e respiratório, no entanto, casos com maior gravidade, podem desenvolver edema de glote ou até mesmo anafilaxia (ASBAI, 2009).

Estudos indicam que ainda há falta de padronização no que diz respeito a prevalência de AA e aos diferentes dados comparativos para seu diagnóstico, com critérios de inclusão, definições e métodos distintos (FERREIRA; SEIDMAN, 2007). No entanto, é considerado um assunto em ascensão e vem ganhando força diante a literatura.

O diagnóstico é complexo, sendo comumente realizado a partir da história clínica do paciente, de sua hipersensibilidade alimentar e de exames bioquímicos específicos (ASBAI, 2009). Considerada um dos principais indicativos de sensibilização ao alimento suspeito, a detecção de IgE alérgenos-específicos

possui alta prevalência na prática clínica, e permite classificar a AA em mediada por IgE ou não mediada. A AA detectada como mediada por IgE possui manifestação imediata após a ingestão do alérgeno, podendo ser cutânea ou gastrointestinal, enquanto a não mediada por IgE possui manifestação tardia, tendo como principais situações enterocolite em lactentes, enteropatia em lactentes e na fase pré-escolar, além de proctocolite em recém-nascido. No entanto, vale ressaltar, que pode haver Alergia Alimentar mediada por IgA. Portanto, a exclusão do alimento responsável por estas manifestações é a principal conduta terapêutica a ser empregada (SOLÉ et al., 2018). Fatores, estes, de extrema relevância para o acompanhamento do avanço ou regresso do caso clínico e, conseqüentemente, nutricional do paciente.

Neste contexto, existem mais de 170 alérgenos que desencadeiam a reação, sendo leite de vaca, ovo, soja, trigo, amendoim, nozes, peixes e crustáceos os principais responsáveis por 90% do desenvolvimento de AA (ASBAI, 2009), denominados *Big Eighth*. No entanto, ocorrem situações interligadas a alimentos não identificados como causadores de alergias, como kiwi, gergelim e mandioca (NOWAK-WEGRZYN; SAMPSON, 2006). Contudo, há a prevalência de casos em que indivíduos são suscetíveis a desenvolver um grupo de reações imunológicas adversas a mais de um alérgeno, como é o caso descrito no presente trabalho em que tais hipersensibilidades são classificadas como Alergia Alimentar Múltipla (PINHEIRO; PRATES, 2011).

A Alergia ao leite de vaca, é considerada a de maior incidência e possui diagnóstico de difícil precisão e sintomatologia variável (CASTELLO et al., 2004), sendo fator principal para o desenvolvimento de um terço dos casos de dermatite atópica. A Alergia ao ovo, ocorre principalmente nos primeiros anos de vida, relacionada às proteínas da clara (CASTELLO et al., 2004). Enquanto a Alergia a soja, incluída no grupo das leguminosas, está relacionada ao aumento da utilização de aditivos em alimentos industrializados e processados, como a lecitina de soja (COSTA; PRATES; CARRAPATOSO, 2019). Contudo, ambas apresentam manifestações tardias ou imediatas, com sinais e sintomas que variam desde síndrome da alergia oral, broncoespasmo, choque, urticária, hipotensão, até anafilaxia (BATISTA et al., 2000). A Alergia ao trigo, considerada com maior incidência dentre o grupo de cereais, possui suas proteínas como o motivo da alta taxa de sensibilização (SILVA et al., 2005), acometendo em maior proporção crianças nas fases pré-escolar e escolar. Possui manifestações nos sistemas cutâneo, gastrointestinal e respiratório, tendo como principais sinais e sintomas prurido, diarreia, cólica e edema de orofaringe (SOLÉ et al., 2018).

Baseado no exposto e considerando que após o diagnóstico de AA, o principal método com eficácia que atende ao tratamento, na ausência do medicamentoso, é a exclusão dietética do (s) alimento (s) causador (es) em questão, além de ter como base um caso de múltiplas Alergias Alimentares, e sendo válido ressaltar que um percentual significativo do grupo pediátrico diagnosticado com AA apresenta um grau de desnutrição ou baixo peso, com carências nutricionais recorrentes a modificação da rotina alimentar e aos sinais e sintomas oriundos da alergia, tendo a possibilidade de se agravar, afetando os desenvolvimentos físico, motor e social da criança, é imprescindível o acompanhamento nutricional visando prevenção e promoção de saúde, a fim de cessar o quadro de maneira segura e saudável. Em que o paciente não só retorne ao peso considerado ideal como tenha evolução e desfechos clínico e nutricional adequados, com intervenções dietoterápicas necessárias. Sendo o intuito do acompanhamento nutricional proporcionar adesão na nova rotina alimentar, impedindo que possíveis intercorrências ocorram por meio de informações e conceitos em educação alimentar e nutricional adequadas.

Tendo como base essa premissa, o presente trabalho objetivou-se a acompanhar a evolução do estado nutricional e adesão ao tratamento de Alergias Alimentares Múltiplas de uma criança, a fim de avaliar e comparar resultados em relação a conduta proposta.

2. Métodos

Trata-se de um relato de caso a partir de uma criança de dez anos de idade diagnosticada com Alergia Alimentar Múltipla aos alérgenos ovo, soja, trigo e leite, atendido em um Ambulatório de Nutrição de Hospital Universitário de Volta Redonda, Rio de Janeiro. A participação foi espontânea e voluntária após os responsáveis legais serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinarem o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do UniFoa, sob registro CAAE nº 50016621.2.0000.5237.

Foram avaliadas a evolução e adesão do paciente ao tratamento nutricional, realizado de acordo com o protocolo de atendimento padronizado do ambulatório de nutrição.

A evolução foi acompanhada por meio de exames bioquímicos solicitados pelo pediatra responsável pelo atendimento ambulatorial e realizados no laboratório central da prefeitura de Volta Redonda, RJ. Foram realizadas dosagens de Imunoglobulinas específicas (IgE) para amendoim, avelã, castanha do Pará, amêndoa, coco, beta lactoglobulina, alfa lactoalbumina, caseína, grão de soja, trigo e ovo, em que para ambas serem consideradas indetectáveis, os valores de referência devem se encontrar inferiores a 0,10 KU/L. Além de exame parasitológico de fezes (EPF), piócitos fecais (negativos), urocultura (negativo ou normal), sangue oculto (negativo), vitaminas D (acima de 20 ng/ml) e B12 (masculino:130 a 868 pg/mL), entre outros exames de rotina. Foi obtido Recordatório Alimentar de 24h de dois dias rotineiros em meses distintos, sendo utilizados os valores de referência da DRI (IOM, 2003) para comparação da ingestão. O software DietBox ® foi utilizado para cálculo da ingestão diária de acordo com o inquérito alimentar aplicado.

A aferição de massa corporal foi obtida em quilogramas, com o auxílio de balança antropométrica mecânica FILIZOLA ®. Enquanto a estatura, em metros, foi realizada por meio do estadiômetro acoplado à balança, de acordo as orientações para coleta e análise de dados antropométricos recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Em relação ao estado nutricional foram calculados os indicadores antropométricos Peso para Idade (indicando muito baixo, baixo, adequado ou elevado), Estatura para Idade (muito baixa, baixa ou adequada), Índice de Massa Corporal para Idade (magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave) e classificados pelo escore Z a partir do programa WHO Anthro Plus da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), referente aos pontos de corte para crianças de cinco a dezenove anos de idade, propostos pela Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011).

3. Relato do caso

Um menino, nascido no ano de 2010, a termo (40 semanas e 1 dia), peso ao nascer adequado (3160 g), comprimento adequado (50 cm), perímetro cefálico adequado (34 cm), considerado adequado para idade gestacional (AIG), amamentação exclusiva até os seis meses e sem histórico familiar de Alergia Alimentar.

Diante a consulta pediátrica, no ano de 2019, com 9 anos de idade, o paciente foi classificado em baixo peso para a idade. Relatou dor abdominal associada a alimentação, utilizando analgésico para aliviar. Negou presença de vômito e alteração do trânsito intestinal. Sua alimentação não possuía grandes variedades de alimentos *in natura* e minimamente processados, dando preferência a alimentos industrializados.

Quanto aos exames bioquímicos solicitados no ano de 2019 direcionados a AA, houve detecção de IgE alérgenos-específicos, conforme demonstrado na Tabela 1, além de serem realizados Hmcs fecais, Exame parasitológico de fezes (EPF), Sangue Oculto e Piócitos fecais, ambos com resultados negativos, Exame de urina (EAS) e Uroculturas sem alterações. Sendo, então, diagnosticado com Alergia Alimentar a leite, soja, trigo e ovo e encaminhado ao nutricionista.

O primeiro atendimento nutricional, recorrente em fevereiro de 2020, foi de extrema relevância a fim de detectar fatores associados. A consulta foi por meio de diálogo ativo entre os pais, visando propor educação alimentar e nutricional para minimizar possíveis intercorrências, com a importância da leitura de embalagens e rótulos. Devido os resultados bioquímicos e o quadro nutricional apresentados, a conduta proposta visou a exclusão na alimentação dos alérgenos leite e derivados, ovo, soja e trigo com devidas orientações de alimentos substitutos.

Ao decorrer da dietoterapia, em setembro de 2020, houve pouca adaptação ao tratamento proposto e foram relatadas queixas de dores abdominais esporádicas, amenizadas com o uso de analgésico. Assim, foram orientadas e introduzidas receitas alternativas isentas dos alérgenos, de fácil manejo, como forma

de substituição para que houvesse melhor adesão.

Neste âmbito, após aproximadamente 10 meses de tratamento, realizou-se novos exames bioquímicos específicos, incluindo demais proteínas associadas ao leite de vaca que poderiam ocasionar sintomas característicos, e notou-se que uma parcela significativa de IgE específico se encontrava com valores indetectáveis, sendo a alfa lactoalbumina a única com diagnóstico de baixo grau de sensibilidade (Tabela 1), o que demonstra boa adesão do paciente à dietoterapia. No entanto, seus níveis de vitamina B12 se encontravam baixos, com 142,00 pg/mL, sendo orientada a suplementação.

Tabela 1. Detecção de IgE alérgenos - específicos no início e fim da dietoterapia.

| IgE painel | Resultado I (KU/L) (08/2019) | Resultado II (KU/L) (10/2020) | Valores de Referência (KU/L) (Para indetectável) |
|-------------------------------|---|--|---|
| (F13) Amendoim | | | |
| (F17) Avelã | | | |
| (F18) Castanha do Pará | - | < 0,10 | |
| (F20) Amêndoa | | | |
| (F36) Coco | | | |
| (F77) Beta lactoglobulina | - | < 0,10 | |
| (F76) Alfa lactoalbumina | - | 0,65 | <0,10 |
| (F78) Caseína | 0,85 | < 0,10 | |
| (F14) Grão de Soja | 0,90 | < 0,10 | |
| (F4) Trigo | 0,95 | < 0,10 | |
| (F425) Ovo | 0,90 | < 0,10 | |
| Total Imunoglobulina E | - | 492 UI/mL | 2 a 696 UI/mL |

Foi relatada uma certa dificuldade em se alimentar no ambiente escolar devido à baixa diversidade de opções na merenda e desconfortos abdominais aliados a náuseas e vômito ao ingerir a refeição proposta pela escola. No entanto, foi impedido que o paciente levasse sua própria merenda, sendo visto como um “ato luxuoso”. Nesse sentido, após consulta nutricional, foi elaborada uma carta pela nutricionista responsável a fim de conscientizar a instituição a respeito da patologia e desmistificar conceitos. A criança passou a levar sua refeição própria, no entanto, se alimentando junto aos professores, isolado das demais crianças.

De acordo com o Recordatório Alimentar de 24h (R24h) elaborado no início dos atendimentos, foi possível perceber como as informações e manejos a respeito da AA são importantes para um tratamento eficaz. Diante a primeira consulta nutricional, após o diagnóstico, foi relatado consumo de leite zero lactose e biscoito sem glúten, com o intuito de que haviam sido excluídos os alérgenos. Tal situação foi modificada após uma educação alimentar e nutricional a respeito dos reais alérgenos e diferenças entre a proteína e o carboidrato do leite, por exemplo, em que tal composto não interfere no desenvolvimento da alergia.

Após demais modificações no plano alimentar e com maior consciência por parte do paciente e familiares a respeito de rotulagem e os alergênicos específicos em questão, foi possível observar pelo segundo Recordatório Alimentar, que em oito meses, houve melhora qualitativa e quantitativa no consumo alimentar diário de determinados micronutrientes, aderindo à dieta de exclusão com clareza e atingindo determinadas metas nutricionais, conforme descrito na Tabela 2. No entanto, exige maior atenção e planejamento na rotina alimentar.

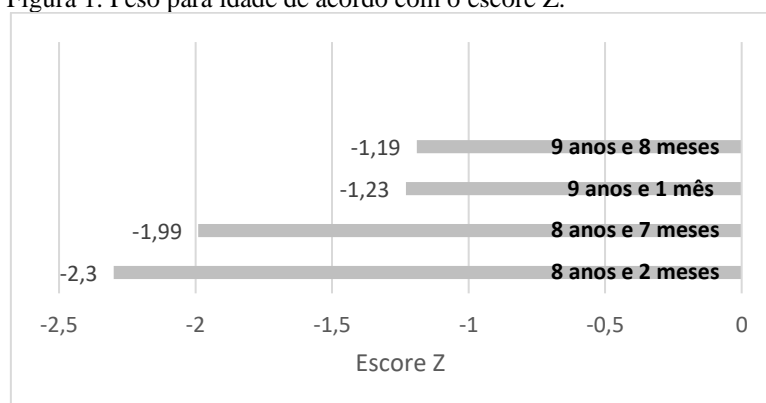
Assim, diante o exposto é possível observar que a ingestão calórica diária do paciente se encontra abaixo do recomendado pela DRI (IOM, 2003) além da ingestão proteica inadequada. Sendo fatores que influenciam no baixo peso e carências nutricionais determinantes, tomando como base um pressuposto de que a AA desencadeia tais déficits. Levando em consideração condições sociais e clínicas que restringem a ingestão adequada.

Tabela 2. Descrição de dados nutricionais de acordo com o Recordatório Alimentar

| | R24h 02/2020 | R24h 10/2020 | Valores de Referência (DRI/IOM, 2003) |
|---|-------------------|-------------------|--|
| VET | 1283,05 Kcal | 1290 Kcal | 1645 Kcal (Energia leve) |
| PTN | 2,73 g/Kg (20,3%) | 4,43 g/Kg (32,8%) | 10% - 30% |
| CHO | 7,33 g/Kg (54,4%) | 8,01 g/Kg (59,2%) | 45% - 65% |
| LIP | 1,52 g/Kg (25,3%) | 0,48 g/ Kg (8,0%) | 25% - 35% |
| Cálcio | 166,31 mg | 171,79 mg | >1300 mg |
| Ferro | 10,34 mg | 6,32 mg | < 8 mg |
| Fibra alimentar | 44,02 | 34 g | < 31 g |
| Fósforo | 702,58 mg | 1018,88 mg | >1250 mg |
| Magnésio | 255,19 mg | 278,29 mg | < 240 mg |
| Potássio | 2050,58 mg | 3155,38 mg | >4500 mg |
| Sódio | 379 mg | 111,08 mg | >2200 mg |
| Vit. A (Retinol) | 0,2 mcg | 0,0 mcg | >600 mcg |
| Vit. B₁ (Tiamina) | 0,38 mg | 0,48 mg | >0,9 mg |
| Vit. B₁₂ (Cobalamina) | 2,81 mcg | 0 mcg | >1,8 mcg |
| Vit. B₂ (Riboflavina) | 0,27 mg | 0,08 mg | >0,9 mg |
| Vit. B₃ (Niacina) | 6,98 mg | 21,28 mg | <12 mg |
| Vit. B₆ (Piridoxina) | 0,51 mg | 0,43 mg | >1mg |
| Vit. B₉ (Ác. Fólico) | 26,72 mcg | 0 mcg | >300 mcg |
| Vit. C (Ác. Ascórbico) | 19,43 mg | 284,45 mg | >45 mg |
| Vit. D (Calciferol) | 0,5 mcg | 0 mcg | >5 mcg |
| Vit. E (Tocoferol) | 1,77 mg | 0 mg | >11 mg |
| Zinco | 11,91 mg | 5,41 mg | >8 mg |

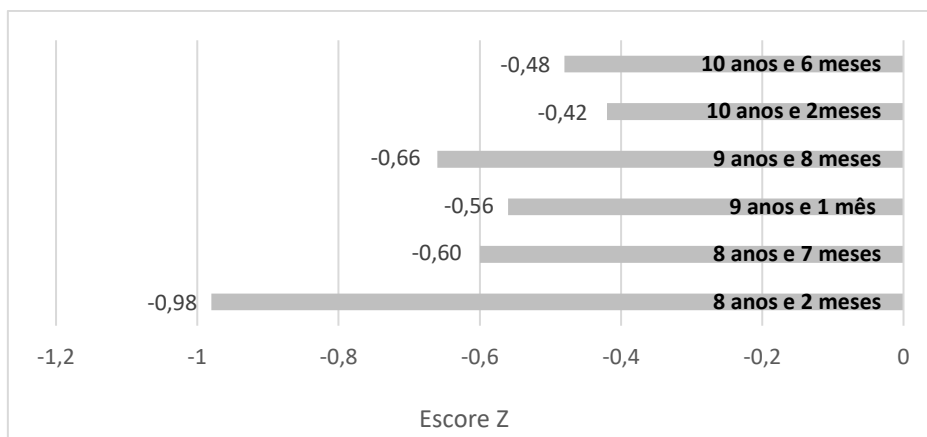
Em relação aos valores antropométricos peso para idade, a figura 1 demonstra os resultados desde os oito anos e dois meses aos nove anos e oito meses, a partir do escore Z classificado de acordo com os pontos de corte da Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011). Neste contexto, com oito anos e dois meses, o paciente apresentou baixo peso, com escore Z correspondente a -2,3. No entanto, ao longo dos anos, passou para peso adequado para idade até o último atendimento nutricional.

Figura 1. Peso para idade de acordo com o escore Z.



Segundo a figura 2, em ambos os anos relatados o paciente apresentou estatura adequada para a idade de acordo com os pontos de corte do SISVAN (2011). Sendo o fator genético um grande aliado ao resultado.

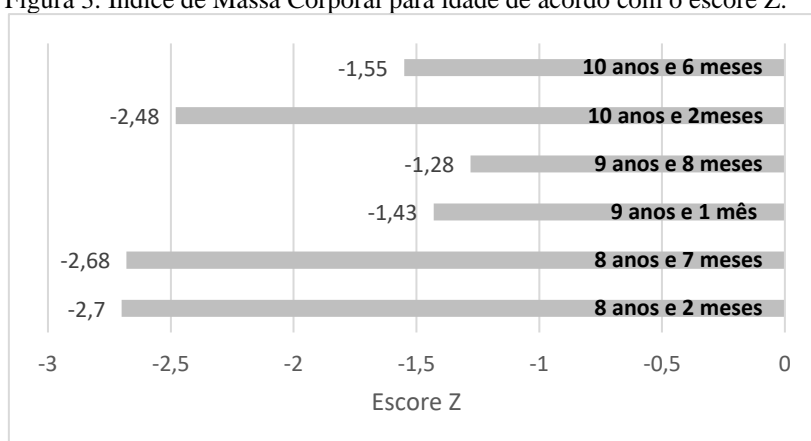
Figura 2. Estatura para idade de acordo com o escore Z.



Observa-se na figura 3 os valores de IMC para idade em que na faixa dos oito anos apresentou-se escore Z (-2,7 e -2,68) classificado como magreza, e oscilações entre magreza e eutrofia ao se comparar os nove e dez anos, estagnando na última avaliação em eutrofia, com -1,55. É válido ressaltar que entre os dez anos e dois meses até os dez anos e seis meses, apresentou-se ganho de peso considerável de 2,4 kg, saindo de 24,7 kg para 27 kg.

Sendo possível observar que mesmo diante as oscilações de peso, houve evolução significativa do quadro, como resultado de uma adesão positiva, seguindo corretamente as recomendações.

Figura 3. Índice de Massa Corporal para idade de acordo com o escore Z.



Diante a adesão ao tratamento, nítida evolução, desaparecimento de queixas de sinais e sintomas característicos após a ingestão de pequena quantidade de determinado alérgeno e exames bioquímicos sem detecção de IgE com resultados positivos, em fevereiro de 2021, com novo diagnóstico, foi planejada a reexposição aos alimentos alérgenos em pequenas escalas. Sendo recomendados maior atenção e monitoramento durante o consumo. Neste âmbito, nova conduta pôde ser realizada ao passo que a AA foi sendo tratada, foram solicitados exames bioquímicos para rever os níveis séricos de vitamina B12 após a suplementação, incluindo hemograma, ácido fólico, zinco, fezes e EAS- urina. Outrossim houve a necessidade de suplementação alimentar (466 kcal em 100ml, duas vezes ao dia) com a finalidade de ganho de massa corporal e recuperar o estado nutricional ideal, como forma de auxiliar o tratamento e evolução de maneira significativa. Visto que o paciente havia passado por uma virose recentemente, afetando seu desenvolvimento nutricional.

Os níveis séricos de vitamina B12 haviam obtido melhora, para 226 pg/mL (sendo o referencial de 130 e 868 pg/mL), sendo mantida a suplementação vitamínica.

Contudo, em junho de 2021, houve relato de dores abdominais e ânsia em casos esporádicos ao contato com o alérgeno em maior quantidade. No entanto, o desenvolvimento físico da criança foi notório,

obtendo evolução satisfatória no âmbito antropométrico em relação a peso e altura para idade, ganhando, em quatro meses, aproximadamente três quilos. Outrossim, foi recomendado o aumento da ingestão calórica a fim de aumentar o peso ponderal e dar continuidade ao tratamento de maneira progressiva, saudável e segura. Já sem alterações no quadro relacionado a Alergia Alimentar.

4. Discussão

De acordo com o *Food Allergy Research and Education* (2021), 40% das crianças diagnosticadas com Alergia Alimentar apresenta reação a mais de um alimento, sendo a Alergia Múltipla ainda mais recorrente nos últimos anos. Discorrendo ainda, que a prevalência da AA em crianças aumentou em 50% entre os anos de 1997 e 2011. Outrossim, a reação alérgica alimentar é motivo de idas ao pronto socorro a cada três minutos.

Ainda segundo o *Food Allergy Research and Education* (2021), no Brasil, há uma carência de estudos epidemiológicos a respeito da AA, além de não ser reconhecida por parte da sociedade como uma patologia definida com inúmeros sinais e sintomas que podem ser agravados se não tratados, e é corriqueiramente comparada e confundida com intolerância alimentar (SEIDMAN; SINGER, 2003). Assim, existe um certo desafio em ampliar os conceitos de Alergia para que seja vista de forma simplificada, além de determinar frequência, persistência e gravidade dos quadros.

Neste sentido, o paciente em questão passou por situações escolares que poderiam ser evitadas a respeito de suas refeições, se houvessem melhor conscientização e informação sobre a patologia. Tal situação se faz perceber que além de acometer os quadros clínicos e nutricionais, a Alergia, se não informada de maneira correta e se não for propagada a devida importância do tratamento e atenção ao quadro, pode gerar situações socioemocionais desagradáveis. Diante o exposto e o crescente número de casos de AA no Brasil, nutricionistas escolares tiveram a necessidade de ampliar opções e modificar planos alimentares das instituições a fim de atender as demandas de crianças com alguma restrição decorrente da patologia (CFN, 2018).

Contudo, após as iniciais intervenções nutricionais e dietoterápicas, a adesão ao tratamento inicial não foi satisfatória, em que houve dificuldade em substituir refeições e elaborá-las de acordo com a conduta prescrita, visto que um dos motivos para a baixa adesão é a falta de habilidades culinárias por parte da família, criando desafios para a elaboração, o que os leva a preferir alimentos processados e ultraprocessados (CASTRO et al, 2005). É válido ressaltar que as condições e costumes familiares são de extremo impacto para o processo, além das restrições alimentares impostas que levam a criança a desenvolver certos receios na alimentação e possíveis transtornos psicossociais, como ansiedade e isolamento social (DUNNGALVIN; GAFFNEY; HOURIHANE, 2009). Tais situações são recorrentes em casos como este, em que a estrutura social-familiar reflete na adesão do tratamento e consequente desenvolvimento.

Nesse sentido, a adesão a dietoterapia é correlacionada a diversos conceitos e questões cotidianas do paciente e familiares, em que de acordo com Yonamine et al (2013), ao passo que a criança toma consciência de que a dieta restritiva, por tempo determinado diante a patologia, lhe trará benefícios, há uma melhoria na adesão ao tratamento. Outrossim, a idade do paciente diagnosticado também é um fator a ser discutido para uma melhor adesão, em que em casos de crianças mais novas, pode haver a não compreensão a respeito da dieta em questão, e criar certos receios e sentimentos frustrantes ao longo do tratamento. Além de adolescentes que possam até compreender a conduta, mas não aderir por falta de incentivo e informação (YONAMINE et al., 2013).

Outrossim, a dieta de exclusão, em inúmeros casos, gera um impacto nutricional causador de baixo peso, de déficit de estatura, atraso na introdução de diversidade alimentar, além da deficiência de determinados micronutrientes, o que pode desenvolver experiências alimentares negativas (*Food Allergy Research and Education*, 2021) e até mesmo neofobia alimentar. Visto que restringir determinados alimentos gera um acompanhamento mais criterioso no que diz respeito a substitutos que conferem as mesmas características nutricionais, a fim de que as carências decorrentes do tratamento sejam minimizadas.

Como foi observado diante os Recordatórios Alimentares de 24h do paciente, a ingestão calórica, de macronutrientes e determinados micronutrientes se encontra inadequada, mesmo que após uma evolução qualitativa no plano alimentar, com adesão a alimentos *in natura* e minimamente processados, oriundos das receitas de substituição elaboradas pela equipe de nutrição. Nesse sentido, o déficit nutricional de cálcio e ferro, por exemplo, é corriqueiramente encontrado em diagnosticados com AA, principalmente aos que possuem reação adversa ao leite. Vale ressaltar que o R24h é um inquérito alimentar, considerado como parâmetro subjetivo, correspondente a apenas um consumo alimentar diário específico, que não define o plano alimentar por inteiro e os hábitos alimentares do paciente em apenas um único recordatório, mas auxilia diante a anamnese a conciliar demandas nutricionais e propor condutas adequadas, mesmo que necessite de demais análises específicas (PEDRAZA; DE MENEZES, 2015).

Em relação aos parâmetros antropométricos obtidos, foi possível observar o déficit ponderal do paciente desde o início do tratamento, se encontrando em baixo peso para a idade, de acordo com o escore Z. No entanto, após o quadro clínico de AA ser estabilizado, apresentou IMC demonstrando estado nutricional de eutrofia, enfatizando o impacto nutricional e ponderal que o tratamento da hipersensibilidade pode acometer, além de ser correlacionado a fatores genéticos. Nesse sentido, segundo Rodrigues, Haack e Fortes (2014), em análise com amostra de treze crianças diagnosticadas com AA, não há correlação entre a detecção de IgE sérico e o baixo peso dos entrevistados, sendo, então, o tratamento da patologia inadequado ou tardio que pode dificultar o processo de ganho de peso, como relatado por Machado et al (2003).

Visto que a AA pode afetar significativamente a qualidade de vida dos envolvidos, ao longo do tratamento, foi notória a evolução dos desenvolvimentos psicossocial e emocional do paciente, aliados a adesão da conduta e novo diagnóstico, em que aparecera comunicativo e participativo na última consulta nutricional, expressando opiniões e desejos em relação ao consumo alimentar diário.

Diante do exposto, o resultado positivo do presente trabalho é considerado de extrema maestria por parte do paciente e aos responsáveis, sem alterações nos parâmetros bioquímicos e detecção de IgE específicas seguindo a evicção dos devidos alérgenos, visto que a Alergia Alimentar Múltipla pode estar associada a demais patologias de base que agravam o quadro, tendo como principais manifestações as cutâneas, como eczema atópico, por exemplo, relatado por Pinheiro e Prates (2011). Em que a dieta de exclusão pode não ser suficiente, ao contrário do quadro exposto no presente trabalho, sendo necessários métodos de prevenção e de rápida eficácia diante um quadro após a ingestão indevida ou acidental. Sendo, então, um tratamento que possibilitou a prevenção de possíveis agravos e promoção da melhora do quadro.

Não há cura para Alergias Alimentares, sendo apenas gerenciadas, evitando a ingestão dos alérgenos e seguindo devidas orientações para que sejam detectados, reconhecidos e tratados os sintomas das reações (ASBAI, 2009). O acompanhamento nutricional é de fundamental relevância para que haja o esclarecimento a respeito da patologia, evitando desinformações e situações desnecessárias, além da realização de um planejamento nutricional adequado, com prevenção e tratamento.

Dadas circunstâncias, com o presente relato de caso foi possível discorrer diante a realidade de muitos diagnosticados com AA, acompanhar a dificuldade de encontrar alimentos totalmente isentos de alérgenos e da necessidade de informação diante a patologia, o que modifica o tratamento e adesão das condutas prescritas. Visto que possuem impacto significativo no desenvolvimento do paciente e solução do quadro clínico.

5. Conclusão

Mediante o objetivo proposto de acompanhar a adesão ao tratamento e estado nutricional de uma criança diagnosticada com Alergia Alimentar Múltipla, conclui-se que o acompanhamento nutricional proporcionou melhora na qualidade de vida do paciente, além da evolução dos quadros clínico e nutricional, destacando-se a relevância da adesão ao tratamento. Sendo um processo complexo que demanda assistência familiar e social aliado a educação alimentar e nutricional e colaboração interprofissional.

Visto que para o tratamento de AA ser eficaz, a restrição absoluta do alérgeno na dieta deve ser

adequada, e para não promover carências nutricionais adversas, uma boa adesão a conduta é de fundamental relevância.

Referências

ASBAI, Associação Brasileira de Alergia Alimentar e Imunologia. Alergia alimentar. Disponível em: <https://asbai.org.br/alergia-alimentar/>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

BATISTA, J. L. et al. Reações adversas à vacina MMR em pacientes alérgicos a ovo: revisão de literatura. Revista Pediatria (São Paulo). v. 22, n.1, p.9-55, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011.

CASTELLO, M. A. et al. Algunas consideraciones sobre las reacciones adversas por alimentos. Revista Cubana de Medicina General Integral. v. 20, n. 5-6, 2004.

CASTRO B. M. P. A et al. Evolução clínica e laboratorial de crianças com alergia a leite de vaca e ingestão de bebida à base de soja. Revista Paulista de Pediatria. v. 23, n.1, p. 27- 34, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. Resolução CFN nº600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 20 abr. 2018. Seção 1, nº76, p. 157.

COSTA, C.; PRATES, S.; CARRAPATOSO, I. Alergia alimentar: Conceitos, Conselhos e Preocupações. 2 ed. Portugal: Bial, 2019.

DUNNGALVIN, A.; GAFFNEY, A.; HOURIHANE, J. O. B. Developmental pathways in food allergy: A new theoretical framework. Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2009.

FERREIRA, C. T.; SEIDMAN, E. Alergia alimentar: Atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. Jornal de Pediatria, v. 83, n. 1, p. 7–20, 2007.

FOOD ALLERGY RESEARCH AND EDUCATION (FARE). Food allergy facts and statistics for the U.S. Disponível em: <https://www.foodallergy.org/resources/facts-and-statistics>. Acesso em 25 de setembro de 2021.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). Dietary reference intakes: applications in dietary planning. Washington, DC: National Academies Press, 2002.

NOWAK-WĘGRZYN, A.; SAMPSON, H. A. Adverse reactions to foods. Med Clin North Am., v. 90, n. 1, p 97-127, 2006.

MACHADO, R. S. et al. Gastrite hemorrágica por alergia ao leite de vaca: relato de dois casos. Jornal de Pediatria, v. 79, n. 4, p. 363–368, 2003. PEDRAZA, D. F.; DE MENEZES, T. N. Questionários de frequência de consumo alimentar desenvolvidos e validados para população do Brasil: Revisão da literatura. Ciencia e Saude Coletiva, v. 20, n. 9, p. 2697–2720, 2015.

PINHEIRO, A.; PRATES, S. Alergia alimentar múltipla. Acta Medica Portuguesa, v. 24, n. 3, p. 453–456, 2011.

POMIECINSKI, F. et al. Estamos vivendo uma epidemia de alergia alimentar? Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 3, p. 1–3, 2017.

RODRIGUES, Y. S.; HAACK, A.; FORTES, R. C. Associação entre Estado Nutricional, Exames Laboratoriais e Sintomas em Crianças de 0 a 3 Anos com Diagnóstico de Alergia Alimentar. Usuárias

deumCentrodeReferêncianoDistritoFederalAssociatingNutritional Status , LaboratoryTestsandSymptoms in. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 1, n. 1, p. 29–36, 2014.

SEIDMAN, E.; SINGER, S. Alergia alimentar e gastroenteropatiaeosinofílica. Gastroenterologia e hepatologia em pediatria. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA, A. T. et al. Hipersensibilidade ao trigo: formas de apresentação e proteínas alergénicas. Revista Portuguesa de Imunoalergologia. v.13, n. 2, p. 133-140, 2005.

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

YONAMINE, G. H. et al. Perceptionsofcaregiversofpatientswithcow’smilkallergyregardingthetreatment. JournalofHumanGrowthandDevelopment, v. 23, n. 1, p. 58–64, 2013.

WHO, AnthroPlus. Software for assessinggrowthanddevelopmentoftheword’schildren and adolescents. Geneva: WHO, 2009.

Recebido em: 01.11.2022

Aceito em: 21.10.2022

Endereço para correspondência:

Nome Sâmella de Oliveira Ananias Gonçalves

email samellagoncalve@gmail.com



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)