

# QUANDO O ALIMENTO DEIXA DE SER UM ALIADO – ALERGIA ALIMENTAR: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO ESCOLAR

## WHEN FOOD STOPS BEING AN ALLY – FOOD ALLERGY: A SCHOOL INTERVENTION PROJECT

Autores:

Meylem Navarro<sup>1</sup>, Carla Oliveira Lopes<sup>1</sup>, Lúcia Pereira<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A hipersensibilidade ou alergia alimentar (AA) é um importante problema de saúde, atingindo cerca de 5% de crianças e jovens. A escola é o local onde as crianças passam a maior parte do dia, pelo que o risco de ocorrerem episódios de AA durante o período escolar é considerável. Assim, é necessário aplicar um conjunto de procedimentos e normas - Plano de Saúde Individual (PSI) - de forma a assegurar a prevenção e a atuação em caso de AA, evitando complicações fatais. O objetivo deste projeto foi melhorar a literacia em saúde dos funcionários de um estabelecimento de ensino acerca da AA, aumentando, pelo menos, 20% de respostas corretas após a intervenção.

**Métodos:** Projeto de intervenção aplicado a profissionais de uma escola. A intervenção consistiu na realização de uma formação teórico-prática intitulada “Alergias alimentares na escola”, em conjunto com os serviços de saúde escolar. Para avaliação do conhecimento dos participantes foi aplicado um questionário antes e após a formação.

**Resultados:** A amostra foi composta por 60 profissionais, 26 docentes e 34 não docentes. Antes da intervenção verificou-se 72% de respostas corretas e após intervenção apurou-se 95,2% de respostas corretas. Tais resultados traduzem um acréscimo de 23,2% de respostas corretas. As respostas às questões número 2, 8, 11, 13 e 14 revelaram um aumento significativo de respostas corretas após a formação através do teste de *McNemar*.

**Discussão:** A capacitação dos profissionais de educação que lidam com crianças e jovens com AA é essencial. Após intervenção pela equipa de saúde escolar, os conhecimentos sobre AA na comunidade educativa aumentaram mais de 20%, cumprindo-se o objetivo do estudo, o que demonstra a importância do trabalho multidisciplinar, de forma a garantir a inclusão e a segurança alimentar na escola das crianças com AA.

**Palavras-chave:** hipersensibilidade alimentar; serviços de saúde escolar; literacia em saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Food hypersensitivity or food allergy (FA) is a significant health problem that affects about 5% of children and young people. School is the place where children spend most of their day, so the risk of FA episodes during school time is considerable. Therefore, a set of procedures and standards - the Individual Health Plan (IHP) - must be applied in order to ensure prevention and action in case of FA episodes, avoiding fatal complications. This project is intended to improve the knowledge of school professionals about food allergy, increasing, at least, 20% of the correct answers after the intervention.

**Methods:** Intervention project applied to school professionals. The intervention involved conducting a theoretical-practical training program titled “Food Allergies at School”, together with the school health services. To assess the participants’ knowledge, a questionnaire was administered before and after the training.

**Results:** The sample consisted of 60 professionals, 26 teachers and 34 non-teaching staff. Before the intervention, 72% of correct answers were verified and after the intervention, 95.2% of correct answers were found. These results reflect an increase of 23.2% in correct answers. The answers to questions numbers 2, 8, 11, 13 and 14 revealed a significant increase in correct answers after intervention using the *McNemar* test.

**Discussion:** The training of education professionals who deal with children and young people with FA is essential. After intervention by the school health team, the knowledge about FA in the educational community increased more than 20%, fulfilling the goal of this study, demonstrating the importance of multidisciplinary work in order to ensure inclusion and food safety in school for children with FA.

**Keywords:** food hypersensitivity; school health services; health literacy.

---

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Fafe Sentinela, ULS Alto Ave

2. Enfermeira, UCC FafeSaúde, ULS Alto Ave

## INTRODUÇÃO

Define-se alergia alimentar (AA) como reação adversa que ocorre quando o sistema imunológico reconhece erradamente um alimento como uma entidade agressora ao organismo.<sup>1</sup> As AA afetam cerca de 5% de crianças e jovens e estima-se que este número venha a aumentar nos próximos anos.<sup>1</sup> Adicionalmente, dados recentes reportam que a alergia alimentar aumentou 18% numa década e, particularmente, no caso das crianças, este aumento é de 50%.<sup>2</sup>

As manifestações clínicas da reação alérgica são muito variáveis podendo, em alguns casos, ser fatais. Os sintomas podem surgir imediatamente após o contacto, ingestão ou inalação do alergénio, ou mais tardiamente. Podem incluir todos os sistemas do corpo humano, tais como pele e mucosas, sistema respiratório, gastrointestinal ou cardiovascular, de forma isolada ou combinada.<sup>2,3</sup>

A escola é o local onde a maioria das crianças e jovens passa grande parte do seu dia e onde fazem a maioria das suas refeições. A possibilidade de ocorrerem episódios de AA no período escolar é significativa. Portanto, importa sensibilizar e formar os profissionais da escola (docentes e não docentes) sobre o diagnóstico, prevenção e atuação perante crianças e jovens com AA conhecidas, de modo a apoiar as escolas na resposta às necessidades específicas de alguns alunos e minimizando os riscos de uma reação alérgica.<sup>3,4</sup>

Desta forma, as intervenções realizadas no sentido de aumentar a literacia em saúde dos profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens com AA, poderá contribuir para a diminuição da ocorrência de reações alérgicas graves ameaçadoras de vida.

De acordo com as diretrizes da Direção Geral de Saúde, quando se diagnostica uma AA a uma criança e jovem, a escola deve solicitar intervenção pela Equipa de Saúde Escolar (ESE) da sua área de residência que, em articulação com a escola e encarregado de educação, deve elaborar um conjunto de procedimentos para esse aluno – Plano de Saúde Individual (PSI).<sup>1</sup> Este plano, integra não só a formação ao pessoal do refeitório que prepara a refeição, nomeadamente quanto aos cuidados a ter para não ocorrer contaminação alérgica cruzada, mas também assegura formação aos funcionários docentes e não docentes, para o reconhecimento e atuação perante uma reação anafilática. Idealmente, a formação ocorre no início do ano letivo e devem ser distribuídos folhetos e preparados exercícios de simulação com canetas de treino (sem agulha e sem adrenalina).<sup>1</sup>

De modo a avaliar o conhecimento dos profissionais de uma escola, foi aplicado um questionário composto por 18 perguntas de escolha múltipla, elaborado pela ESE e pelas autoras (Quadro I). Ao analisar as respostas ao questionário, particularmente os temas com maior percentagem de respostas erradas, foi possível identificar as principais dificuldades e lacunas no conhecimento dos profissionais sobre esta temática. Desta forma, foi desenhada uma estratégia interventiva personalizada, dirigindo a formação às principais dificuldades encontradas, que se prendiam essencialmente com o reconhecimento e atuação perante um caso de AA.

O objetivo geral deste projeto de intervenção foi melhorar a literacia em saúde dos funcionários de um estabelecimento de ensino acerca da AA, bem como capacitar docentes e não docentes na prevenção e atuação perante situações de AA, de forma a garantir, simultaneamente, a segurança alimentar e um ambiente inclusivo para crianças e jovens com esta patologia. Estabeleceu-se como objetivo o aumento de 20% de respostas corretas após a intervenção.

## MÉTODOS

O desenho deste projeto de intervenção na comunidade foi realizado em outubro de 2022 e a execução da intervenção decorreu a 2 de novembro do mesmo ano. Trata-se de um estudo de intervenção antes e depois não controlado.

Uma semana antes da intervenção, que consistiu na realização de uma formação teórico-prática sobre AA, foi enviado para os 60 funcionários inscritos na formação (educadores, professores, auxiliares de educação, cozinheiros, funcionários dos refeitórios), um questionário online anónimo - criado através do *Google Forms*<sup>®</sup> - constituído por 18 perguntas de escolha múltipla acerca das AA em idade escolar. Imediatamente após finalizada a formação, foi pedido aos funcionários que preenchessem novamente o mesmo questionário, estando este disponível para preenchimento durante o período de uma semana.

Foi ainda aplicado um segundo questionário, de avaliação de boas práticas referentes às AA, aos funcionários do refeitório, na semana anterior à intervenção, e após esta também, em articulação com a nutricionista da escola (Quadro III), como parte integrante do PSI do aluno.

As variáveis categóricas foram representadas através da sua frequência relativa total (%) e absoluta (*n*). O teste de *McNemar* foi usado para analisar a diferença das proporções entre respostas corretas e erradas antes e após a formação de acordo com

a pergunta do questionário. A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 25, com um nível de significância  $\alpha$  definido a 0,05.

A escolha do estabelecimento de ensino foi baseada na referência à ESE de várias crianças com alergia alimentar, de modo a colocar em prática o PSI de crianças e jovens com AA. O público-alvo da intervenção foram 26 funcionários docentes e 34 não docentes desse mesmo estabelecimento. Não se verificaram exclusões no público-alvo.

A intervenção consistiu na realização de uma ação de formação intitulada “Alergia alimentar na escola”, cujos formadores foram as autoras deste artigo, ou seja, duas médicas internas de Medicina Geral e Familiar e uma enfermeira da ESE com licenciatura prévia em Ciências da Nutrição. A formação

incidiu sobre os temas: “O que é a alergia alimentar”; “Sintomas de alergia alimentar”; “Alergénios mais frequentes”; “Importância da leitura do rótulo”; “Contaminação cruzada - cuidados a ter”; “Anafilaxia”; “Plano de ação em caso de situação de alergia alimentar”; “Administração de adrenalina”; “Plano de Saúde Individual - PSI - a crianças e jovens com alergia alimentar”.

A formação decorreu presencialmente no auditório da escola, com duração de três horas, tendo sido expositiva, ativa e participativa, através de formação teórica e prática. Foram também distribuídos folhetos e preparados exercícios de simulação com canetas de treino (sem agulha e sem adrenalina).

Seguidamente encontra-se a constituição do primeiro questionário, as opções de resposta e a opção considerada correta (Quadro I).

**Quadro I.** Questionário aplicado aos funcionários da escola.

QUESTÃO	OPÇÕES DE RESPOSTA	OPÇÃO CORRETA
1. A intolerância à lactose é um exemplo de alergia alimentar à proteína do leite?	Verdadeiro (V), Falso (F), Não Sei (NS)	F
2. Qual dos seguintes alimentos não se inclui no grupo de alergénios alimentares responsáveis por cerca de 90% das reações alérgicas.	Leite; Ovo; Frutos secos; Peixe/marisco; Morango	Morango
3. Urticária, inflamação da pele e dores abdominais são as únicas manifestações de uma reação alérgica a um alimento.	V; F; NS	F
4. Para uma pessoa ter uma reação alérgica a um alimento, terá de o consumir.	V; F; NS	F
5. Produtos não alimentares (ex. balões, plasticina, lápis de cera, gel banho) podem causar reações alérgicas.	V; F; NS	V
6. Um doente com alergia alimentar à noz pode comer um bolo de aniversário decorado com noz, desde que se retirem as nozes do bolo antes de servir?	V; F; NS	F
7. Medicamentos podem ser fonte de alergénios e desencadear uma reação alérgica alimentar.	V; F; NS	V
8. Quais são os procedimentos a ter em caso de ocorrência de reação anafilática?	a) Dar ao doente uma injeção de adrenalina e no caso de não responder favoravelmente chamar o INEM; b) Dar ao doente uma injeção de adrenalina e logo de seguida chamar o INEM; c) Dar ao doente um anti-histamínico e se não ficar bem dar uma injeção de adrenalina; d) Dar ao doente um doente um anti-histamínico e de seguida chamar o INEM; e) Não sei responder.	b)
9. Quando o rótulo de um alimento menciona apenas “pode conter vestígios de X”, a quantidade de alergénio presente é mínima/vestigial e as pessoas com alergia alimentar podem consumir esse alimento.	V; F; NS	F
10. Por lei, os produtos pré-embalados e rotulados têm de ter obrigatoriamente informação sobre a presença de alergénios alimentares.	V; F; NS	V
11. A gravidade de uma reação alérgica é previsível se soubermos as manifestações que ocorreram numa reação anterior.	V; F; NS	F
12. As crianças com alergia alimentar devem ser isoladas nos momentos da refeição na escola para evitar o risco de contaminação.	V; F; NS	F
13. No refeitório da escola, o prato do dia é peixe estufado. Durante a hora de almoço, ouve uma aluna, que está a comer o almoço que trouxe de casa por ser alérgica ao peixe, queixa-se aos seus amigos que não se sente bem e que certamente estará com gripe. Diz que se sente tonta, dores de estômago e ardor na garganta. Esta situação poderá tratar-se de uma reação anafilática?	V; F; NS	V

14. Relativamente aos cuidados a ter na escola para evitar exposições acidentais, identifique a afirmação errada.	a) Para reduzir o risco de contaminação cruzada através de resíduos nas mãos das crianças, recomenda-se a utilização de desinfetantes para as mãos (como o álcool gel); b) Materiais para trabalhos manuais podem ser fonte de alergénios alimentares; c) É preferível que a medicação de emergência da criança (como injetor de adrenalina) esteja guardada na sua mochila em vez de no seu próprio cacifo fechado à chave; d) Todos os colaboradores devem estar ao corrente dos casos de alergia alimentar existentes na escola; e) Não sei responder.	a)
15. Um beijo pode desencadear uma reação de alergia alimentar.	V; F; NS	V
16. A escola vai realizar uma visita de estudo a museus e no dia da visita o docente responsável questiona à aluna com alergia alimentar ao leite se ela trouxe a sua medicação de emergência. A aluna diz que não pois não seria necessária já que os seus pais lhe prepararam o lanche e o almoço sem leite e ela sabe que também não pode comer nada oferecido pelos colegas. A aluna pode fazer a viagem em segurança?	V; F; NS	F
17. As crianças apresentam um maior risco de sofrer uma exposição acidental do que os adolescentes?	V; F; NS	V
18. A alergia alimentar pode ser fatal?	V; F; NS	V

**Legenda:** V – verdadeiro; F – falso; NS – não sei.

As autoras previram como principais obstáculos à execução deste projeto: a baixa adesão dos participantes à sessão de formação e a baixa adesão na resposta ao questionário, principalmente após a formação. De forma a minimizar estas limitações, as autoras solicitaram à administração escolar o reforço da divulgação da ação de formação a todos os funcionários da escola, realçando o caráter altamente recomendável e o facto de a formação estar certificada pelo Centro de Formação do Ministério da Educação. Quanto ao preenchimento do questionário, os autores tentaram simplificar o questionário com o menor número de questões possível e lembraram a importância do preenchimento do mesmo antes e após a formação, disponibilizando-se para ajudar no final da sessão aqueles com dificuldades no acesso ao *link*.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 60 participantes que assistiram à formação, dos quais 26 docentes e 34 não docentes. Antes da formação, obtiveram-se 52 respostas ao questionário e após formação obtiveram-se apenas 28 respostas.

De forma a avaliar o impacto que a intervenção teve na melhoria da literacia em saúde dos participantes, fez-se uma comparação da média de frequência de respostas corretas ao questionário antes e após a formação. Também foi analisada, por cada questão do questionário, se existiu melhoria estatisticamente significativa através do teste de *McNemar* (Quadro II).

**Quadro II.** Comparação da frequência de respostas corretas ao questionário antes e após a formação.

Questão	Respostas corretas antes da formação		Respostas corretas após a formação		Diferencial	Teste de <i>McNemar</i> (Valor P)
	%	n	%	n		
1	69,2%	36	89,3%	25	20,1%	0,508
2	42,3%	22	96,4%	27	54,1%	<b>&lt;0,001</b>
3	90,4%	47	100%	28	9,6%	0,250
4	76,9%	40	100%	28	23,1%	0,063
5	98,1%	51	100%	28	1,9%	>0,999
6	92,3%	48	100%	28	7,7%	0,500
7	69,2%	36	100%	28	30,8%	0,063
8	38,5%	20	92,9%	26	54,4%	<b>&lt;0,001</b>
9	92,3%	48	96,4%	27	4,1%	>0,999
10	96,2%	50	100%	28	3,8%	>0,999
11	40,4%	21	71,4%	20	31%	0,035

12	86,5%	45	100%	28	13,5%	>0,999
13	53,8%	28	100%	28	46,2%	<b>0,002</b>
14	26,9%	14	92,9%	26	66%	<b>&lt;0,001</b>
15	80,8%	42	100%	28	19,2%	0,125
16	67,3%	35	89,3%	25	22%	0,344
17	80,8%	42	85,7%	24	4,9%	0,549
18	94,2%	49	100%	28	5,8%	0,500
	Média de respostas corretas: 72%	Número total de participantes: 52	Média de respostas corretas: 95,2%	Número total de participantes: 28	Média de diferencial: 23,2%	

Da análise dos dados, verifica-se que antes da formação houve uma média de 72% de respostas corretas face ao total de respostas obtidas (mínimo 26,9% na questão 14 e máximo 98,1% na questão 5). Após a formação obteve-se uma média de 95,2% de respostas corretas (mínimo 71,4% na questão 11 e máximo de 100% em múltiplas questões). Assim sendo, destaca-se uma melhoria de 23,2% na média de respostas corretas.

As questões número 2, 8, 11, 13 e 14 revelaram um aumento significativo de respostas corretas após a formação através do teste de *McNemar*. Todas as restantes questões não variaram significativamente face

à proporção de respostas certas e erradas.

Ainda assim, em todas as questões houve um aumento da percentagem de respostas corretas, sendo que em 10 das perguntas, após a formação, todos os participantes acertaram na resposta.

De forma a complementar a informação recolhida para diagnóstico de problema de saúde pela ESE e cumprimento do PSI, foi ainda aplicado um segundo questionário, de avaliação de boas práticas referentes às AA, aos funcionários do refeitório da escola, em articulação com a nutricionista do estabelecimento escolar, cujas respostas encontram-se no Quadro III.

**Quadro III.** Avaliação das boas práticas sobre alergia alimentar no refeitório da escola.

	Antes da intervenção	Após intervenção
O estabelecimento tem implementado um plano específico para produzir refeições/servir alimentos sem determinado alergénio quando solicitado?	Sim	Sim
O estabelecimento possui fichas técnicas atualizadas para todos os pratos?	Sim	Sim
Na ementa do estabelecimento todos os pratos têm identificação dos alergénios?	Sim	Sim
Os colaboradores responsáveis pela preparação de alimentos recebem formação na área da alergia alimentar?	Sim	Sim
No estabelecimento existem instruções para prevenção da contaminação entre diferentes refeições visíveis ou facilmente acessíveis na área de preparação/confeção de refeições?	Sim	Sim
No estabelecimento existe afixada na sala de refeições e na cozinha a lista de ingredientes a evitar por alergénio?	Sim	Sim
No estabelecimento existe uma zona de trabalho, equipamentos/utensílios especialmente reservados para a preparação de refeições para clientes com alergia alimentar?	Sim	Sim
No estabelecimento existem procedimentos relativos à ordem de preparação das diferentes refeições (crianças alérgicas e não alérgicas)?	Sim	Sim
No estabelecimento existe um funcionário responsável por rever e confirmar a conformidade do pedido antes de servir?	Sim	Sim
No estabelecimento é feita uma leitura dos rótulos dos alimentos a cada nova aquisição?	Sim	Sim
O estabelecimento tem um plano de emergência com instruções claras para situações de exposições acidentais e reações alérgicas a alimentos?	Não	Sim
O estabelecimento possui adrenalina no kit de primeiros socorros?	Não	Sim
Os funcionários sabem como proceder/o que dizer no decorrer do contacto com o INEM, em caso de emergência?	Não	Sim

## DISCUSSÃO

A AA é uma situação que desafia largamente os doentes, os seus familiares e todos aqueles que lidam diariamente com eles, em especial os profissionais da escola. A capacitação dos profissionais de educação que lidam com crianças e jovens com AA é essencial para prevenir uma reação alérgica e, caso ocorra, saber atuar perante a situação.<sup>4</sup> É essencial aumentar a literacia em saúde da comunidade nos vários níveis de atuação (prevenção do episódio, reconhecimento do episódio e conhecimento de como tratar uma anafilaxia).

Após intervenção da equipa, os conhecimentos sobre AA na comunidade educativa aumentaram, permitindo alcançar o objetivo a que a equipa se propôs (aumento de 20% de respostas corretas). Com a aplicação inicial do questionário, verificou-se que as questões com menor percentagem de respostas corretas e com melhoria estatisticamente significativa após a intervenção (questões 2, 8, 11 e 14) se prendem, essencialmente, com os temas relacionados com a ocorrência de contaminação cruzada e com os procedimentos a adotar em caso de anafilaxia.

Com esta intervenção, verifica-se que o estabelecimento escolar já possuía bons conhecimentos gerais e procedimentos corretos, sobretudo nas refeições servidas e na garantia de segurança alimentar, contudo não tinham conhecimentos na área de atuação em caso de reação alérgica grave e/ou anafilaxia, sobre os quais os funcionários ainda não teriam tido formação.

A anafilaxia pode ser fatal, mas é potencialmente reversível através do uso de adrenalina,<sup>4</sup> o que torna fundamental o ensino correto dos procedimentos de atuação, caso esta situação ocorra. Este tipo de formação na comunidade escolar é fulcral, uma vez que diminuindo a incidência de reações anafiláticas, há um impacto direto na qualidade de vida das crianças e, sobretudo, na mortalidade por alergia alimentar. Um estudo americano que estudou 13 crianças vítimas de anafilaxia, demonstrou que as seis crianças que faleceram não receberam adrenalina nos 30 minutos seguintes ao aparecimento de sintomas, ao passo que dos restantes sobreviventes, seis receberam adrenalina nos primeiros 30 minutos.<sup>5</sup>

Os resultados da presente intervenção estão em concordância com vários estudos nacionais no âmbito do “Programa de Formação e Prevenção da Anafilaxia Alimentar nas Escolas” - um projeto inter-hospitalar que envolve alguns hospitais nacionais e tem o apoio da Sociedade Portuguesa de Alergologia Pediátrica (SPAP), onde se realizaram intervenções

semelhantes a esta nas escolas e infantários.<sup>6,7</sup> O que se verifica é que a maioria dos funcionários das escolas possuem conhecimentos razoáveis acerca dos principais alergénios alimentares, principais sintomas e reconhecem a anafilaxia como potencialmente grave. No entanto, 75% dos profissionais que contactam diariamente com crianças com antecedentes de anafilaxia não sabe atuar perante esta.<sup>6</sup> Portanto, este tipo de intervenção tem um impacto positivo no conhecimento geral sobre a alergia alimentar e abordagem de uma reação anafilática.<sup>7</sup>

A principal limitação deste estudo foi a baixa adesão dos participantes ao questionário após a formação. Apesar das autoras terem alargado o prazo de preenchimento do mesmo uma semana após o término da formação, 53,8% dos participantes não o fizeram num segundo momento.

Comparando com os artigos nacionais consultados pelas autoras, esta limitação não se verificou.<sup>6,7</sup> As autoras relacionam esta ocorrência devido ao caráter voluntário de participação no questionário e com o facto de o questionário ser *online* e não em papel, ao contrário do que ocorreu nos projetos de intervenção consultados.

Uma vez que o questionário após a formação foi realizado imediatamente após esta, poderá ter ocorrido uma sobrevalorização dos resultados. Para minimizar este viés, seria importante a repetição do questionário cerca de quatro a seis semanas depois para melhor interpretação dos conhecimentos adquiridos. Além disso, o facto de se tratar do mesmo questionário antes e após a formação, pode constituir um segundo viés, dado que é previsível que durante a formação haja especial atenção às perguntas que se reconheceu no questionário inicial, com maior probabilidade de resposta correta posteriormente. Tal limitação verificou-se igualmente nos estudos comparativos.<sup>6,7</sup>

A caracterização sociodemográfica dos participantes também poderia ter fornecido dados adicionais para o estudo. Por se tratar de uma intervenção de pequenas dimensões, com o envolvimento de apenas um estabelecimento escolar, o significado estatístico está limitado e, consequentemente, a extrapolação dos resultados para a população geral também.

O desenvolvimento de programas de educação pela ESE, como foi o caso deste projeto de intervenção na comunidade, reforça a importância do trabalho multidisciplinar, de modo a garantir a inclusão escolar e segurança alimentar das crianças com AA, como meio preferencial da abordagem holística centrada no doente.

Por fim, a equipa considera que no futuro seria relevante uma reavaliação dos conhecimentos e a realização de nova formação, pelo menos semestralmente, de modo a reforçar os conhecimentos adquiridos. A equipa destaca a mais-valia de aplicação deste tipo de ações de formação em todas as comunidades escolares (podendo incluir alunos e pais) e não apenas naquelas em que se conhecem crianças e jovens com alergias alimentares, pois só deste modo será possível reduzir a prevalência da anafilaxia e diminuir a taxa de mortalidade por esta causa. Portanto, são necessários mais estudos e de maiores dimensões a nível nacional que avaliem o conhecimento geral da comunidade acerca desta temática e que averiguem as vantagens a longo prazo deste tipo de intervenção comunitária.



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Alergia alimentar na escola. Direção Geral da Saúde [consultado em outubro de 2022] Disponível em: [https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/Regulamento-Alergia-Alimentar-na-Escola\\_2022.pdf](https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/Regulamento-Alergia-Alimentar-na-Escola_2022.pdf)
- 2- Alergia Alimentar Na Restauração. Direção Geral da Saúde [consultado em outubro de 2022] Disponível em: <https://nutrimento.pt/manuais-pnpas/alergia-alimentar-na-restauracao/>
- 3- Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma nº 015/2015 de 12/08/2015.
- 4- Grupo de interesse de alergias alimentares da SPAIC. Alergia Alimentar: Conceitos, Conselhos E Precauções. 2ª edição. Estarreja: Rebelo, Artes Gráficas;2017.
- 5- Sampson H, Mendelson L, Rosen J. Fatal and Near-Fatal Anaphylactic Reactions to Food in Children and Adolescents. *N Engl J Med.* 1992; 327:380-384.
- 6- Ferreira H, Ferreira C, Silva A, Costa A, Pedrosa C. Anafilaxia e alergia alimentar: O resultado de uma intervenção na comunidade. *NASCER E CRESCER.* 2015; 24(3):103-107.
- 7- Azevedo A, Rodrigues J, Nunes I, Romariz J, Pedrosa C, Praça F, *et al.* Programa de Formação e Prevenção da Anafilaxia Alimentar nas Escolas. *Acta Pediatr Port.* 2017; 48(3):222-228.

#### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesse, não pertencer a qualquer associação, nem ter recebido qualquer tipo de financiamento na elaboração do artigo.

#### CORRESPONDÊNCIA:

Carla Daniela Oliveira Lopes  
cdlopes@arsnorte.min-saude.pt

#### CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:

MN: Ideia e criação do projeto; Participação na ação de formação; Elaboração do artigo.  
COL: Participação na ação de formação; Elaboração do artigo; Realização de análise estatística.  
LP: Participação na ação de formação; Elaboração do artigo; Comunicação com saúde escolar; Acompanhamento das crianças.

RECEBIDO: 8 agosto de 2023 | ACEITE: 20 de junho de 2024