

1 2 9 0



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA SOFIA MONTEIRO PIMENTA

***Receios dos cuidadores na introdução de alimentos alergénicos
perante história familiar ou pessoal de alergias***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DR.ª PAULA RITA RICARDO DE MIRANDA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

JANEIRO/2023

Receios dos cuidadores na introdução de alimentos alergénicos perante história familiar ou pessoal de alergias

Ana Sofia Monteiro Pimenta ¹, Luiz Miguel De Mendonça Soares Santiago ¹
Paula Rita Ricardo de Miranda ²;

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. USF VitaSaurium, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro

Dr.^a Paula Rita Ricardo de Miranda
Urbanização da Cruz Nova, nº 12, 3130-200 Soure
paula.ricardo.miranda@gmail.com

Índice

Lista de abreviaturas.....	5
Resumo.....	6
Abstract.....	7
Introdução.....	8
Material e Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discussão.....	17
Conclusão.....	20
Agradecimentos.....	21
Referências.....	22
Anexo I.....	25
Anexo II.....	27
Anexo III.....	28

Lista de Abreviaturas

AF	Antecedentes Familiares
AP	Antecedentes Pessoais
APN	Associação Portuguesa de Nutrição
ARS	Administração Regional de Saúde
DA	Diversificação alimentar
DGS	Direção Geral da Saúde
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
F	Feminino
M	Masculino
NR	Não respondeu
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
USF	Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A diversificação alimentar é uma fase que suscita muita controvérsia e cujas orientações têm sofrido mudanças ao longo do tempo. A ESPGHAN defende o início da diversificação alimentar entre os 4 e os 6 meses de idade. Alternativamente ao paradigma que vigorou até recentemente, novos estudos sugerem que a introdução precoce de alimentos alergénicos, no início da diversificação alimentar, é segura e pode, inclusivamente, prevenir alergias futuras. O objetivo deste estudo é avaliar a existência de receios dos cuidadores nesta fase e perceber se a idade de introdução de alimentos alergénicos pode estar relacionada com a existência de antecedentes de alergias.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo transversal observacional e analítico. Decorreu na USF VitaSaurium, com aplicação de inquérito presencialmente e online, a cuidadores de utentes com idade ≥ 1 ano e < 4 anos. Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS (versão 28). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS do Centro.

Resultados: Obtiveram-se 89 respostas. 29,2% dos utentes têm antecedentes familiares de alergias e 4,5% antecedentes pessoais. A maior parte dos utentes iniciou a diversificação alimentar aos 6 meses (47,2%). Relativamente aos alimentos alergénicos, a maioria introduziu o glúten até aos 6 meses de idade (48,3%), o ovo e o peixe entre os 7 e 11 meses (46,1% e 48,3%, respetivamente). Não se evidenciaram associações estatisticamente significativas entre a idade de introdução destes alimentos e antecedentes familiares ou pessoais de alergias. A maioria dos utentes com história familiar de alergias não introduziu o amendoim na dieta da criança até à data de preenchimento do inquérito. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os antecedentes familiares de alergias e a idade de introdução do kiwi ($p=0,036$), em que a maioria utentes que não introduziram o kiwi ou que apenas o introduziram depois dos 23 meses eram utentes com antecedentes familiares de alergias. 23 cuidadores (25,8%) referiram ter tido receio na introdução algum alimento. O receio mais abordado foi reação alérgica. 18 cuidadores referiram ter adiado a introdução de algum alimento. Não se observaram associações estatisticamente significativas entre os receios ou o adiamento de algum alimento e a existência de antecedentes familiares ou pessoais de alergias.

Conclusão: Não se verificaram diferenças entre a existência de receios em cuidadores de crianças com ou sem antecedentes de alergias. Porém, observou-se que, de uma forma geral, os cuidadores continuam a adiar a introdução de alimentos alergénicos.

Palavras-chave: Diversificação alimentar, alimentos alergénicos, receios, antecedentes de alergias

Abstract

Introduction: The complementary feeding stage usually generates controversy and its guidelines have evolved throughout time. ESPGHAN states that the complementary feeding process should begin between 4 and 6 months old. Alternatively to the current paradigm, new studies suggest that prematurely introducing allergenic foods, in the beginning stages of complementary feeding, is safe and can possibly prevent future allergies. The goal of this study is to assess the existence of fears of caregivers at this stage and whether the age of introduction of allergenic foods is related to the existence of a prior history of allergies.

Material and Methods: This is an observational and analytical cross-sectional study. It took place at USF VitaSaurium, with the application of a survey in person and online, to caregivers of users aged ≥ 1 year and < 4 years. The SPSS program (version 28) was used for the statistical analysis. The study was approved by the Ethics Committee of the ARS Center.

Results: 89 responses were obtained. 29.2% of users were found to have a family history of allergies and 4.5% had a personal history. Most users (47,2%) started complementary feeding at 6 months old. Regarding allergenic foods, the majority (48,3%) introduced gluten up to 6 months, and eggs and fish between 7 and 11 months (46,1% and 48,3%, respectively). There were no statistically significant associations found between the age at which these foods were introduced and family or personal history of allergies. Most users with a family history of allergies had not yet introduced peanuts into their child's diet at the time the survey was completed. There was a statistically significant association between a family history of allergies and the age at which kiwi was introduced ($p=0,036$), in which most users who did not introduce kiwi or who only introduced it after 23 months were users with a family history of allergies. 23 caregivers (25,8%) reported being afraid to introduce selected foods. The most addressed fear was an allergic reaction. 18 caregivers reported having postponed the introduction of selected foods. No statistically significant associations were observed between fears or postponement of introducing foods and the existence of a family or personal history of allergies.

Conclusion: There were no significant variances found in the existence of fears of caregivers in children with or without a family history of allergies. However, it was observed that, in general, caregivers continue to postpone the introduction of allergenic foods.

Keywords: Complementary feeding, allergenic foods, fears, history of allergies

Introdução

A diversificação alimentar (DA) é uma fase que suscita muita controvérsia e cujas orientações têm sofrido mudanças ao longo do tempo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a DA define-se como a transição de aleitamento materno exclusivo para a adição de outros alimentos à dieta do lactente.¹ Porém, tanto entidades nacionais, Associação Portuguesa de Nutrição (APN) e Direção Geral da Saúde (DGS), como a *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) definem a DA como o início da introdução de outros alimentos, para além do leite (materno ou artificial).²⁻⁴ Apesar da OMS ainda defender o início da DA a partir dos 6 meses de idade, argumentando que até essa idade o leite materno fornece todos os nutrientes necessários,¹ a ESPGHAN advoga que se deve iniciar a DA antes, entre os 4 e os 6 meses. Esta recomendação surge, pois, aos 4 meses de idade, a maturação renal e digestiva já são suficientes para a metabolização dos nutrientes provenientes dos alimentos sólidos.⁴ Desta forma, neste estudo baseamo-nos nas definições das sociedades científicas portuguesas (APN e DGS) de DA e, assumiu-se como orientação mais atual a idade de início recomendada pela ESPGHAN.

As alergias são cada vez mais prevalentes nas crianças.⁵ Evidência científica demonstra que o aleitamento exclusivo até aos 4 meses de idade, previne alergias futuras, porém a partir desse momento não há benefícios demonstrados em manter este método isolado.⁶

Até há pouco tempo, os alimentos alergénicos eram os que se recomendavam introduzir mais tarde.⁷ Como alimentos alergénicos referimo-nos a leite de vaca, glúten, ovo, soja, frutos secos, peixe e marisco.⁸ Apesar de não ser considerado um alimento alergénico, o kiwi será mencionado porque é um alimento libertador de histamina,⁹ tal como o maracujá e os morangos.^{7,10} Nestes alimentos, devido aos níveis altos de histamina e uma possível redução da enzima que metaboliza a mesma, pode ocorrer uma reação que mimetiza uma alergia, apesar de não o ser.¹¹ Alternativamente ao paradigma que vigorou até recentemente, novos estudos sugerem que a introdução precoce destes alimentos, no início da DA,¹² é segura, não prejudicando o aleitamento nem o crescimento.¹³ Efetivamente, concluem que o adiamento da introdução de alimentos alergénicos não provou diminuir o desenvolvimento de alergias futuras.¹⁴ Alguns estudos afirmam ainda que a introdução destes alimentos de forma progressiva, aumenta a sua tolerância, prevenindo alergias futuras,¹⁵⁻¹⁷ mesmo no caso de lactentes com alto risco para atopia.^{4,18,19} Deste modo, o mais importante é, após a introdução do alimento, existir um consumo regular do mesmo.²⁰ Apesar de já existirem alguns estudos sobre a introdução precoce de leite de vaca e a consequente diminuição de prevalência de alergias,^{19,20} continua a ser recomendada a sua introdução apenas após os 12 meses.⁴

O amendoim, é um dos alimentos alergénicos mais debatidos. Anteriormente, era recomendada a testagem da alergia ao amendoim, em grupos de alto risco para alergia, antes da sua introdução na alimentação do lactente.²⁰ Porém, orientações atuais, recomendam a sua introdução precoce, independentemente desse risco.^{4,12,18,19}

História pessoal de eczema é considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de alergia alimentar.^{12,19,21} De facto, um estudo recente defende que, nos cuidados de saúde primários, para prevenir alergias alimentares é necessário, para além da introdução precoce de alimentos alergénicos, o diagnóstico e tratamento precoce de dermatite atópica, uma vez que o seu tratamento pode estar relacionado com a diminuição da prevalência de alergias alimentares.¹⁷

Apesar destas recomendações, um estudo internacional demonstra que muitos cuidadores atrasam a introdução de alimentos alergénicos por desconhecimento dos benefícios da introdução precoce dos mesmos.²² Contudo, ainda não há estudos realizados em Portugal que avaliem os fatores que podem adiar o início precoce da introdução de alimentos alergénicos.

Desta forma, propomos a realização de uma investigação original com o objetivo de analisar em que altura da DA os cuidadores introduzem os alimentos alergénicos e comparar com as atuais recomendações internacionais. Adicionalmente, pretende-se investigar também os receios dos cuidadores relativamente à introdução precoce de alimentos alergénicos e avaliar se, de alguma forma, estes medos são influenciados por antecedentes pessoais (AP) ou familiares (AF) de alergias. Pretende-se estudar ainda os fatores que, adicionalmente aos antecedentes de alergia, podem contribuir para a adesão ou não das recomendações mais recentes.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo transversal observacional e analítico, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) VitaSaurium, entre outubro e dezembro de 2022. Para a recolha de dados aplicou-se um inquérito (Anexo I) especificamente elaborado para o efeito, aos cuidadores dos utentes da USF, com idades compreendidas entre 1 ano, inclusive, e 4 anos de idade, exclusive. A distribuição deste inquérito decorreu presencialmente, por conveniência, e online, por e-mail e publicação na página de Facebook® da USF. Previamente, o inquérito foi validado através de aplicação de instrumento de validação (Anexo II), recorrendo à escala de *Likert*, a 10 cuidadores (avaliou-se a agradabilidade e facilidade de resposta, dúvidas e sugestões de melhoria).

A parte inicial do inquérito destinou-se aos dados informativos da criança (sexo, idade, frequência na creche), dados informativos dos progenitores (idade do pai e da mãe, escolaridade da mãe e do pai) e dados referentes à família (número de irmãos). As restantes questões foram baseadas nos AF e AP de alergias e questões relacionadas com a DA (idade de início, tipo de aleitamento, idade da introdução de alimentos alergénicos, especificamente peixe, ovo, amendoim, glúten, kiwi, receios na DA e se houve atraso na introdução de algum alimento).

Foi calculado o tamanho da amostra para uma população constituída por 194 indivíduos, com um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 8%,²³ em correção do cálculo do tamanho pelo décuplo do número de perguntas.

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28, com nível de significância α definido a 0,05. O teste Qui-Quadrado foi usado para estabelecer associações entre os AF de alergias e a existência de receios na DA ou o adiamento da introdução de algum alimento na DA. O Teste Exato de Fischer para estabelecer associações entre os AP de alergias e a presença de receios na DA ou o adiamento na introdução de algum alimento. Recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para estabelecer associações entre os AF ou AP de alergias e o início da DA ou introdução de alimentos alergénicos. Utilizou-se este teste para analisar uma possível associação entre a escolaridade dos pais e existência de receios na DA ou o adiamento da introdução de algum alimento na DA. Por último, foi usado para estabelecer associações entre a frequência da creche ou tipo de aleitamento e início da DA.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo sido garantido que os dados fornecidos são anonimizados.

Resultados

Nas respostas para validação do inquérito, 100% concordaram totalmente que o inquérito foi fácil de responder e 90% que este foi agradável de responder. Não se identificaram dúvidas nem sugestões de melhoria.

O cálculo do tamanho amostral pelo décuplo das perguntas era de 40, valor que melhor se calculou, como acima descrito, para 85.

Obtiveram-se 89 respostas (amostra), das quais 48 foram online (53,9%) e 41 presencialmente (46,1%). Nenhum inquérito foi excluído. A maioria dos utentes que participaram são do sexo masculino (55,1%) e a moda da idade são 2 anos de idade (48,3%). A maioria das crianças em estudo não têm irmãos (51,7%). Quanto às questões referentes aos pais das crianças, tanto no pai, como na mãe, a escolaridade mais frequente é o 12º ano. Não se observou escolaridade inferior ao 9º ano. Apenas 4,5% das mães têm o 9º ano como escolaridade máxima, enquanto nos pais corresponde a 23,6%. As características demográficas da amostra em estudo estão presentes na tabela 1.

Quanto aos antecedentes de alergias, 29,2% dos utentes tem AF e 4,5% tem AP (tabela 1). Dos AF, os mais mencionados foram alergia medicamentosa, asma, alergia ao “pó”, “pólen” e “pelo de gato”. É ainda importante referir alergia ao glúten, kiwi, marisco, clara de ovo. Dos AP, assinala-se a alergia à penicilina, ao ovo, pele atópica e asma.

TABELA 1 | Características demográficas e antecedentes de alergias

Variável, n (%)	Total (n=89)	Género	
		M (n=49)	F (n=40)
Idade			
1 ano	27 (30,3)	16 (32,7)	11 (27,5)
2 anos	43 (48,3)	21 (42,9)	22 (55,0)
3 anos	19 (21,3)	12 (24,5)	7 (17,5)
Frequenta a creche?			
Sim	71 (79,8)	38 (77,6)	33 (82,5)
Não	18 (20,2)	11 (22,4)	7 (17,5)
Número de irmãos			
0	46 (51,7)	28 (57,1)	18 (45,0)
1	35 (39,3)	16 (32,7)	19 (47,5)
2	8 (9,0)	5 (10,2)	3 (7,5)

M – Masculino; F – Feminino

TABELA 1 (cont.) | Características demográficas e antecedentes de alergias

Variável, n (%)	Total (n=89)	Género	
		M (n=49)	F (n=40)
Idade da mãe			
< 25 anos	2 (2,2)	2 (4,1)	-
25 – 29 anos	15 (16,9)	11 (22,4)	4 (10,0)
30 – 34 anos	31 (34,8)	14 (28,6)	17 (42,5)
35 – 39 anos	29 (32,6)	14 (28,6)	15 (37,5)
40 – 44 anos	11 (12,4)	7 (14,3)	4 (10,0)
NR	1 (1,1)	1 (2,0)	-
Escolaridade da Mãe			
9º ano	4 (4,5)	3 (6,1)	1 (2,5)
12º ano	45 (50,6)	26 (53,1)	19 (47,5)
Licenciatura	25 (28,1)	12 (24,5)	13 (32,5)
Mestrado	14 (15,7)	7 (14,3)	7 (17,5)
Doutoramento	1 (1,1)	1 (2,0)	-
Idade do pai			
25 – 29 anos	8 (9,0)	5 (10,2)	3 (7,5)
30 – 34 anos	24 (27,0)	16 (32,7)	8 (20,0)
35 – 39 anos	30 (33,7)	13 (26,5)	17 (42,5)
40 – 44 anos	23 (25,8)	13 (26,5)	10 (25,0)
> 44 anos	3 (3,4)	1 (2,0)	2 (5,0)
NR	1 (1,1)	1 (2,0)	-
Escolaridade do pai			
9º ano	21 (23,6)	12 (24,5)	9 (22,5)
12º ano	42 (47,2)	25 (51,0)	17 (42,5)
Licenciatura	17 (19,1)	7 (14,3)	10 (25,0)
Mestrado	8 (9,0)	4 (8,2)	4 (10,0)
NR	1 (1,1)	1 (2,0)	-
AF de alergias			
Sim	26 (29,2)	17 (34,7)	9 (22,5)
Não	63 (70,8)	32 (65,3)	31 (77,5)
AP de alergias			
Sim	4 (4,5)	4 (8,2)	-
Não	85 (95,5)	45 (91,8)	40 (100)

AF – Antecedentes Familiares; AP – Antecedentes Pessoais; F – Feminino; M – Masculino;
NR – Não respondeu;

As respostas do inquérito que pretendiam explorar a fase da DA encontram-se na Tabela 2. Os utentes iniciaram predominantemente a DA aos 6 meses (47,2%). Relativamente aos alimentos alergénicos, a idade mais frequente de introdução do glúten foi até aos 6 meses de idade (48,3%) e o ovo e o peixe entre os 7 e 11 meses (46,1% e 48,3%, respetivamente). Quanto aos receios na DA, 23 cuidadores (25,8%) referiram ter tido receio na introdução algum alimento. Os principais alimentos mencionados foram kiwi, glúten, morangos, leite de

vaca, marisco, ovo e amendoim. Algumas pessoas referiram o peixe, a carne de vaca e porco. O receio mais abordado foi reação alérgica, seguido do medo de engasgamento. 18 cuidadores (20,2%) referiram ter adiado a introdução de algum alimento. Os alimentos foram sobreponíveis aos alimentos mencionados na questão dos receios na DA, porém os frutos vermelhos foram os mais mencionados. Como justificação para esse adiamento, a maioria referiu que foi por “aconselhamento médico”. Em alguns casos, a justificação incidiu na presença de AF de alergias e medo de reação alérgica. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os AF de alergias e a idade de introdução do kiwi ($p=0,036$), em que a maioria utentes que não iniciaram o kiwi ou que apenas o introduziram depois dos 23 meses eram utentes com AF de alergias. Apesar de não se terem registado associações estatisticamente significativas, uma grande percentagem (42,3%) dos utentes com AF de alergias não introduziu o amendoim na dieta da criança até à data de preenchimento do inquérito. Não se observaram associações estatisticamente significativas entre a escolaridade da mãe ou do pai e a presença de receios na DA ou atraso na introdução de algum alimento.

TABELA 2 | Caracterização da DA de acordo com a presença ou ausência de AF de alergias

Variável, n (%)	Total (n=89)	AF de alergias		Valor p
		Sim (n=26)	Não (n=63)	
Início da DA				0,308
≥ 4 meses e < 6 meses	36 (40,4)	14 (53,8)	22 (34,9)	
6 meses	42 (47,2)	10 (38,5)	32 (50,8)	
> 6 meses	9 (10,1)	2 (7,7)	7 (11,1)	
NR	2 (2,2)	-	2 (3,2)	
Quando introduziu o peixe?				0,367
≤ 6 meses	38 (42,7)	10 (38,5)	28 (44,4)	
7 – 11 meses	43 (48,3)	15 (57,7)	28 (44,4)	
≥ 12 meses	3 (3,4)	-	3 (4,8)	
NR	5 (5,7)	1 (3,8)	4 (6,3)	
Quando introduziu o ovo?				0,620
≤ 6 meses	18 (20,2)	5 (19,2)	13 (20,6)	
7 – 11 meses	41 (46,1)	14 (53,8)	27 (42,9)	
≥ 12 meses	26 (29,2)	6 (23,1)	20 (31,7)	
NR	4 (4,5)	1 (3,8)	3 (4,8)	

AF – Antecedentes Familiares; DA – Diversificação Alimentar; NR – Não respondeu;

TABELA 2 (cont.) | Caracterização da DA de acordo com a presença ou ausência de AF de alergias

Variável, n (%)	Total (n=89)	AF de alergias		Valor p
		Sim (n=26)	Não (n=63)	
Quando introduziu o amendoim?				0,524
Não introduziu	30 (33,7)	11 (42,3)	19 (30,2)	
< 12 meses	8 (9,0)	1 (3,8)	7 (11,1)	
12 – 23 meses	29 (32,6)	7 (26,9)	22 (34,9)	
> 23 meses	20 (22,5)	6 (23,1)	14 (22,2)	
NR	2 (2,2)	1 (3,8)	1 (1,6)	
Quando introduziu o glúten?				0,370
Não introduziu	2 (2,2)	-	2 (3,2)	
≤ 6 meses	43 (48,3)	15 (57,7)	28 (44,4)	
7 – 11 meses	20 (22,5)	6 (23,1)	14 (22,2)	
≥ 12 meses	19 (21,3)	3 (11,5)	16 (25,4)	
NR	5 (5,6)	2 (7,7)	3 (4,8)	
Quando introduziu o kiwi?				0,036
Não introduziu	4 (4,5)	3 (11,5)	1 (1,6)	
< 12 meses	33 (37,1)	8 (30,8)	25 (39,7)	
12 – 23 meses	43 (48,3)	11 (42,3)	32 (50,8)	
> 23 meses	4 (4,5)	3 (11,5)	1 (1,6)	
NR	5 (5,6)	1 (3,8)	4 (6,3)	
Houve receio na introdução de algum alimento?				0,495
Sim	23 (25,8)	8 (30,8)	15 (23,8)	
Não	66 (74,2)	18 (69,2)	48 (76,2)	
Adiou a introdução de algum alimento?				0,667
Sim	18 (20,2)	6 (23,1)	12 (19,0)	
Não	71 (79,8)	20 (76,9)	51 (81,0)	

AF – Antecedentes Familiares; NR – Não respondeu

Na tabela 3 encontra-se a idade de início da DA, assim como a idade de introdução dos alimentos alergênicos relacionada com a presença ou não de AP de alergias. Não se observaram associações estatisticamente significativas.

TABELA 3 | Caracterização da DA de acordo com a presença ou ausência de AP de alergias

Variável, n (%)	Total (n=89)	AP de alergias		Valor p
		Sim (n=4)	Não (n=85)	
Início da DA				0,777
≥ 4 meses e < 6 meses	36 (40,4)	2 (50,0)	34 (40,0)	
6 meses	42 (47,2)	2 (50,0)	40 (47,1)	
> 6 meses	9 (10,1)	-	9 (10,6)	
NR	2 (2,2)	-	2 (2,4)	
Quando introduziu o peixe?				0,612
≤ 6 meses	38 (42,7)	1 (25,0)	37 (43,5)	
7 – 11 meses	43 (48,3)	3 (75,0)	40 (47,1)	
≥ 12 meses	3 (3,4)	-	3 (3,5)	
NR	5 (5,7)	-	5 (5,9)	
Quando introduziu o ovo?				0,499
≤ 6 meses	18 (20,2)	-	18 (21,2)	
7 – 11 meses	41 (46,1)	2 (50,0)	39 (45,9)	
≥ 12 meses	26 (29,2)	2 (50,0)	24 (29,6)	
NR	4 (4,5)	-	4 (4,7)	
Quando introduziu o amendoim?				0,120
Não introduziu	30 (33,7)	3 (75,0)	27 (31,8)	
< 12 meses	8 (9,0)	-	8 (9,4)	
12 – 23 meses	29 (32,6)	-	29 (34,1)	
> 23 meses	20 (22,5)	-	20 (23,5)	
NR	2 (2,2)	1 (25,0)	1 (1,2)	
Quando introduziu o glúten?				0,794
Não introduziu	2 (2,2)	-	2 (2,4)	
≤ 6 meses	43 (48,3)	2 (50,0)	41 (48,2)	
7 – 11 meses	20 (22,5)	1 (25,0)	19 (22,4)	
≥ 12 meses	19 (21,3)	-	19 (22,4)	
NR	5 (5,6)	1 (25,0)	4 (4,7)	
Quando introduziu o kiwi?				0,131
Não introduziu	4 (4,5)	1 (25,0)	3 (3,5)	
< 12 meses	33 (37,1)	1 (25,0)	32 (37,6)	
12 – 23 meses	43 (48,3)	1 (25,0)	42 (49,4)	
> 23 meses	4 (4,5)	-	4 (4,7)	
NR	5 (5,6)	1 (25,0)	4 (4,7)	
Houve receio na introdução de algum alimento?				0,274
Sim	23 (25,8)	2 (50,0)	21 (24,7)	
Não	66 (74,2)	2 (50,0)	64 (75,3)	
Adiou a introdução de algum alimento?				0,602
Sim	18 (20,2)	1 (25,0)	17 (20,0)	
Não	71 (79,8)	3 (75,0)	68 (80,0)	

AP – Antecedentes Pessoais; DA – Diversificação Alimentar; NR – Não respondeu

Na tabela 4 expõe-se a frequência da creche e o tipo de aleitamento de acordo com a idade de início da DA. O tipo de aleitamento predominante até à DA foi o leite materno (56,2%). Não se observaram associações estatisticamente significativas.

TABELA 4 | Frequência na creche e tipo de aleitamento de acordo com a idade de início da DA

Variável, n (%)	Início da DA					Valor p
	Total (n=89)	4-5 meses (n=36)	6 meses (n=42)	> 6 meses (n=9)	NR (n=2)	
Frequenta a creche?						0,076
Sim	71 (79,8)	32 (88,9)	29 (69,0)	8 (88,9)	2 (100)	
Não	18 (20,2)	4 (11,1)	13 (31,0)	1 (11,1)	-	
Tipo de aleitamento até DA						0,790
Leite materno	50 (56,2)	20 (55,6)	23 (54,8)	6 (66,7)	1 (50,0)	
Leite artificial	16 (18,0)	8 (22,2)	6 (14,3)	1 (11,1)	1 (50,0)	
Misto	23 (25,8)	8 (22,2)	13 (31,0)	2 (22,2)	-	

DA – Diversificação Alimentar; NR - Não respondeu

Discussão

A definição de DA não é unânime para as comunidades científicas. Na recolha de respostas, constatou-se que nem todos os cuidadores conheciam o conceito de DA. Dados da DGS referem que a maioria da população tem uma literacia em saúde suficiente, porém 29,5% ainda tem níveis baixos.²⁴ Desta forma, teria sido importante no inquérito explicar o conceito de DA, de forma a suscitar menos dúvidas.

Segundo a OMS, 44% da população faz aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade²⁵ (idade em recomendam o início da DA¹). Esta percentagem é sobreponível à realidade portuguesa.²⁶ Deste modo, pensamos que, a definição de DA da ESPGHAN e das sociedades científicas portuguesas, ao incluir o leite artificial no aleitamento até à DA, se encontra mais atualizada à nossa realidade, uma vez que a maioria da população não faz aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

O aleitamento materno é o método de nutrição ideal comparando com o leite artificial.^{1,3,4,27} De facto, nos utentes deste estudo o aleitamento predominante até à DA foi o leite materno (56,2%) observando-se que, na população em estudo, há uma percentagem superior de aleitamento materno até ao início da DA comparativamente às estatísticas globais.^{25,26} Isto pode ocorrer uma vez que, na USF onde decorreu este estudo, a equipa de saúde é muito disponível para apoiar as mães no início da amamentação e sensibilizam os cuidadores sobre a importância deste tipo de aleitamento. Constatou-se que o tipo de aleitamento não tem influência na idade de início da DA. Efetivamente, está descrito que o tipo de aleitamento não influencia a forma como decorre a DA.³

Durante a obtenção da amostra, concluiu-se que esta população foi acessível. Isto pode dever-se ao facto de as crianças com as idades em estudo serem grande utilizadoras dos cuidados de saúde, no contexto de consulta de vigilância e de doença aguda, especialmente na altura de recolha de amostra (outubro a dezembro) e no contexto do Rastreio de Saúde Visual Infantil realizado em outubro. O que também facilitou a obtenção de amostra foi a elevada resposta online (em maior percentagem que presencialmente), uma vez que os cuidadores das crianças desta idade têm elevado domínio tecnológico e estão bem adaptados ao uso do e-mail. Para tal, também contribuiu o facto de, na USF, as fichas individuais dos utentes estarem completas com os contactos.

Verificou-se que a maioria dos cuidadores (87,6%) começam a DA no momento recomendado, entre os 4 e 6 meses de idade.⁴ Não se observaram utentes cuja DA se iniciou antes dos 4 meses, algo não recomendado, uma vez que aumenta o risco de alergias.^{4,6}

Apesar se não se ter verificado uma associação estatisticamente significativa entre a frequência da creche e a idade de início da DA, aferiu-se que as crianças que não frequentam

a creche iniciaram a DA principalmente aos 6 meses de idade, enquanto as crianças que frequentam a creche iniciaram predominantemente entre os 4 e os 5 meses. Ou seja, as crianças que frequentam a creche possivelmente terão uma tendência para iniciar a DA antes.

Relativamente aos antecedentes de alergias, apenas uma pequena percentagem da amostra tinha AP (4,5%). Esta baixa percentagem pode dever-se ao facto de as crianças desta idade ainda não terem o diagnóstico de alergias, apesar de as poderem desenvolver posteriormente. Isto poder-se-ia alterar com o aumento da população, que seria possível através do alargamento das idades em estudo. Porém, isto poderia criar um viés de memória, uma vez que os cuidadores já não se lembrariam tão bem da fase da DA.

Importante considerar que este estudo caracteriza uma população de um meio rural (Soure), o que poderá ter influência nos resultados comparando com um meio urbano. Efetivamente, está descrito que a população rural tem menor prevalência de alergias, comparativamente a uma população urbana. A justificação para esta diferença é que, quem nasce e passa a sua infância em ambiente rural, pode ter uma exposição maior a microrganismos que potenciam uma sensibilização aos mesmos e, posteriormente, a prevenção de desenvolvimento de alergias no futuro.²⁸

A APN defende que se deve introduzir os alimentos alergénicos em quantidades pequenas e um de cada vez, após o início da DA.² O glúten foi o alimento alergénico introduzido mais precocemente, 48,3% introduziu até aos 6 meses, seguindo as recomendações. Tanto o ovo, como o peixe foram maioritariamente introduzidos antes de 1 ano de idade. No caso do kiwi e do amendoim, os resultados foram diferentes, tendo sido predominantemente introduzidos depois de 1 ano de idade.

Relacionando os AF com a idade de introdução de alimentos alergénicos, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a idade de introdução do kiwi ($p=0,036$). Aqui concluiu-se que a maioria dos utentes que não introduziram o kiwi ou que apenas o introduziram depois dos 23 meses eram utentes com AF de alergias. Consequentemente, os AF serão uma causa para adiamento da introdução do mesmo. Apesar de não se terem observado associações estatisticamente significativas entre os AF e os restantes alimentos alergénicos, foi possível verificar que a maioria dos utentes com AF de alergias não introduziu o amendoim na dieta da criança até à data de preenchimento do inquérito. Como descrito anteriormente, o amendoim é um dos alimentos mais debatidos¹² e, neste estudo, comprovou-se que, dos alimentos estudados, foi o menos introduzido na dieta da criança. Esta introdução tardia dos alimentos alergénicos pode estar associada a falta de conhecimento por parte dos cuidadores, como demonstrado num estudo internacional, em que mais de metade dos participantes desconhecia os benefícios da introdução precoce de alimentos alergénicos.²²

O motivo predominante para o adiamento da introdução de algum alimento foi “aconselhamento médico”. Na USF VitaSaurium está definido no Manual de Boas Práticas de Saúde Infantil que o aconselhamento sobre a DA é feito pela equipa de enfermagem, com a colaboração do médico de família.²⁹ Desta forma, conclui-se que ainda existe algum desconhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca das atualizações nesta temática. As recomendações mais recentes da DGS datam o fim do ano de 2019,³ pelo que até esta altura as recomendações eram diferentes. Anteriormente era recomendado o adiamento dos alimentos alergénicos e libertadores de histamina,⁷ recomendações essas que eram conhecidas pelos profissionais de saúde e passadas aos cuidadores, pelo que é possível que ainda se estejam a guiar por normas antigas, por desconhecimento das informações mais atuais. Assim, isto poderá justificar o adiamento de alguns alimentos alergénicos verificados neste estudo (com maior incidência sobre o amendoim e o kiwi).

Quando questionados sobre os receios na DA, os principais alimentos mencionados pelos cuidadores foram kiwi, glúten, morangos, leite de vaca, marisco, ovo e amendoim. Deste modo, observa-se que os principais receios incidem nos alimentos alergénicos e libertadores de histamina.^{2,7} O receio predominante foi o medo de reação alérgica. Assim, será importante uma maior sensibilização dos cuidadores sobre as novas informações acerca desta temática, realçando que a introdução precoce de alguns alimentos não está associada a um aumento de reações alérgicas.¹¹

Um estudo internacional provou que uma escolaridade da mãe superior está associada a um maior conhecimento sobre a introdução precoce de alimentos alergénicos.²² Neste estudo não se avaliou esta questão diretamente, porém teria sido algo interessante de explorar. Apesar disso, concluiu-se que a existência de receios na DA não está associada à presença de AF ou AP de alergias. Observou-se ainda que a escolaridade da mãe e do pai não está significativamente associada à presença de receios.

Perante as conclusões retiradas, de forma a atualizar os cuidadores e os profissionais de saúde sobre a fase da diversificação alimentar, elaborou-se um boletim (Anexo III) para a USF onde decorreu este estudo.

Conclusão

Não se observaram diferenças entre a existência de receios em cuidadores de crianças com ou sem AF ou AP de alergias. Porém, observou-se que de uma forma geral os cuidadores continuam a adiar a introdução de alimentos alergênicos. Deste modo, o mais importante no futuro será sensibilizar os cuidadores, independentemente da história familiar ou pessoal de alergias, que a introdução precoce dos alimentos alergênicos não aumenta o risco de alergias e que o importante é estar atento aos sinais de alarme aquando da introdução dos mesmos, tal como qualquer outro alimento.

Agradecimentos

Agradeço à Dr.^a Paula Miranda, orientadora deste Trabalho Final, por toda a ajuda e colaboração na elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, co-orientador, pela sua importante orientação.

A todos os profissionais da USF VitaSaurium que me ajudaram em todo o processo de recolha de amostra e que sempre se mostraram disponíveis.

À Dr.^a Vânia Oliveira pela sua ajuda na recolha de amostra e elaboração do Boletim.

À minha família pelo apoio demonstrado ao longo do meu percurso académico.

Ao Pedro e a todos os meus amigos pelo incentivo e apoio transmitidos.

Obrigada a todos.

Referências

1. Muriel J-A. Complementary feeding [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2022 [cited 2022Dec3]. Available from: https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_1
2. Associação Portuguesa de Nutrição. Alimentação no primeiro ano de vida. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição;
3. Rêgo C, Lopes C, Durão C, Pinto E, Mansilha H, Pereira-da-Silva L, et al. Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019.
4. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2017Jan;64(1):119–32.
5. Akinbami LJ, Simon AE, Schoendorf KC. Trends in allergy prevalence among children aged 0–17 years by asthma status, United States, 2001–2013. *Journal of Asthma*. 2016Jan22;53(4):356–62.
6. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, Abrams SA, Fuchs GJ, Kim JH, et al. The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*. 2019Mar;143(4).
7. Comissão de Nutrição da SPP. Alimentação e Nutrição no Lactente. Lisboa: Acta Pediátrica Portuguesa; 2012.
8. Center for Food Safety and Applied Nutrition. Food allergies [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. FDA; 2023 [cited 2023Jan15]. Available from: <https://www.fda.gov/food/food-labeling-nutrition/food-allergies>
9. Nutritionist KT– A guide to high-histamine foods [Internet]. BBC Good Food. BBC Good Food; 2022 [cited 2022Dec11]. Available from: <https://www.bbcgoodfood.com/howto/guide/a-guide-to-high-histamine-foods>
10. START MGF, Ferraz A. Saúde Infantil: Alimentação no 1º ano de vida Coimbra; 2022.
11. Maintz L, Novak N. Histamine and histamine intolerance. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2007May;85(5):1185–96.
12. Koplin JJ, Soriano VX, Peters RL. Real-world leap implementation. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2021;22(6):61–6.

- 13.** Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *New England Journal of Medicine*. 2016May5;374(18):1733–43.
- 14.** Larson K, McLaughlin J, Stonehouse M, Young B, Haglund K. Introducing allergenic food into infants' diets. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2017;42(2):72–80.
- 15.** Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease. *JAMA*. 2016Sep20;316(11):1181–92.
- 16.** Peters RL, Koplin JJ, Dharmage SC, Tang MLK, McWilliam VL, Gurrin LC, et al. Early exposure to cow's milk protein is associated with a reduced risk of cow's milk allergic outcomes. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2019Feb;7(2):462–70.
- 17.** Conroy E, Ponda P. How primary care providers can help prevent food allergies. *Current Opinion in Pediatrics*. 2022Aug1;34(4):430–7.
- 18.** Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *New England Journal of Medicine*. 2015Feb23;372(9):803–13.
- 19.** Trogen B, Jacobs S, Nowak-Wegrzyn A. Early introduction of Allergenic Foods and the prevention of food allergy. *Nutrients*. 2022Jun21;14(13):2565.
- 20.** Chan ES, Abrams EM, Hildebrand KJ, Watson W. Early introduction of foods to prevent food allergy. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 2018Sep12;14(S2).
- 21.** Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Spergel JM, Abrams EM, Stukus D, et al. A consensus approach to the primary prevention of food allergy through nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, asthma, and Immunology; American College of Allergy, asthma, and immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2021Jan;9(1):22–43.
- 22.** Almutairi AM, Aldayel AA, Aldayel AS, Alhussain HA, Alwehaibi SA, Almutairi TA. Maternal awareness to the timing of allergenic food introduction in Saudi infants: A cross-sectional study. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2021Dec;8(4):239–45.
- 23.** Calculadora de Tamanho de Amostra [Internet]. SurveyMonkey. [cited 2023Jan23]. Available from: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
- 24.** Arriaga MT, Santos B, Costa AS, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, et al. Níveis de Literacia em Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2021.

- 25.** Infant and young child feeding [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2021 [cited 2023Jan15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- 26.** DGS quer rede de bancos de leite materno e revisão das licenças para amamentar. Jornal de Notícias [Internet]. 2019Oct16 [cited 2023Jan21]; Available from: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/dgs-quer-rede-de-bancos-de-leite-materno-e-revisao-das-licencas-para-amamentar-11410784.html>
- 27.** Martin C, Ling P-R, Blackburn G. Review of infant feeding: Key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*. 2016May;8(5):279.
- 28.** Tizek L, Redlinger E, Ring J, Eyerich K, Biedermann T, Zink A. Urban vs rural – prevalence of self-reported allergies in various occupational and regional settings. *World Allergy Organization Journal*. 2022Jan;15(1):100625.
- 29.** Miranda P, Bárbara A, Ramos L, Barbosa B, Oliveira V. Manual de Boas Práticas em Saúde Infantil. Source: USF VitaSaurium; 2022.

ANEXO I. Inquérito

1. Dados informativos da criança

Idade: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: M F

Frequenta a creche? Sim Não

Se sim, desde que idade? _____

2. Dados informativos dos progenitores

Idade do pai: _____

Idade da mãe: _____

Escolaridade do pai:

Escolaridade da mãe:

Sem escolaridade

Sem escolaridade

Até ao 4º ano

Até ao 4º ano

Até ao 6º ano

Até ao 6º ano

Até ao 9º ano

Até ao 9º ano

Até ao 12º ano

Até ao 12º ano

Licenciatura

Licenciatura

Mestrado

Mestrado

Doutoramento

Doutoramento

3. Dados referentes à família

Quantos irmãos tem? _____

Com que idades? _____

4. História pessoal e familiar de alergia

Há antecedentes de alergia na família da criança? Sim Não

Se sim, quem sofre de alergia e a quê?

A criança sofre ou já sofreu de alguma doença alérgica? Sim Não

Se sim, qual? _____

5. Diversificação alimentar

Em que idade a criança iniciou a diversificação alimentar? _____

Até à introdução de novos alimentos, qual o tipo de aleitamento que fazia?

Leite Materno Leite Artificial Misto

Em que idade se introduziu:

Peixe - _____

Ovo - _____

Amendoim - _____

Glúten - _____

Kiwi - _____

Na fase de diversificação, houve receio na introdução de algum alimento em específico?

Sim Não

Se sim, qual alimento? _____

Se sim, qual o seu receio? _____

Na fase de diversificação atrasou a introdução de algum alimento?

Sim Não

Se sim, qual? _____

Se sim, qual a razão? _____

ANEXO II. Instrumento de validação do inquérito

Caro cuidador,

Relativamente ao inquérito que acabou de responder:

1. Assinale o mais adequado.

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
O inquérito foi agradável de responder.					
O inquérito foi fácil de compreender.					

2. Teve alguma dúvida no seu preenchimento? Sim Não

Se sim, qual? _____

3. Tem alguma sugestão de melhoria? Sim Não

Se sim, qual? _____



Boletim da USF VitaSaurium

Soure

Nrº2/2023, janeiro



Diversificação alimentar

O que é a Diversificação alimentar?

É a transição de aleitamento exclusivo (materno ou artificial) para a introdução de outros alimentos na dieta do bebé.

Quando se deve começar a diversificação alimentar?

Deve iniciar-se entre os 4 os 6 meses de idade. Não deve acontecer antes dos 4 meses, uma vez que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de alergias. Por outro lado, o início tardio (depois dos 6 meses) não é recomendado, visto que, nessa altura o leite (materno ou artificial) isoladamente já não é suficiente para suprir as necessidades do bebé.

Como iniciar a diversificação alimentar?

Inicialmente, os alimentos devem ser oferecidos à colher e a sua consistência deve ser cremosa, transitando-se para texturas cada vez menos homogêneas à medida que o bebé vá adquirindo o controlo da mastigação/deglutição.

Não esquecer que nesta fase deve ser incentivado o consumo de água.



Alguns alimentos são considerados alergénicos e, portanto, podem suscitar mais questões nos pais.

Consultas na USF VitaSaurium

Programada:

- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
- Consulta de Medicina Geral e Familiar
- Consulta de Saúde Materna
- Consulta de Saúde da Mulher
- Consulta de Rastreio Oncológico
- Consulta de Diabetes

Não programada:

- Consulta Aberta
- Consulta de Inter-substituição

Consulta Domiciliária

Consulta não presencial



Telefone:
239 506 633

Correio eletrónico:
usf.vitasaurium@arscentro.
min-saude.pt

eAgenda:
servicos.min-saude.pt/
eagenda

Quais os principais alimentos alergénicos?

Leite de vaca, ovo, soja, frutos secos, peixe e marisco. Ainda se incluem neste grupo, o glúten (trigo, cevada, centeio), morango, maracujá e kiwi.



Quando devem ser introduzidos os alimentos alergénicos?

Estes alimentos, à exceção do leite de vaca, devem ser iniciados a partir dos 4 meses de idade, em simultâneo com o início da diversificação, mesmo em crianças com risco de alergias. Agora sabe-se que a exposição precoce a estes alimentos pode prevenir alergias aos mesmos no futuro. A introdução destes alimentos deve ocorrer de forma progressiva.

O leite de vaca não deve ser introduzido antes dos 12 meses.



Que alimentos devemos evitar?

O sal e o açúcar não devem ser consumidos até a criança completar 1 ano de vida, assim como todos os alimentos que os contenham adicionados.

E a partir dos 12 meses?

A partir dos 12 meses, a criança deve ter uma alimentação igual aos restantes elementos da família. É recomendado que seja saudável, variada e equilibrada.

Trabalhamos todos os dias em prol da sua Saúde e do seu bem estar!

Boletim realizado por:

Ana Sofia Monteiro Pimenta

Aluna do 6º ano de Medicina FMUC

Bibliografia:

1. Associação Portuguesa de Nutrição [Internet]. [cited 2023Jan4]. Available from: https://www.apn.org.pt/documentos/marcadores_e_folhetos/LIVRETO_DIVERSIFICACAO_ALIMENTAR.pdf
2. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition [Internet]. 2017Jan [cited 2023Jan4];64(1):119–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027215/>
3. Alimentação Saudável DOS 0 AOS 6 anos • PNPAS [Internet]. Alimentação Saudável. 2020 [cited 2023Jan4]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>