

---

**Alergia alimentar na infância**  
**Allergy food in childhood**

---

ELAINE COSTA<sup>1</sup>  
ELIZABETE CRISTINA VARRENGEA<sup>2</sup>  
PRISCILA ALINE DE NARDO<sup>1</sup>

**RESUMO:** A alergia alimentar (AA) pode ser definida como uma reação adversa a um antígeno alimentar mediada por mecanismos fundamentalmente imunológicos. O aparecimento de AA em lactentes geralmente ocorre devido à imaturidade do sistema imune, pouca seletividade na barreira da mucosa do trato gastrintestinal e mais fácil à penetração dos antígenos sendo mais sensibilizados as alergias. Os alimentos alergênicos são: amendoim, frutos do mar, leite de vaca, nozes, ovo, peixe, soja e trigo. Este presente estudo tem por objetivo avaliar a presença de alergia alimentar em crianças com idade entre 0 a 12 anos atendidos na Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá. Foram observadas quarenta e cinco crianças sendo que vinte e quatro eram do sexo masculino e dezoito do sexo feminino, dentre estas crianças três apresentaram alergia alimentar a um determinado tipo de alimento. A alergia alimentar deve ser tratada com restrição dos alimentos alérgenos, podendo ser utilizados fórmulas hipoalergênicas para o fornecimento de uma dieta adequada.

**Palavras-chave:** Alergia alimentar, reação adversa, alimentos alergênicos.

**ABSTRACT:** Food allergy (AA) can be defined as an adverse reaction to a food antigen-mediated immunological mechanisms fundamentally. The appearance of AA typically occurs in infants due to immaturity of the immune system, little selectivity in the mucosal barrier of the gastrointestinal tract and easier penetration of antigens being more aware of allergies. The food allergens are: peanuts, seafood, cow's milk, nuts, eggs, fish, soy and wheat. This present study aims to evaluate the presence

---

<sup>1</sup>Acadêmicas do Curso de Nutrição, Faculdade Ingá – UNINGÁ

<sup>2</sup> Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ do Curso de Nutrição.

of food allergy in children aged 0-12 years, seen at the Clinic of the School Nutrition Inga. Were observed Forty five children and that twenty-four were male and eighteen female, among them three children had food allergies to a particular type of food. Food allergy should be treated with restriction of food allergens, hypoallergenic formulas can be used to provide an adequate diet.

**Key-words:** Allergy Food, Adverse reactions, Allergenic foods.

## INTRODUÇÃO

As alergias alimentares (AA) são reações adversas ocorridas após a ingestão de um alimento. Essas reações imunológicas são alteradas pelos antígenos alimentares, a IgE irá contra os antígenos ingeridos, por serem materiais estranhos ao organismo “alérgenos” (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

Existem mecanismos de defesa competentes no trato gastrointestinal (TGI) e que contribuem para o desenvolvimento de tolerância oral. O que justifica o aparecimento de AA em lactantes é devido à imaturidade do seu sistema imune, pouca seletividade na barreira da mucosa do TGI, e a facilidade de penetração dos antígenos, sendo mais sensibilizados as alergias (CARVALHO; PENNA, 2003; CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

O primeiro alimento que o lactente tem contato é com o leite materno (LM), essa então, será a sua primeira forma de contato com os antígenos alimentares. Os mais sucessíveis a desenvolver AA, são aqueles que receberam por pouco tempo o LM, e os que foram privados do aleitamento, sendo o LM substituído pelo leite de vaca (LV) precocemente, e o problema é que a proteína do LV é alergênica (CARVALHO; PENNA, 2003; PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

Deve-se levar em conta a herança genética, e anormalidades metabólicas são responsáveis pelas AA. Isso explica o motivo das mães, que tem antecedentes alérgicos, restringirem os alimentos alergênicos durante a gestação (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

Crianças que tiveram uso precoce de antibióticos serão mais suscetíveis a tornarem alérgicas, já àquelas que vivem em área rural, e se expõem a uma série de substâncias, estimularam sua imunidade desde cedo (PONTES, 2009).

Quando as proteínas do alimento são ingeridas, esses deveram ser absorvidos pelo TGI, e ao interagir com o sistema imunológico, vão produzir respostas alergênicas. Dentre os alimentos alergênicos, os mais comuns são: amendoim, frutos do mar, leite de vaca, nozes, ovo, peixe, soja e trigo (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

**Leite:** ocorre até o final da infância, e raramente em adultos. Para o sistema imune responder aos antígenos, irá depender do genótipo, da idade do indivíduo, da natureza, da dose e frequência de administração do antígeno (MARTINS; GALEAZZI, 1996; PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

**Ovo:** devido à proteína da clara, é registrada essa alergia nos primeiros anos de vida. (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

**Marisco:** ocorre geralmente em adultos, é uma reação de hipersensibilidade a ingestão de marisco (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

**Aditivos:** Os corantes artificiais tartrazina, sulfitos e glutamato monossódico, são os maiores responsáveis pela alergia alimentar (ASBAI, 2009).

Esse tipo de alergia se desenvolve em adultos, devido ao consumo de alimentos processados, o que gera um microambiente no intestino e favorece o desenvolvimento de reações adversas (PEREIRA; MOURA; CONSTANT, 2008).

Essas manifestações clínicas são originadas por uma reação de hipersensibilidade aos alimentos, e dependem do tipo de mecanismo imunológico envolvido. **As reações mediadas por IgE** ocorrem minutos após a exposição ao alimento, as **não mediadas por IgE**, poderá demorar de horas até dias, para tornarem-se evidentes (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

A diversidade de sintomas depende do tecido ou órgão atingido, os mais comuns são: erupções cutâneas, urticária, congestão nasal, espirros, tosse, náuseas, cólicas, vômitos e diarreia. Manifestações sistêmicas graves e de caráter anafilático, podendo ser fatal (BRICKS, 1994; GALLO).

O diagnóstico é feito através da história clínica e exame físico detalhado, com finalidade de verificar se o paciente apresentou reação adversa ao alimento, e se tem algum mecanismo imunológico associado (CARVALHO; PENNA, 2003; CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

A nutrição tem papel importante no tratamento de AA, pois é responsável pelo suporte necessário para uma alimentação adequada para

o indivíduo. Excluindo os alérgenos alimentares responsáveis; utilização de fórmulas ou dietas hipoalergênicas em lactentes, constituída por proteína do LV modificada por hidrólise enzimática (CARVALHO; PENNA, 2003; CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

Quando não são diagnosticados os potenciais alérgenos, deverá fazer uma restrição ampla na dieta, e alimentar os lactentes com formulas ou dietas semi-elementares. A identificação do alérgeno é importante para que se possa fornecer uma dieta adequada (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

Por volta dos dois anos de idade, algumas crianças poderão ter a reintrodução da dieta normal, pois o tratamento dietético é temporário e cerca de 85% das crianças tem o desaparecimento da alergia (CARVALHO; PENNA, 2003).

Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida; restringir o amendoim da dieta da gestante no último trimestre, e outros alimentos alergênicos devem ser avaliados individualmente; se houver necessidade de alimentar o lactante com formula infantil, recomenda-se utilizar as hipoalergênicas; introduzir o LV após p 1º de vida, o ovo após o 2º, o amendoim o peixe e as nozes deveram ser introduzidas após o 3º de vida (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE ALERGIA ALIMENTAR, 2008).

### **MATERIAL E MÉTODO**

Para este estudo retrospectivo, foram coletados dados da Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá, de Maringá-PR, com intuito de verificar a distribuição de alergia alimentar em crianças consultadas na Clínica durante o ano de 2009. Foram selecionadas as crianças de ambos os sexos, masculino e feminino, de 0 a 12 anos.

A pesquisa contou com o consentimento livre esclarecido dos pacientes, no qual os pais ou o responsável assinam pelos menores.

### **RESULTADOS**

No total da amostra, foram observadas quarenta e seis crianças, sendo que a maioria era do sexo masculino com 54% do sexo feminino 46%.

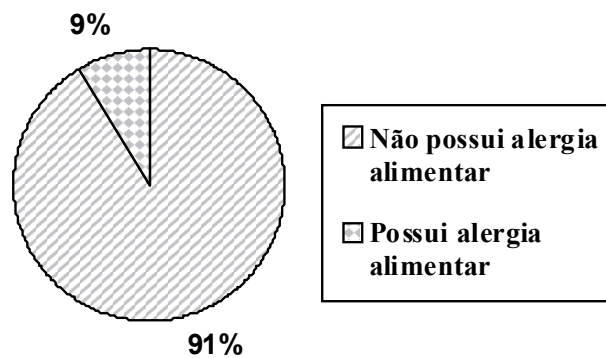
**Tabela 1:** Distribuição das crianças de 0 a 12 anos segundo o sexo, que foram consultadas na clínica de Nutrição da Faculdade Ingá - Uningá, Maringá – PR, 2009.

Sexo	Alergia alimentar				Total	%
	sim	%	não	%		
Feminino	3	14	18	86	21	46
Masculino	1	4	24	96	25	54
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>91</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Coleta de dados dos arquivos da Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá.

O que se pode observar no presente estudo foi prevalência de AA encontrada nas crianças, sendo que 14% das meninas analisadas tem algum tipo de alergia, enquanto apenas 4% dos meninos tem AA. Das quarenta e seis crianças atendidas na Clínica de Nutrição, apenas quatro destas apresentam alergia a algum alimento, as alergias presente na coleta de dados foram:

- 25% Alergia a leite de vaca
- 25% Ajiomoto e catchup
- 25% Presunto
- 25% Soja

**Gráfico 1:** Distribuição das crianças de 0 a 12 anos, que possuem tem alergia alimentar, e foram consultadas na Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá - Uningá, Maringá – PR, 2009.

**Fonte:** Coleta de dados dos arquivos da Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá.

De acordo com o gráfico acima identificado das crianças atendidas na Clínica de Nutrição da Faculdade Ingá, apenas 9% apresentavam-se com alergia a algum tipo de alimento.

## DISCUSSÃO

O tratamento de alergia alimentar representa um grande desafio a todos os profissionais que orientam pacientes portadores dessa doença. Contribuem para esse fato não apenas as dificuldades de adesão à dieta restritiva, como também os custos atribuídos à aquisição de formulações especiais. A imposição de dietas restritivas, são fundamentais nos casos de alergia alimentar, acarreta grandes dificuldades no manejo dos pacientes seja em ambiente domiciliar ou em escolas. As dietas precisam de suplementação de minerais, como cálcio, que demandam controle e adequação constante da terapêutica. A baixa adesão ao tratamento geralmente ocorre devido os sabores de vários produtos serem à base de soja e também ao desconhecimento dos familiares na elaboração de preparações que exijam habilidade culinária (CASTRO *et al.*, 2005).

Nos últimos anos, surgiu uma variedade de fórmulas hipoalergênicas para a alimentação de lactantes sujeitos a um risco elevado de alergia ao leite de vaca. As fórmulas de soja contendo sacarose são particularmente indicadas em crianças com alergia às proteínas do leite de vaca. Por outro lado, as proteínas de soja também podem ser alergênicos, Botey *et al.* (1993); Galli *et al.* (1996) e há uma necessidade de definir qual das frações protéicas de soja está envolvido neste processo alérgico.

Em um estudo realizado com doze pacientes, incluídos apresentaram idade entre 12 e 46 meses sendo sete do sexo feminino e cinco do masculino. Analisou a aceitação de uma bebida a base de soja, verificou o valor calórico, e a necessidade de suplementação de cálcio.

Antes da inclusão no estudo, dois pacientes estavam em aleitamento materno sem restrição dietética da nutriz e um paciente utilizava fórmula parcialmente hidrolisada de proteínas do soro do leite. Nos demais, a substituição havia sido feita utilizando-se a soja: dois consumiam fórmulas infantis de soja (adaptadas segundo o Codex Alimentarius), quatro pacientes consumiam bebida à base de soja, e três, derivados de soja em grão. O produto testado não era utilizado por nenhum paciente até então. A suplementação de cálcio estava sendo realizada em cinco pacientes, embora as doses não atingissem as recomendações diárias preconizadas.

Três pacientes não completaram o estudo: dois pela baixa aceitação da fórmula-teste, e um por retornos irregulares ao serviço. Os outros nove permaneceram em seguimento regular. A sensibilização à soja foi avaliada no início e final do estudo e em nenhum dos pacientes, detectou-se IgE específica para esse alimento. Todos os pacientes apresentaram melhora dos sintomas previamente referidos após a exclusão de leite de vaca e derivados (CASTRO *et al.*, 2005).

Já reações adversas aos conservantes, corantes e aditivos alimentares geralmente são raras. A tartrazina esta presente nos sucos artificiais, gelatinas e balas coloridas; o glutamato monossódico nos alimentos salgados como temperos, e caldos de carne ou galinha; os sulfitos são usados para preservar a qualidade de alimentos, como, frutas desidratadas, vinhos, sucos industrializados (ASBAI, 2009).

## CONCLUSÃO

A alergia alimentar na infância é um dos problemas nutricionais, que vem aumentando durante as últimas décadas, provavelmente devido à maior exposição da população a um número maior de alérgenos alimentares disponíveis. Esta deve ser tratada com restrição dos alimentos que estão causando algum tipo de alergia alimentar, podendo utilizar fórmulas hipoalergênicas ou dietas semi-elementares.

A identificação do alérgeno é de suma importância para que se possa fornecer uma dieta adequada em quantidade e qualidade, para não haver carências nutricionais de nenhum nutriente. Por volta dos 2 anos de idade, algumas crianças poderão ter a reintrodução da dieta normal, pois o tratamento dietético é temporário, sendo que na maioria das crianças ocorre o desaparecimento da alergia.

A prevenção é a melhor orientação para não ocorrer desenvolvimento de alergias alimentares, como amamentar as crianças até o sexto mês de vida, devido a importância dos componentes do leite materno, que são essenciais para o bom desenvolvimento infantil e restringir o consumo de alimentos alérgenos devido à imaturidade do organismo da criança.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA–ASBAI. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 31, n. 2, 2008.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA – ASBAI.** Formação ao público: Alergia alimentar, 2009.

BRICKS, L. F. **Reações adversas aos alimentos na infância:** intolerância e alergia alimentar: atualização. Disponível em <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/atualizacao-em-intolerancia-alimentar.pdf>> acesso em 02 abr. 2010.

BOTEY, J. *et al.* Fórmulas de leite Alternativa em alergias às proteínas do leite de vaca. **Inv J Allergol Clin Immunol** v. 3, n.2, 1993.

CARVALHO, S. D.; PENNA, F. J. Intolerância alimentar. In: NETO, F. T. **Nutrição Clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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. **Rev Paul Pediatría.** v. 23, n.1, p. 27-34, 2005.

DELGADO, M. T. **Alergias e Intolerâncias alimentares.** Disponível em: <[http://marcapropria.continente.pt/nm\\_quemsomos.php?id=236](http://marcapropria.continente.pt/nm_quemsomos.php?id=236) > Acesso em 02 abr. 2010.

GALLI, E. *et al.* Comparação de diferentes fórmulas de substituição do leite em crianças com alergia às proteínas do leite de vaca. 24 meses de estudo de follow-up. **Minerva Pediatr** v.48, n.3, 1996.

MARTINS, M. T. S.; GALEAZZI, M. A. M. Alergia alimentar: considerações sobre o uso de proteínas modificadas enzimaticamente. **Revista Cadernos de Debate,** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, v. IV.

PEREIRA, A. C. S.; MOURA, S. M.; CONSTANT, P. B. L. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. **Semina-Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, v. 29, n. 2 jul./dez. 2008.

PONTES, A. P. **Alergia alimentar:** como diagnosticar e tratar. Disponível em <<http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI15825-15149,00.html>> Acesso em 19 mar. 2010.

Enviado em: janeiro de 2011.

Revisado e Aceito: maio de 2011.