

CARACTERÍSTICAS DA DIETA DE EXCLUSÃO POR SUSPEITA DE ALERGIA ALIMENTAR CONFORME O ESTADO NUTRICIONAL, O PERFIL PARENTAL E OS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM DIFICULDADES ALIMENTARES

CHARACTERISTICS OF THE EXCLUSION DIET FOR SUSPECTED FOOD ALLERGY ACCORDING TO NUTRITIONAL STATUS, PARENTAL PROFILE AND EATING BEHAVIORS IN CHILDREN WITH EATING DIFFICULTIES

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA DE EXCLUSIÓN POR SOSPECHA DE ALERGIA ALIMENTARIA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL, PERFIL PARENTAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN

Nathália Gioia de Paula¹
Priscila Maximino²
Luana Romão Nogueira³
Raquel Ricci⁴
Karina Rizzato Sella⁵
Mauro Fisberg⁶

RESUMO: O estudo visa descrever as características da dieta de exclusão por suspeita de alergia alimentar em crianças com dificuldades alimentares e analisar se essas características diferem conforme o estado nutricional, o estilo parental e os comportamentos alimentares. Trata-se de um estudo observacional transversal com 28 crianças atendidas em um ambulatório de dificuldades alimentares. A coleta de dados foi realizada por meio da revisão de prontuários contendo informações obtidas em consultas multiprofissionais. Foram analisados histórico de alergia alimentar, caracterização da dieta de exclusão, estado nutricional, estilos parentais e comportamentos alimentares. A maioria das crianças iniciou a dieta de exclusão antes dos seis meses, manteve-a por mais de seis meses e excluiu apenas um alimento, predominantemente o leite de vaca. Não foram encontradas diferenças significativas entre as características da dieta e o estado nutricional ou os comportamentos alimentares. No entanto, a frequência de perfis parentais não responsivos foi significativamente maior entre os pais de crianças que iniciaram a dieta após os seis meses. A dieta de exclusão prolongada e o predomínio de estilos parentais não responsivos podem impactar a relação alimentar da criança, destacando a necessidade de suporte multidisciplinar no manejo das alergias alimentares e dificuldades alimentares associadas.

2181

Palavras-chave: Hipersensibilidade Alimentar. Seletividade Alimentar. Nutrição da Criança.

¹Pediatra com especialização em gastroenterologia pediátrica. Autora. Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil.

²Nutricionista. Coautora. Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil.

³Nutricionista com mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Coautora. Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil. Curso de nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil.

⁴Nutricionista. Coautora. Especialista modalidade residência em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil.

⁵Fonoaudióloga com mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Coautora. Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil.

⁶Pediatra e Nutrólogo. Orientador. Doutor em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Centro de Excelência em Dificuldades Alimentares, Instituto de Pesquisa Pensi - Sabará Hospital Infantil, São Paulo, Brasil.

ABSTRACT: The study aims to describe the characteristics of the exclusion diet due to suspected food allergy in children with feeding difficulties and to analyze whether these characteristics differ according to nutritional status, parenting style and eating behaviors. This is a cross-sectional observational study with 28 children treated at an outpatient clinic for feeding difficulties. Data collection was performed by reviewing medical records containing information obtained in multidisciplinary consultations. History of food allergy, characterization of the exclusion diet, nutritional status, parenting styles and eating behaviors were analyzed. Most children started the exclusion diet before six months of age, maintained it for more than six months and excluded only one food, predominantly cow's milk. No significant differences were found between the characteristics of the diet and the nutritional status or eating behaviors. However, the frequency of non-responsive parenting profiles was significantly higher among parents of children who started the diet after six months of age. Prolonged exclusion diets and the prevalence of non-responsive parenting styles can impact children's eating habits, highlighting the need for multidisciplinary support in the management of food allergies and associated eating difficulties.

Keywords: Food Hypersensitivity. Food Fussiness. Child Nutrition.

RESUMEN: El estudio pretende describir las características de la dieta de exclusión por sospecha de alergia alimentaria en niños con dificultades alimentarias y analizar si estas características difieren según el estado nutricional, el estilo de crianza y las conductas alimentarias. Se trata de un estudio observacional transversal con 28 niños atendidos en un centro ambulatorio por dificultades alimentarias. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas que contenían información obtenida en consultas multidisciplinarias. Se analizaron antecedentes de alergia alimentaria, caracterización de la dieta de exclusión, estado nutricional, estilos de crianza y conductas alimentarias. La mayoría de los niños comenzaron la dieta de exclusión antes de los seis meses, la mantuvieron durante más de seis meses y excluyeron sólo un alimento, predominantemente la leche de vaca. No se encontraron diferencias significativas entre las características de la dieta y el estado nutricional o los comportamientos alimentarios. Sin embargo, la frecuencia de perfiles de crianza no responsivos fue significativamente mayor entre los padres de niños que comenzaron la dieta después de seis meses. Las dietas de exclusión prolongada y la prevalencia de estilos de crianza no receptivos pueden afectar los hábitos alimentarios de los niños, lo que resalta la necesidad de apoyo multidisciplinario en el manejo de las alergias alimentarias y las dificultades alimentarias asociadas.

2182

Palabras clave: Hipersensibilidad a los Alimentos. Irritabilidad Alimentaria. Nutrición del Niño.

INTRODUÇÃO

As alergias alimentares (AA) podem ser definidas como reações adversas aos alimentos que envolvem o sistema imunológico e são induzidas por antígenos de proteínas alimentares (Yu, et al., 2016). As manifestações clínicas ocorrem após a ingestão do alimento, o contato direto na pele ou por via inalatória. Estima-se que mais de 220 milhões de pessoas no mundo apresentem AA, sendo a prevalência de 6 a 8% em crianças menores de 2 anos e cerca de 2 a 4% em adultos, caracterizando-as como um importante problema de saúde pública (De Martinis, et al., 2020; Kerzner, et al., 2015). O Brasil carece de estatísticas oficiais acerca do tema, no entanto, a prevalência parece ser semelhante à literatura internacional. Os principais alimentos relacionados às AA são leite de vaca, ovo, amendoim, trigo, soja, castanhas, peixes e frutos-do-

mar. Novos alimentos relacionados às AA, como frutas e sementes, emergem como desafios no diagnóstico em manejo dos casos (ASBAI, 2023).

As AA podem influenciar a alimentação e nutrição da criança de forma direta (pelos sintomas e complicações causados pela ingestão do alérgeno) e de forma indireta (pelo impacto social e nutricional que o tratamento dietético acarreta). As alergias às proteínas do leite de vaca (APLV) são as AA mais comuns e mais complexas (Meyer, et al., 2024). Na maioria das crianças afetadas, ocorre o desenvolvimento espontâneo de tolerância no primeiro ano de vida. No entanto, observa-se uma alteração do fenótipo, com quadros mais prolongados, e um agravamento do prognóstico, acompanhando o aumento da prevalência e da gravidade das alergias alimentares (Meyer, et al., 2024). Ainda, os efeitos da dieta de eliminação no crescimento e desenvolvimento das crianças com alergias alimentares podem extrapolar o período em que a dieta é necessária para o tratamento das alergias alimentares.

O tratamento da APLV requer a eliminação total de um dos principais grupos de alimentos da alimentação infantil (o leite e os laticínios), em uma fase crítica para o crescimento, o desenvolvimento e o estabelecimento de hábitos alimentares (Maslin, et al., 2015). A dieta de eliminação do leite de vaca deve ser adequada às necessidades nutricionais do lactente e da criança desde a suspeita diagnóstica até que desenvolvam tolerância às proteínas do leite de vaca.

2183

Um quarto a metade dos pais queixa-se de dificuldades com a alimentação dos filhos (Taylor, et al., 2015). As dificuldades alimentares (DA) são uma queixa comum tanto de pais de crianças que não têm restrições alimentares quanto de pais de crianças em dietas de eliminação. O termo DA compreende um espectro amplo de alterações do comportamento e da ingestão alimentar, incluindo desde quadros leves e transitórios até quadros graves e persistentes que cursam com repercussões nutricionais e psicossociais. A relação entre DA e AA, especificamente a APLV, ainda não foi bem explorada na literatura (Meyer, 2018), resultando em muitas lacunas na compreensão das DA em crianças que realizam dietas de exclusão para o tratamento das AA (Rodrigues, et al., 2021). Até o momento, os estudos indicam que crianças em dieta de exclusão por AA apresentam mais problemas com a alimentação em comparação às crianças que não fazem dieta de exclusão (Rodrigues, et al., 2021).

O impacto das AA na infância é maior que em outras faixas etárias. Na dimensão psicossocial, a redução de qualidade de vida e o aumento de nível de estresse parental das famílias cujos filhos têm suspeita de AA são aspectos relacionados ao desenvolvimento de DA

nesses pacientes, pois alteram significativamente a interação entre os pais e a criança e determinam práticas alimentares parentais desfavoráveis.

No manejo clínico e nutricional de crianças com AA, vários fatores afetam a adequação nutricional, incluindo: habilidades motoras orais, as próprias preferências alimentares da criança e as crenças dos pais que afetam as escolhas alimentares (Meyer, 2018). Para uma criança pequena com AA suspeita ou confirmada, que segue uma dieta de eliminação, é provável que as DA tenham um impacto considerável nos hábitos alimentares e na ingestão nutricional e sejam um obstáculo ao tratamento baseado na dieta de exclusão (Maslin, et al., 2015).

Diante dos aspectos expostos, o presente estudo pretende descrever as características da dieta de exclusão por suspeita de alergia alimentar em crianças com dificuldades alimentares. Além disso, busca analisar se as características da dieta de exclusão diferem conforme o estado nutricional da criança, o estilo parental e comportamentos alimentares em crianças com dificuldades alimentares.

MÉTODOS

Amostra e coleta de dados

2184

Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal com 28 pacientes de um ambulatório para crianças com dificuldades alimentares. A amostra foi composta por conveniência, com pacientes que procuraram tratamento no centro com alguma queixa de dificuldade alimentar. Os dados foram coletados pelos pesquisadores a partir da revisão do prontuário do paciente, que contém registros de todas as consultas com três profissionais (pediatra, nutricionista e fonoaudióloga) do serviço. Os dados são provenientes de anamnese (entrevista com os pais) e exame físico. Todas as passagens do paciente no serviço foram revisadas para obtenção dos dados.

Os critérios de inclusão adotados foram: crianças e adolescentes de 0 a 18 anos que passaram em, pelo menos, 1 consulta multiprofissional em ambulatório de dificuldades alimentares, que (1) realizavam dieta de exclusão de pelo menos um alimento devido suspeita de alergia alimentar no momento da avaliação inicial no serviço ou que (2) realizaram dieta de exclusão de pelo menos um alimento devido suspeita de alergia alimentar em um momento anterior à avaliação inicial no serviço, porém não realizavam mais dieta de exclusão no momento da avaliação inicial no serviço.

Alergias alimentares

O histórico de suspeita médica de alergia alimentar, os dados relacionados a essa suspeita e os dados referentes à dieta de exclusão foram autorreferidos pela família. Nenhum paciente recebeu o diagnóstico e/ou a prescrição de restrição dietética no serviço.

Dificuldades alimentares

As identificação de dificuldades alimentares foi baseada na definição proposta por Kerzner et al. (2015) e Milano et al. (2021) que as classifica como seletividade alimentar, fobia alimentar e apetite limitado.

Estado nutricional

Todas as crianças foram submetidas ao exame físico por médica pediatra, incluindo a obtenção de medidas de peso e altura, na primeira consulta realizada no serviço. Para a aferição de peso e altura, foram utilizados: balança digital de bebês (crianças com menos de 15kg); balança digital de adultos (crianças com mais de 15kg), estadiômetro horizontal (crianças menores de 2 anos); estadiômetro vertical (crianças maiores de 2 anos). O índice de massa corporal (IMC) foi calculado segundo a seguinte fórmula: peso/(altura x altura). O parâmetro de IMC/idade foi utilizado para a distribuição das crianças conforme o estado nutricional, segundo os pontos de corte: $\text{escore } z -2$ e $\text{escore } z +1$ para definir IMC/idade “alterado”; $\geq \text{escore } z -2$ e $\leq \text{escore } z +1$ para definir IMC/idade “normal”.

2185

Estilos parentais

A avaliação dos estilos parentais foi baseada na proposta de Hughes et al. (2005). Os estilos são classificados da seguinte forma:

1. Autoritativo (responsivo): alto nível de afeto e comunicação, bem como controle e demandas, servindo à definição clássica de cuidado responsável.

2. Três tipos de perfis não responsivos:

- Indulgente: altos níveis de afeto e comunicação, juntamente com a falta de controle e exigências. Cuidadores que, frequentemente, não estabelecem regras ou exercem controle sobre o comportamento da criança.

- **Negligente:** baixos níveis de exigência e capacidade de resposta. Cuidadores com pouco envolvimento nas tarefas de criação e educar crianças.
- **Autoritário:** altos níveis de controle e cobrança, e falta de afeto e comunicação. Cuidadores que tendem a usar práticas coercitivas para moderar comportamentos intoleráveis (Machado, et al., 2018).

Comportamentos de alarme

Fixação por determinados alimentos com restrições extremas, alimentação forçada pelos pais, parada abrupta da alimentação após um evento gatilho, gagging antecipatório e failure to thrive foram definidos como sinais de alerta comportamentais (Kerzner, et al., 2015).

Aspectos éticos

Todos os procedimentos desta pesquisa respeitaram as diretrizes da legislação de ética em pesquisa com seres humanos. O presente estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 79361424.1.0000.5567; número do parecer: 6.878.520), sendo solicitado dispensa de aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido por se tratar de análise retrospectiva de prontuários.

2186

Análise de dados

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel. As variáveis qualitativas do estudo são demonstradas por meio de frequências em número e porcentagem e apresentadas em tabelas e gráficos. Já as variáveis quantitativas são apresentadas por meio de média e desvio padrão calculados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 28 crianças e a tabela 1 apresenta as principais características gerais. A maioria era do sexo masculino (57,1%), com idade entre 0 e 2 anos e 11 meses (57,1%), sendo a média de 3,3 anos. A maioria permaneceu em aleitamento materno exclusivo por menos de 3 meses (53,5%) e utilizou fórmula infantil antes do quarto mês de vida (55,5%). Quanto ao tipo de alergia, catorze crianças apresentaram alergia IgE-mediada (51,8%), dezoito crianças apresentaram alergia não IgE-mediada (66,6%), sete crianças apresentaram alergia mista (25,9%). O sistema mais envolvido nas reações alérgicas foi o gastrointestinal (74,0%). A

maioria das crianças ainda realizava a dieta de exclusão quando foram atendidas (7,8%), mas uma parte da amostra realizou a dieta de exclusão anteriormente (32,2%). Sobre a dificuldade alimentar, aproximadamente, metade da amostra apresentou o início da queixa na fase de introdução da alimentação complementar (53,5%), sendo a seletividade alimentar a DA mais prevalente (60,7%). Com relação às características de dieta de exclusão, a maioria iniciou a dieta de exclusão antes dos 6 meses de vida (65,3%), usou fórmula de substituição hipoalergênica (88,8%) e excluiu apenas um alimento na dieta (51,9%). A duração da dieta de exclusão foi superior a 6 meses na maior parte dos casos (87,5%), sendo em média de 17,0 meses.

Tabela 1 – Características da amostra. São Paulo, 2024.

	n	%
Sexo (n=28)		
Feminino	12	42,9
Masculino	16	57,1
Idade (n=28)		
0 - 2 anos II meses	16	57,1
3 anos - 4 anos II meses	6	21,4
> 5 anos	6	21,4
Tempo de aleitamento materno exclusivo (n=28)		
Até 3 meses	15	53,5
> 3 meses	13	46,5
Idade de introdução de fórmula infantil (n=27)		
Não utilizou	2	7,4
0 a 4 meses	15	55,5
> 4 meses	10	35,7
Fase de Início da queixa de dificuldade alimentar (n=28)		
Amamentação	8	28,5
Introdução da alimentação complementar	15	53,5

Alimentação da família 5 17,8

Tipo de dificuldade alimentar (n=28)

Seletividade alimentar	17	60,7
Fobia alimentar	1	3,5
Apetite limitado	11	39,3

Estilo Parental (n=26)

Responsivo	7	26,9
Indulgente	9	34,6
Controlador	9	34,6
Não Participativo	1	3,8

Idade de início de dieta de exclusão (n=26)

0-3 meses	9	34,6
4-6 meses	8	30,7
>6 meses	9	34,6

Uso de fórmula de substituição (n=27)

2188

Não	3	11,1
Sim	24	88,8

Tempo de duração da Dieta de Exclusão (n=24)

0-6 meses	3	12,5
>6 meses	21	87,5

Número de alérgenos alimentares excluídos (n=27)

1	14	51,9
>1	13	48,1

Em relação aos indicadores antropométricos, a frequência de alteração de estado nutricional com base em IMC para idade foi 10,7% (n=3). A frequência de baixa estatura para a idade com base no indicador estatura para idade foi de 17,8% (n=5).

A tabela 2 apresenta as características da dieta de exclusão conforme o estado nutricional

(IMC para idade). Não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 2- Características da dieta de exclusão de acordo com o estado nutricional. São Paulo, 2024.

Estado nutricional (IMC para idade)			
	Normal n (%)	Alterado n (%)	Valor de p
Idade de início de dieta de exclusão			
0-6 meses	15 (88,2)	2 (11,8)	0,284
>6 meses	9 (100,0)	0 (0,0)	
Tempo de duração da dieta de exclusão			
0-6 meses	3 (100,0)	0 (0,0)	0,576
>6 meses	19 (90,5)	2 (9,5)	
Uso de fórmula infantil de substituição			
Não	3 (100,0)	0 (0)	0,846
Sim	21 (87,5)	3 (12,5)	2189
Número de alérgenos alimentares excluídos			
1	13 (92,9)	1 (7,1)	0,516
>1	11 (84,6)	2 (15,4)	

Sobre os estilos parentais, a maioria foi não responsivo (73,0%). A tabela 3 apresenta as características da dieta de exclusão conforme o perfil parental. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre idade de início de dieta de exclusão e perfil parental, sendo que, para crianças que iniciaram a dieta de exclusão após os 6 meses, 100% dos pais eram não-responsivos.

Tabela 3- Características da dieta de exclusão de acordo com estilo parental. São Paulo, 2024.

	Estilo parental			Valor de p
	Responsivo n (%)	Não responsivo n (%)		
Idade de início de dieta de exclusão				
0-6 meses	7 (46,6)	8 (53,4)		0,014
>6 meses	0 (0,0)	9 (100,0)		
Tempo de duração da dieta de exclusão				
0-6 meses	1 (33,3)	2 (66,7)		0,951
>6 meses	6 (31,6)	13 (68,4)		
Uso de fórmula de substituição				
Não	0 (0)	3 (100,0)		0,249
Sim	7 (31,8)	15 (68,2)		
Número de alérgenos alimentares excluídos				
1	3 (23,1)	10 (76,9)		0,658
>1	4 (30,8)	9 (69,2)		

Treze crianças (46,4%) apresentaram comportamentos de alarme, sendo eles: restrição alimentar extrema, alimentação forçada pelos pais ou *failure to thrive*. A maioria da amostra não apresentou comportamentos de alarme (53,5%). A tabela 4 apresenta as características da dieta de exclusão de acordo com comportamentos de alarme. Não houve diferença estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 4- Características da dieta de exclusão de acordo com comportamentos de alarme. São Paulo, 2024.

	Comportamentos de alarme		
	Presentes n (%)	Ausentes n (%)	Valor de p
<i>Idade de início de dieta de exclusão</i>			
0-6 meses	7 (41,2)	10 (58,8)	0,872
>6 meses	4 (44,4)	5 (55,6)	
<i>Tempo de duração da dieta de exclusão</i>			
0-6 meses	2 (66,7)	1 (33,3)	0,347
>6 meses	8 (38,1)	13 (61,9)	
<i>Uso de fórmula de substituição</i>			
Não	1 (33,3)	2 (66,7)	0,585
Sim	12 (50,0)	12 (50,0)	
<i>Número de alérgenos alimentares excluídos</i>			
1	6 (42,9)	8 (57,1)	0,863
>1	6 (46,2)	7 (53,8)	

DISCUSSÃO

A maioria das crianças com AA em dieta de exclusão precisou utilizar uma fórmula hipoalergênica no tratamento da APLV, conforme já descrito na literatura (Meyer, et al., 2018). As fórmulas infantis hipoalergênicas (fórmula de aminoácidos, fórmula extensamente hidrolisada) são necessárias para o tratamento de lactentes com APLV, como substitutas das fórmulas à base de proteínas do leite de vaca em lactentes que recebem fórmula. O debate sobre

o uso das fórmulas hipoalergênicas, principalmente as fórmulas de aminoácidos livres, inclui aspectos relacionados ao custo para a família e para o sistema e saúde, à segurança, à indução de tolerância, à qualidade de vida e ao crescimento dos pacientes em dieta de exclusão. Conforme descrito por Rodrigues et al. (2024), o uso de suplemento à base de aminoácidos livres teve um efeito positivo a qualidade da dieta de pré-escolares que faziam dieta de eliminação de leite de vaca devido às AA, garantindo uma maior ingestão de energia, cálcio, vitamina D e outros nutrientes essenciais.

A maioria das crianças iniciou a dieta de exclusão antes dos seis meses de vida, manteve a dieta de exclusão por mais de seis meses e excluiu apenas um alimento (leite de vaca). A média de duração da dieta de eliminação foi de 17,0 meses. O tempo prolongado de dieta de eliminação também foi descrito por Rodrigues et al (2021) em um grupo de crianças de 2 a 5 anos com APLV que mantiveram a dieta de eliminação por 30 meses em média.

As características da dieta de exclusão foram semelhantes conforme o estado nutricional e os comportamentos alimentares, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No estudo de Rodrigues et al (2021) foi encontrada associação entre comportamento de alarme (gagging antecipatório) e todos os tipos de dificuldades alimentares. O mesmo estudo evidenciou menores valores de escores z de peso para idade e IMC para idade em crianças com seletividade alimentar em dieta de eliminação.

2192

O perfil parental não responsivo, que engloba os perfis controlador, não envolvido e indulgente, foi o mais frequente na amostra. Para os pais de bebês que iniciaram a dieta de eliminação até 6 meses, a distribuição de estilos parentais foi semelhante. No entanto, para os pais de bebês que iniciaram a dieta de eliminação com mais de 6 meses, a frequência de perfis parentais não responsivos foi significativamente maior. A manutenção de uma dieta de exclusão após o início da introdução de alimentação complementar é desafiadora. O risco de exposição ao alérgeno e a preocupação dos pais com alguma possível reação alérgica aumenta com o início do consumo variado de alimentos sólidos além do leite materno ou das fórmulas infantis e com o aumento progressivo de autonomia da criança e da frequência de consumo de preparações e produtos com múltiplos ingredientes. Nesse cenário, observam-se práticas parentais ambivalentes, que podem flutuar entre os extremos do controle e da indulgência.

A literatura evidencia que é comum que pais de crianças com AA apresentem características mais protetoras (Antolin-amerigo, et al., 2016; Rouf, et al., 2012; Cummings, et al., 2010). Inicialmente, a ajuda e a proteção dos pais são consideradas fundamentais para as

necessidades práticas, mas podem se estender além do necessário (Korz, et al., 2021). Korz e colaboradores (2021) verificaram que há diferenças entre aspectos de estilos parentais em crianças com ou sem APLV. As crianças com alergia apresentaram maior frequência de colo recebida e menos brincadeiras corporais ($p=0,003$), que são “brincadeiras de luta e de se embolar”. Em relação à alimentação, práticas como aumento de controle dos pais, alimentação forçada, redução de autonomia da criança, oferta da comida na boca com colher, uso de distrações nas refeições, uso chantagem e barganha para convencer a comer, oferta excessiva de leite e bebidas lácteas como substitutos das refeições não aceitas e alteração da consistência das preparações foram recorrentes na história de alimentação das crianças com alergias alimentares e dificuldades alimentares. Isso decorre, provavelmente, da tensão que emerge da responsabilidade de garantir a eliminação do alérgeno, evitar as exposições acidentais, realizar as substituições necessárias e, ao mesmo tempo, promover hábitos alimentares saudáveis, fornecer alimentos ricos em ferro, atender às necessidades nutricionais para a idade e criar experiências prazerosas à mesa. O alto grau de ansiedade e estresse e a redução de qualidade de vida das famílias que convivem com alergias alimentares e com o medo de uma reação alérgica grave também têm um papel importante no delineamento de estilos parentais não-responsivos e na adoção de práticas parentais desfavoráveis para o desenvolvimento da alimentação na infância. Observam-se, inclusive, restrições na socialização da criança com alergia alimentar, que se agravam em crianças que também apresentam dificuldades alimentares.

Este estudo é um dos poucos a descrever características das DA e de estilos parentais em crianças que fizeram dieta de exclusão para tratamento de AA. Este estudo é o primeiro a avaliar as características da dieta de exclusão em um cenário em que as DA são a queixa principal. É possível que fatores como a idade de início e a duração da dieta de exclusão, o uso de fórmulas hipoalergênicas e a quantidade de alimentos excluídos da dieta tenham associação com o desenvolvimento de DA em crianças que fazem ou fizeram dieta de exclusão para tratamento de AA, mas estudos prospectivos e com maior número de pacientes e grupo controle precisam ser realizados.

Embora o presente estudo contribua para a elucidação da dieta de exclusão por suspeita de alergia alimentar em crianças com dificuldades alimentares, existem limitações. O tamanho da amostra de conveniência é reduzido e os dados coletados frequentemente foram baseados em relatos dos pais. No entanto, é importante destacar que protocolos padronizados foram

utilizados durante o atendimento clínico e análise da pesquisa para reduzir/evitar possíveis erros.

CONCLUSÃO

Início precoce da dieta de exclusão, uso de fórmulas hipoalergênicas e duração prolongada da dieta foram características da dieta de exclusão frequentes na população estudada. Um terço das crianças que realizou a dieta de exclusão apresentava dificuldade alimentar após o término da dieta de exclusão. Não foram encontradas diferenças quanto a alterações de estado nutricional e presença de comportamentos de alarme conforme as características da dieta de exclusão. Estilos parentais não-responsivos são mais frequentes em crianças que iniciaram a dieta de exclusão após o início da alimentação complementar (após 6 meses).

REFERÊNCIAS

- ANTOLIN-Amerigo D, et al. Quality of life in patients with food allergy. *Clin Mol Allergy*. 2016; 14.
- ASBAI. 2023. Alergia. Disponível em: <https://asbai.org.br/wp-content/uploads/2023/08/ALERGIA-ALIMENTAR-ASBAI-2023.pdf>. Acesso em 31 de mar de 2025. 2194
- CUMMINGS AJ, et al. The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*. 2010; 65: 933-945.
- De Martinis M, et al. New Perspectives in Food Allergy. *Int J Mol Sci*. 2020 Feb;21(4):1474.
- HUGHES SO, et al. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005 Feb;44(1):83-92.
- KERZNER B, et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630. Epub 2015 Jan 5. PMID: 25560449.
- KORZ V, et al. Alergia à proteína do leite de vaca, qualidade de vida e estilos parentais. *J. Hum. Growth Dev.* 2021, 31(1): 28-36.
- MACHADO RHV, et al. Maternal Feeding Practices among Children with Feeding Difficulties—Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center. *Front Pediatr*. 2018 Jan 4:5:286.
- MASLIN K, et al. Fussy eating and feeding difficulties in infants and toddlers consuming a cows' milk exclusion diet. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2015 Sep;26(6):503-8.

MEYER R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018 Nov;29(7):689-704.

MEYER R, et al. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6(2):383-399.

MEYER R, et al. The evolution of nutritional care in children with food allergies – With a focus on cow's milk allergy. *J Hum Nutr Diet.* 2024 Nov 25;38(1):e13391.

MILANO K, et al. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019 Aug 23;21(10):51.

RODRIGUES VCC, et al. Feeding difficulties in children fed a cows' milk elimination diet. *Br J Nutr.* 2022 Sep 28;128(6):1190-1199.

RODRIGUES VCC, et al. A real-world cross-sectional study evaluating the role of an oral amino acid-based supplement in nutrient intake by preschoolers on a cow's milk elimination diet. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2024 May 1;52(3):42-52.

ROUF K, et al. A qualitative investigation into the maternal experience of having a young child with severe food allergy. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2012; 17: 49-64.

TAYLOR CM, et al. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite.* 2015 Dec;95:349-59.

YU W, et al. Food allergy: immune mechanisms, diagnosis and immunotherapy. *Nat Rev Immunol.* 2016 Dec;16(12):751-765. 2195