

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM REAÇÃO ADVERSA A ALIMENTOS ASSISTIDAS PELO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**Wellington Danilo Soares<sup>1</sup>, Anne Beatriz Prates Rocha<sup>1</sup>, Marina Soares Oliveira<sup>1</sup>, Thayná Pereira Alves<sup>1</sup> Bruna Amaral Felício e Silva<sup>1</sup>**RESUMO**

Introdução: existe uma crescente no número de pessoas diagnosticadas com algum tipo de alergia ou intolerância alimentar. Objetivo: caracterizar as reações adversas alimentares (RAA) em crianças assistidas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar. Materiais e métodos: pesquisa descritiva, prospectiva, transversal e quantitativa. Amostra composta 44 crianças diagnosticadas com algum tipo de reação adversa alimentar, ambos os sexos, idade de 2 a 9 anos, da rede municipal de ensino de Montes Claros-MG. O estado nutricional foi diagnosticado através dos índices antropométricos, além de questionário sobre a qualidade de vida da criança respondidos pelas mães e analisados os laudos médicos. Resultados: Foi verificado uma maior prevalência de crianças com somente uma reação adversa alimentar (63,3%). Intolerância a lactose foi o tipo mais evidente de RAA (31,9%), seguida de alergia à proteína do leite, e ovo. Relativo à qualidade de vida das crianças, o estado geral foi considerado na maioria boa (34,1%) e muito boa (27,3), e uma grande parte alegou melhora da saúde após confirmação do diagnóstico. Em relação à qualidade de vida, foram verificadas interferências nas relações sociais das crianças com a família, amigos e na escola. Conclusão: As reações adversas alimentares relacionadas a leite foram as mais frequentes. A maior parte das crianças encontrava-se dentro da normalidade, considerando os parâmetros antropométricos analisados. A qualidade de vida da criança e dos pais sofre influências significativas devido às reações, interferindo nas relações atividades sociais escolares e familiares da criança.

**Palavras-chave:** Hipersensibilidade aos alimentos. Intolerância. Crianças. Estado nutricional. Qualidade de vida.

**ABSTRACT**

Nutritional status and quality of life of children with adverse reaction to foods assisted by the national school feeding program

Introduction: There is an increasing number of people diagnosed with some type of food allergy or intolerance. Objective: To characterize adverse food reactions (RAA) in children assisted by the National School Feeding Program. Materials and methods: It is a descriptive, prospective, transversal and quantitative research. The sample consisted of 44 children diagnosed with some type of adverse food reaction, both sexes, aged 2 to 9 years, from the municipal school system of Montes Claros-MG. Nutritional status was diagnosed using anthropometric indices, in addition to a questionnaire on the child's quality of life, answered by mothers and medical reports were analyzed. Results: There was a higher prevalence of children with only one adverse food reaction (63.3%). Lactose intolerance was the most evident type of RAA (31.9%), followed by milk protein allergy, and egg allergy. Regarding the children's quality of life, the general condition was considered mostly good (34.1%) and very good (27.3), and a large part claimed health improvement after confirmation of the diagnosis. In relation to quality of life, interferences in the social relations of children with family, friends and at school were verified. Conclusion: Adverse reactions related to milk were the most frequent. Most children were within normal limits, considering the anthropometric parameters analyzed. The quality of life of the child and parents suffers significant influences due to the reactions, interfering in the relationships between school and family social activities of the child.

**Key words:** Food Hypersensitivity. Intolerance. Children. Nutritional status. Quality of life.

1 - Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna - FASI, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Uma alimentação saudável durante a gravidez é de suma importância tanto para a mãe quanto para o bebê.

Uma mãe que mantém a alimentação adequada qualitativa e quantitativamente, fornece ao seu filho os nutrientes essenciais, proporcionando um crescimento e desenvolvimento satisfatório e adequado (Carvalho e colaboradores, 2017).

Pelo contato com o líquido amniótico durante a gestação, e após o nascimento com o leite materno, as preferências alimentares da criança começam a ser formadas (Spahn e colaboradores, 2019; Algarves, Julião, Costa, 2015).

Alguns estudos mostram que crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros meses de vida têm menor chance de desenvolver alergias alimentares, diarreia e infecções (Algarves, Julião, Costa, 2015; Ministério da Saúde, 2015).

Com a oferta precoce de alimentos, que não o leite materno, verifica-se aumento e frequência do risco de complicações gastrointestinais e maior vulnerabilidade para desenvolvimento de reações adversas alimentares (RAA) devido à imaturidade do organismo (Schincaglia e colaboradores, 2015).

Entende-se por reação adversa alimentar as reações anormais do organismo (sinais e sintomas), após ingerir algum alimento. A este grupo pertencem as alergias e intolerâncias alimentares, para a qual são necessárias restrições alimentares de acordo com as particularidades de cada criança, a fim de recuperar, promover e preservar a sua saúde (Santos, Andrade, 2017).

A alergia alimentar é desencadeada por uma resposta imune específica, já intolerância alimentar, é quando ocorre uma resposta adversa a algum alimento, sem interferência do sistema imunológico (Zychar, Oliveira, 2017).

A faixa etária de maior prevalência de alergia alimentar é a pré-escolar, que afeta de 6% a 8% das crianças (Costa, 2014).

Em função do grau de restrição imposta pela patologia, podem ser verificadas alterações na qualidade de vida do indivíduo (Anvari, Anagnostou, 2018).

Dependendo do estado clínico da criança, quando se tem uma restrição múltipla de alimentos, é possível que ocorra certa

dificuldade ou comprometimento no seu crescimento e desenvolvimento (Costa, 2014).

Em função disso, torna-se relevante e necessário o monitoramento do estado nutricional dessas crianças. Para tal, a avaliação antropométrica é um método bastante utilizado, e possui índices específicos para cada faixa etária.

Na idade pré-escolar e escolar, são mais utilizados os dados de peso/idade, estatura/idade, peso/estatura, Índice de Massa Corporal (IMC)/idade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A razão cintura-estatura (RCE) também vem sendo utilizada desde a infância, recomendada para monitoramento de obesidade central (Mussoi, 2015).

Pensando na manutenção do estado nutricional adequado das crianças com reação adversa alimentar, matriculadas nas escolas públicas do Brasil, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), tornou lei no ano de 2014 a obrigatoriedade de adaptação dos cardápios escolares para crianças com patologias nutricionais, de forma a atender às necessidades nutricionais durante o tempo de permanência destas no ambiente escolar (Brasil, 2009), além de respeitar as diretrizes nutricionais já estabelecidas (Brasil, 2009) para crianças não portadoras de patologias nutricionais (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, 2017).

Neste sentido, o número de crianças com reações adversas alimentares, assistidas pelo PNAE tem crescido na rede municipal de ensino na cidade de Montes Claros-MG.

Devido a este crescimento, esta pesquisa é considerada de extrema importância, a fim de verificar a frequência de tais reações adversas alimentares, além de traçar o perfil antropométrico dessas crianças e avaliar a qualidade de vida delas, após o diagnóstico e restrição(ões) alimentar(es).

Diante do exposto, o presente estudo propõe-se a análise das reações adversas alimentares em crianças, bem como caracterizar o estado nutricional e averiguar a qualidade de vida após o diagnóstico.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, sob o parecer nº 3.037.310.

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, abordagem prospectiva, corte transversal e análise quantitativa, realizada com crianças diagnosticadas com algum tipo de reação adversa alimentar da rede municipal de ensino de Montes Claros-MG.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2019, considerando-se as crianças com idade de 2 anos a 9 anos e 11 meses, de ambos os sexos, com reações adversas alimentares, matriculadas na zona urbana da cidade de Montes Claros.

Do total de 69 crianças, foram excluídas da pesquisa aquelas que não entregaram os documentos devidamente preenchidos e assinados, que não continham laudo ou que o laudo não caracterizava reação adversa alimentar, perfazendo uma amostra final de 44 crianças.

Para a coleta do peso corporal foi utilizada balança digital EatSmart, modelo RM-BD117, para a estatura foi utilizada fita métrica (para crianças com idade igual ou inferior a 3 anos) e estadiômetro vertical Sanny ES-2060 (para crianças com idade superior a 3 anos).

A aferição do peso e da estatura seguiu o protocolo estabelecido na Norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN (Ministério da Saúde, 2011).

A partir do peso e da estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na razão entre o peso corporal e estatura ao quadrado (Keys e colaboradores, 1972).

Para a coleta da circunferência da cintura, foi utilizada fita métrica inelástica e a aferição ocorreu no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, ao final da expiração normal, conforme o protocolo estabelecido por Freedman e colaboradores (1999).

A classificação dos resultados tiveram como base os valores das curvas de crescimento da World Health Organization (2006), com avaliação dos parâmetros de peso/idade, estatura/idade, e IMC/idade, sendo os valores nas faixas de normalidade de peso por idade entre Escore Z-2 e Escore Z+2, estatura para idade partir do Escore Z-2, e o IMC/idade Escore Z-2 e Escore Z+1.

Também foi avaliada a razão cintura-estatura, tendo como ponto de corte valores menores que 0,50 (percentil 90), para normalidade. A coleta de dados foi realizada individualmente, em uma sala reservada para

preservamos o sigilo dos dados e a privacidade dos alunos.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio de questionário contendo quatro perguntas direcionadas à mãe ou cuidador da criança: percepção sobre a saúde da criança, de um modo geral; percepção sobre a saúde da criança atualmente, quando comparada à saúde antes do diagnóstico; se houve interferência nas atividades sociais da criança junto à família, amigos e vizinhos, após diagnóstico e restrição alimentar; se houve interferência nas atividades junto à escola, após o diagnóstico e restrição alimentar.

Foram avaliados também os laudos, emitidos por Médico ou Nutricionista, entregues à Secretaria de Educação até ao início da coleta de dados.

Após autorização da Secretaria Municipal de Educação, iniciou-se a análise dos laudos recebidos pelas nutricionistas da Secretaria Municipal de Educação (SME), localizaram-se as instituições e os alunos que participariam da amostra. Entregues e posteriormente recebidos, os Termos de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) e de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) juntamente com o Questionário Adaptado devidamente assinados e preenchidos, iniciou-se a coleta dos dados antropométricos dos pesquisados.

Todos os dados foram tabulados na planilha do programa IBM Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 22.0, no qual foram feitas análises descritivas com valores em frequência real e absoluta.

## RESULTADOS

Avaliaram-se 44 crianças com RAA contempladas pelo PNAE da rede municipal de ensino de Montes Claros, 37 (84,1%) encontram-se matriculadas nos Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI's) e 7 (15,9%) em Escolas Municipais (E.M.).

Com relação à quantidade de RAA por criança, verificou-se que a maioria apresentou um único tipo de reação.

Aproximadamente 60%, das reações advém do leite de vaca, seja da intolerância ao carboidrato do leite (maior frequência) quanto da alergia à proteína.

No grupo de Alergia a Oleaginosas, foram agrupados os alérgicos a amendoim e castanhas. No grupo de "Outras Reações Adversas" foram observadas as seguintes

reações: alergias a frutas (kiwi, morango, coco, cacau, banana, abacaxi, abacate), em 4,1% (n=3) dos casos, alergia a soja em 2,8% (n=2) dos casos e 1,4% (n=1) para cada um dos demais alimentos (carne suína, milho, mel, chocolate e glúten).

O maior número de crianças que apresentaram reação adversa alimentar são do sexo masculino (n = 27, equivalente a 61,37%) e as demais (n = 17, equivalente a 38,63%) são do sexo feminino.

A faixa etária que apresentou maior número de crianças com RAA foi a de quatro anos (n = 16, sendo 36,36%), seguida de três anos (n=9, equivalente a 20,45%) e cinco anos (n=9, equivalente a 20,45%). As demais idades apresentaram menos RAA.

Dados apresentados conforme Tabela 1 que apresenta as patologias encontradas, bem como a frequência delas.

**Tabela 1 - Frequência das reações adversas alimentares do grupo amostral, Montes Claros-MG, 2019.**

Variáveis	Categorias	n	%
Número de RAA*	Única	28	63,3
	Múltipla	16	36,4
Tipos de RAA	APLV	20	27,8
	Intolerância à Lactose	23	31,9
	Alergia a Ovo	8	11,2
	Alergia a Corantes Artificiais e Conservantes	5	6,9
	Alergia a Oleaginosas	5	6,9
	Outras Reações Adversas	11	15,3

**Legenda:** \*Reações Adversas Alimentares.

A Tabela 2 demonstra os resultados da avaliação antropométrica da população avaliada.

**Tabela 2 - Caracterização da avaliação antropométrica do grupo amostral através de porcentagem real e absoluta (n=44), Montes Claros-MG, 2019.**

Variáveis	Categorias	n	%
Peso/Idade	Baixo Peso	01	2,3
	Peso Adequado	42	95,5
	Peso Elevado	01	2,3
Estatura/Idade	Baixa Estatura	04	9,1
	Estatura Adequada	40	90,9
IMC/Idade	Eutrofia	37	84,1
	Sobrepeso/Obesidade	7	15,9
RCE	Recomendado	17	38,9
	Risco de obesidade central	27	61,4

A Tabela 3 demonstra os resultados da adiposidade central pela RCE, em função do estado nutricional.

**Tabela 3 - Valores mínimos, médios e máximos de RCE, em função do estado nutricional, Montes Claros-MG, 2019.**

Variável	Sem excesso de peso (n=37)			Com excesso de peso (n=7)		
	Mín	Méd	Máx	Mín	Méd	Máx
RCE	0,40	0,49	0,55	0,52	0,55	0,6

Como apresentado na Tabela 2, 95,5% das crianças encontravam-se com peso adequado para a idade, 90,9% com estatura adequada para a idade e 84,1% com índice de massa corporal adequado para idade.

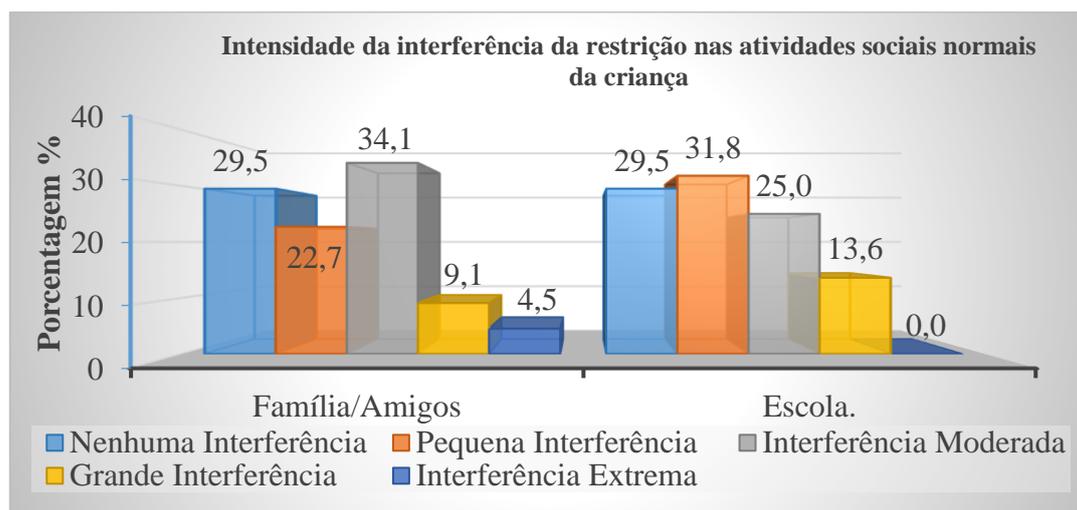
Ao comparar os percentuais de crianças fora dos parâmetros de normalidade por variável, notou-se maiores percentuais de inadequação pelo IMC/I em 15,9% dos casos, seguido pela estatura/idade em 9,1% e pelo peso/idade, em 4,6/dos casos.

A razão da circunferência da cintura pela estatura (RCE) apresentou valores significativos quanto a classificação de risco, sendo 61,4% do valor amostral e apenas 38,6% estando dentro dos valores de recomendação.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados encontrados na avaliação da qualidade de vida da criança após o diagnóstico da restrição alimentar, avaliado através do questionário adaptado aplicado à mãe.

**Tabela 4 - Qualidade de vida da criança após restrição alimentar em Montes Claros-MG, 2019.**

Variáveis	Categorias	n	%
Estado geral da saúde da criança	Excelente	08	18,2
	Muito Boa	12	27,3
	Boa	15	34,1
	Razoável	8	18,2
	Ruim	01	2,3
Estado geral de saúde atual da criança, em relação ao estado de saúde antes do diagnóstico.	Muito Melhor Agora	25	56,8
	Um Pouco Melhor Agora	13	29,5
	Da mesma forma	5	11,4
	Um Pouco Pior Agora	1	2,3



**Figura 1 - Interferência das restrições nas atividades sociais da criança.**

## DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou as reações adversas a alimentos em crianças assistidas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar na cidade de Montes Claros-MG, bem como traçou o perfil antropométrico dessas crianças e avaliou a qualidade de vida delas.

A maioria dos avaliados são do sexo masculino e se encontra na faixa etária pré-

escolar. O mesmo pode ser identificado no estudo de Santos e colaboradores (2018), visto que 51,4% do seu público era do sexo masculino e a faixa etária de maior frequência dos diagnosticados, tanto de alergia quanto de intolerância, foi de 0 a 7 anos, possivelmente devido a maior exposição ao leite de vaca na fase de lactente e pré-escolar, corroborando os dados do presente estudo.

Motohiro e colaboradores (2017) também observaram maior proporção em

crianças do sexo masculino equivalendo a 58,4% da amostra analisada e verificaram ainda a incidência de alergia alimentar em 80,3% crianças com idade  $\leq$  5 anos das 2.954 avaliadas.

Em um estudo de Feuerhake, também foi possível verificar que, do total de pacientes, 58,8% eram do sexo masculino (Feuerhake e colaboradores, 2018).

Em uma pesquisa feita na cidade de Fortaleza, avaliou-se a prevalência de crianças com alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose em um laboratório privado.

Foi possível identificar que o número de intolerantes a lactose foi superior aos de alergia à proteína do leite de vaca, representados por 59,8% e 40,1%, respectivamente (Santos e colaboradores, 2018). Percentuais semelhantes foram encontrados na presente pesquisa.

Já em outro estudo de Feuerhake e colaboradores (2018), realizado com pacientes chilenos (idade mediana de um ano de vida) com alergia alimentar mediada por IgE (n=282), observou-se que a alergia a ovo, a leite e a amendoim acometiam principalmente crianças e adolescentes até 12 anos de idade, além de verificar que 29% do total amostral apresentou alergia alimentar mediada por IgE a dois ou mais alimentos.

Diferentemente dos nossos achados que encontrou mais reações a leite, Feuerhake e colaboradores (2018) verificaram que o ovo era o responsável por provocar o maior número de reações adversas alimentares, correspondendo a 33% da amostra. O leite de vaca, por sua vez, veio em segundo lugar, abrangendo 25%.

No presente estudo, o maior número de crianças apresentou reação alimentar única (63,3%). Alguns pesquisadores, em seus estudos, observaram percentuais mais baixos, cerca de 50% para pacientes com um único tipo de alergia alimentar e 50% com alergias múltiplas.

Verificou-se também que as alergias mais encontradas por Fathi e colaboradores (2016) foram o trigo (60,0%), leite (42,2%) e ovo (34,4).

No entanto, este resultado pode ser explicado pela seleção de pacientes, pois foi realizado em um centro para alergia e não com toda a população de uma comunidade (Fathi e colaboradores, 2016), já que, a alergia alimentar mais comum na infância é a

alergia ao leite de vaca (Toit, Foong, Lack, 2016).

Avaliando o estado nutricional das crianças investigadas, constatou-se que a maioria se encontrava eutrófica, pelos parâmetros de peso/idade, estatura/idade e IMC/idade. Resultados diferentes foram encontrados por Brito e colaboradores (2015), na cidade de Natal-RN, onde foram avaliadas crianças com APLV (n=30) e idade até 1 ano e 7 meses. Os valores descritos em seu estudo consistiram em 17% (n=5) da amostra apresentando baixo peso e 40% (n=12) baixa estatura. Segundo estes autores, a má absorção de nutrientes, decorrente de alterações no trato gastrointestinal e/ou vômitos e diarreias, podem desencadear comprometimento no ganho de peso e estatura em crianças, conforme observado no estudo.

Um estudo realizado também com crianças diagnosticadas com APLV (n=34) constatou que 8,8% (n=3) estavam com muito baixo peso/baixo peso para a idade. As crianças que possuíam peso adequado foram de 88,3% (n=30) e 2,9% (n=1) para peso elevado, sendo esta classificação semelhante ao encontrado na presente pesquisa (Alves, Mendes, 2013).

Semelhante a esta pesquisa, outro estudo verificou que 8,8% (n=3) possuíam baixa estatura e 91,2% (n=31) estavam com a estatura adequada. Houve divergência no percentual encontrado quando avaliado o IMC das crianças. No estudo de Alves e Mendes (2013), 8,8% (n=3) estava com IMC baixo, sendo este dado não detectado no presente estudo e crianças com sobrepeso/obesidade apenas 5,9% da amostra, percentual inferior aos desta pesquisa. Contudo as crianças que estavam eutróficas representava 85,3% (n=29), sendo este dado o mais próximo dos achados nesta pesquisa.

Os valores de RCE encontrados para crianças eutróficas pelo IMC/I estavam dentro da faixa de normalidade (0,49). Já as crianças que estavam excesso de peso pelo IMC/I, também apresentaram valores de RCE mais altos (0,55), demonstrando correlação entre os distintos critérios de avaliação utilizados para monitorar risco nutricional. Achados semelhantes a esse foram verificados no estudo de Vieira e colaboradores (2018), sendo que, para as crianças sem excesso de peso, a média de RCE foi de 0,45 e para as crianças com excesso de peso, 0,49.

Analisando isoladamente a RCE, notou-se que a maior parte das crianças avaliadas (61,4%) apresentou relação de risco para obesidade central.

Entretanto, pela escassez de estudos sobre o uso de RCE em crianças e, sobretudo, em crianças com RAA, não foi possível estabelecer correlação que justificasse tal resultado, já que os demais parâmetros antropométricos (P/I, E/I e IMC/I) apresentaram normalidade nutricional.

Entretanto, ressalta-se que tal dado não deve ser ignorado, uma vez que na pesquisa feita por Vieira e colaboradores (2018), envolvendo crianças entre 4 e 7 anos de idade não portadoras de RAA, foi observado que crianças com valor de RCE superiores a 0,5 apresentaram risco 5,6 vezes maior de terem excesso de peso, comparadas àquelas com RCE <0,5.

Neste estudo, foi possível observar que cerca de 70% das crianças sofreram algum tipo de interferência (pequena, moderada ou extrema) tanto nas atividades sociais da escola quanto no ambiente familiar devido à restrição alimentar decorrente de RAA. Em outro estudo sobre o impacto da qualidade de vida de famílias de crianças com dieta de exclusão devido à suspeita/diagnóstico de alergias alimentares, constatou-se que, quanto mais alimentos são excluídos, pior é a repercussão na qualidade de vida da criança e dos pais. Isso se deve, possivelmente, à dificuldade nas escolhas alimentares e comerciais devido às limitações das restrições alimentares.

Essas restrições múltiplas apresentam impacto negativo também nas atividades sociais familiares (festas de aniversário, por exemplo) e escolares (lanche dos colegas ou ofertados pela escola).

Em outra pesquisa, observou ainda, que a restrição de alérgenos múltiplos apresentava grande impacto negativo na qualidade de vida da família nos quesitos preparo de alimentos e socialização, sendo que a mãe era a que mais sofria sobrecarga nestas variáveis (Fathi e colaboradores, 2016).

O estudo apresenta a limitação natural de uma pesquisa de corte transversal, na impossibilidade de fazer inferência na relação causa-efeito.

Além disso, não foram investigados detalhadamente os alimentos excluídos da alimentação da criança, bem como se houve substituição nutricional adequada para estas exclusões. Também não foram analisados os

impactos na qualidade de vida dos familiares das crianças com reação adversa alimentar.

No entanto, as informações coletadas no presente estudo podem ser usadas como ponto de partida para outros estudos.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a verificação da frequência das reações adversas alimentares das crianças avaliadas, constatando que a maioria está relacionada ao leite de vaca (intolerância à lactose e alergia a proteína do leite de vaca).

Proporcionou também traçar o perfil antropométrico, sendo que a maioria das crianças se encontra dentro dos parâmetros de normalidade para peso/idade, estatura/idade e IMC/idade.

O índice cintura-estatura demonstrou relação de risco para obesidade central.

Além disso, viabilizou a análise da qualidade de vida da criança após diagnóstico, através do questionário aplicado, determinando que a presença de reação adversa alimentar interfere nas atividades sociais, escolares e familiares das crianças analisadas.

Dada à importância do assunto, torna-se necessária realização de mais estudos a fim de investigar os fatores que possivelmente interferiram no desenvolvimento de tais reações adversas alimentares, bem como analisar detalhadamente a influência dessas reações no estado nutricional das crianças antes e após do diagnóstico e qualidade de vida da família.

## FINANCIAMENTO

Apoio financeiro: Programa de Iniciação Científica (PROIC) da Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna - FASI

## REFERÊNCIAS

- 1-Algarves, T.R.; Julião, A.M.S.; Costa, H.M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Revista Saúde em Foco*. Vol. 2. Num. 1. 2015. p. 151-167.
- 2-Alves, J.Q.N.; Mendes, J.F.R. Consumo dietético e estado nutricional em crianças com alergia à proteína do leite de vaca. *Comunicação em Ciências da Saúde*. Vol. 24. Num. 1. 2013. p. 65-72.

3-Anvari, S.; Anagnostou, K. The Nuts and Bolts of Food Immunotherapy: The Future of Food Allergy. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PM C5920393/>>.

4-Brasil. Lei n. 12982, de 28 de maio de 2014. Altera a Lei no 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específica. Diário Oficial da União. Brasília-DF. p. 1. jun. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm)>.

5-Brasil. Lei n. 11947, de 16 de jun. de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília-DF. p. 2. jun. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm)>.

6-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. Brasília. Ministério da Saúde. p 76. 2011.

7-Brito, C.T.; Silva, J.V.E.; Garcia, L.R.S. Perfil Nutricional de Crianças Atendidas pelo Programa de Controle de Alergia à Proteína do Leite de Vaca no Município de Natal-RN. Revista Humano Ser. Vol. 3. Num. 1. 2015. p. 1-18.

8-Carvalho, N.S.; Arruda, S.P.M.; Ramos LMR, Machado MMT, Azevedo DV. Padrões alimentares e importância da nutrição para mulheres com gravidez de baixo risco. Revista de Nutrição. Vol. 30. Num. 2. 2017. p. 219-31.

9-Costa, L.C.M. Comprometimento antropométricos dos pacientes com alergia alimentar. Dissertação de Mestrado.

Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2014.

10-Fathi, S.M.; Tavakol, M.; Rezaei, N.; Movahedi, M.; Aghamohammadi, A.; Shariat, M. Impact of IgE-mediated Food Allergy on Parental Quality of Life in Iranian Patients. Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology. Vol. 15. Num. 5. 2016. p.372-80.

11-Feuerhake, T.; Aguilera-Insunza, R.; Morales, O.S.; Talesnik, E.; Linn, K.; Thone, N.; Borzutzky, A. Caracterização clínica de pacientes chilenos com alergia alimentar mediada por IgE. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 89. Num. 4. 2018. p.1-6.

12-Freedman, D.S.; Serdula, M.K.; Srinivasan, S.R.; Berenson, G.S. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. American Journal of Clinical Nutrition. Vol. 69. Num. 2.1999. p. 308-17.

13-Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Caderno de Referência sobre Alimentação escolar para Estudantes com Necessidades Alimentares Especiais. Ed. 1. Brasília-DF. 2017.

14-Keys, A.; Fidanza, F.; Karvonen, M.J.; Kimura, N.; Taylor, H.L. Indices of relative weight and obesity. Journal of Chronic Diseases. Vol. 25. 1972. p.329-43.

15-Ministério da Saúde. Saúde da criança: Aleitamento Materno e alimentação complementar. 2ª edição. Brasília-DF. 2015.

16-Motohiro, E.; Komei, I.; Fujisawa, T. Comitê de Orientação Pediátrica Japonesa para Alergia Alimentar; Sociedade Japonesa de Alergia Pediátrica e Imunologia Clínica; Sociedade Japonesa de Alergologia. Allergology International. Vol. 66. Num. 2. 2017. p. 248-64.

17-Mussoi, T.D. Avaliação nutricional na prática clínica: da Gestação ao Envelhecimento. 1ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2015.

18-Santos, E.S.; Andrade, H.L.S. Reações adversas aos alimentos e implicações no ambiente escolar: contextualização com o movimento social "Põe no rótulo". III

Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde. Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Departamento de Educação - Campus I. Brasil. 2017.

19-Santos, M.F.; Rocha, S.M.O.; Carvalho, A.M.R. Avaliação da prevalência de crianças com alergia a proteína do leite de vaca e intolerância à lactose em um laboratório privado de fortaleza-ce. *Revista Saúde*. Vol. 12. Num. 1-2. 2018. p. 41-6.

20-Schincaglia, R.M.; Oliveira, A.C.; Sousa, L.M.; Martins, K.A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 24. Num. 3. 2015. p. 465-74.

21-Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação do departamento de Nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Departamento de Nutrologia. 3ª edição. Rio de Janeiro. 2012.

22-Spahn, J.M.; Callahan, E.H.; Spill, M.K.; Wong, Y.P.; Benjamin-Neelon, S.E.; Birch, L.; Black, M.M.; Cook, J.T.; Faith, M.S.; Mennella, J.A.; Casavale, K.O. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 109. Num. 7. 2019. p. 1003-1026.

23-Toit, G.D.; Foong, R.X.M.; Lack, G. Prevenção de alergia alimentar - intervenções dietéticas precoces. *Alergology International*. Vol. 65. Num. 4. 2016. p. 370-77.

24-Vieira, S.A.; Ribeiro, A.Q.; Hermsdorff, H.H.M.; Pereira, P.F.; Priore, S.E.; Franceschini, S.C.C. Índice relação cintura-estatura para predição do excesso de peso em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 36. Num. 1. 2018. p. 52-58.

25-WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr*. 2006. p.56-65.

26-Zychar, B.C.; Oliveira, B.A. Fatores desencadeantes da intolerância à lactose: metabolismo enzimático, diagnóstico e tratamento. *Atas de Ciências da Saúde*. Vol. 5. Num. 1. 2017. p. 35-46.

E-mail dos autores:

wdansoa@yahoo.com.br  
anne\_rocha95@hotmail.com  
marinasoaresdo@gmail.com  
thaalves534@gmail.com  
bruniamaral@hotmail.com

Recebido para publicação em 16/07/2020  
Aceito em 01/02/2021