



Cuidado Seguro

de crianças e adolescentes com alergia
alimentar no ambiente escolar

Débora Cristina Mendonça de Andrade

Ana Karine Ramos Brum

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE – UFF

Cuidado Seguro

**da criança com alergia alimentar
no ambiente escolar**

Livro do aluno

Autoras:

Débora Cristina Mendonça de Andrade

Ana Karine Ramos Brum

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos aqueles que nos deram suporte para que este material se consolidasse, em especial ao Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, ao qual as autoras fazem parte.

Aos juízes que validaram esse Ebook, e deram suas contribuições valiosas para ele se tornasse um material rico e de grande utilidade para o público ao qual se destina.

A cada família que possui uma criança com alergia alimentar, que nos inspira pela sua luta diária para incluir e em alguns casos até garantir a sobrevivência dos seus filhos no ambiente extradomiciliar.

Aos nossos filhos alérgicos que nos motivam a continuar nessa caminhada, levando os conhecimentos científicos a todos que necessitam, para que possam identificar os riscos e mitigá-los. E para que o cuidado da criança com alergia alimentar seja efetivamente seguro onde quer que ele aconteça.

“Eu quero desaprender para aprender de novo. Raspar as tintas com que me pintaram. Desencaixotar emoções, recuperar sentidos.”

Ruben Alves

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
Módulo 1 – Alergia Alimentar: conceitos básicos.....	08
Módulo 2 – Anafilaxia: reconhecimento.....	22
Módulo 3 – Anafilaxia: atendimento pré-hospitalar.....	36
Módulo 4 – Suporte Básico de Vida para leigos.....	56
Módulo 5 – Plano de ação em casos de Emergência.....	75
Módulo 6 - Gestão de Riscos na escola.....	94
Módulo 7 – Trabalho final.....	116
Apêndices.....	120

APRESENTAÇÃO

Olá, cursista!

Bem-vindo(a) ao curso Cuidado Seguro de crianças e adolescentes com alergia alimentar no ambiente escolar!

Este E-book é o material didático do curso, e é fruto da pesquisa intitulada: "E-book como tecnologia educacional no ensino da gestão do cuidado seguro da criança com alergia a proteína do leite de vaca e demais alergias no ambiente escolar", pertencente ao Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa.

Este curso é destinado aos profissionais de escolas públicas e privadas, das áreas de educação e saúde que atuam nas escolas, como: professores; diretores; coordenadores pedagógicos; inspetores; auxiliares; mediadores; administrativos, enfermeiro escolar; técnico de enfermagem escolar; nutricionista escolar; psicólogo escolar; assistente social; médico.

Nesta formação, você irá aprender como reconhecer as principais causas, os sinais, sintomas da alergia alimentar e os que precedem a anafilaxia e saber o que fazer no primeiro atendimento. Também será capaz de identificar os riscos e aprender a minimizá-los no ambiente escolar.

Cada um destes assuntos é extremamente importante para que você, minimize o risco de contato ou ingestão acidental do alérgeno na sua comunidade educativa.

Ele foi desenvolvido com base nas evidências científicas mais recentes disponíveis. Também abrange um dos conteúdos essenciais de primeiros socorros, o atendimento às emergências alérgicas e anafilaxia, além do suporte básico de vida para leigos, conforme exigido pela Lei Federal nº 13.722/2018, a "Lei Lucas", que torna obrigatória a capacitação em primeiros socorros em todos os estabelecimentos de ensino do país.

Para obter o certificado de conclusão será necessário um mínimo de acertos na avaliação final e ao término do curso apresentar uma proposta de ação para escola que você atua.

Esta capacitação não se destina a substituir o aconselhamento do médico do paciente alérgico.

Equipe LabQualisegUFF

SOBRE AS AUTORAS

- Débora Cristina Mendonça de Andrade - Enfermeira, Mestranda em Ensino na Saúde pela UFF, Oficial Enfermeira Bombeiro Militar, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Especialista em Controle de Infecção e Assistência à saúde, Consultora e Instrutora da Reanime-Rio consultoria e treinamentos em saúde escolar e mãe do Miguel, que possui alergia alimentar múltipla.
- Ana Karine Ramos Brum - Enfermeira, Professora Doutora (Pós-Doutora), Departamento de Fundamentos em Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense e mãe do Kaike que possui alergia grave a proteína do leite de vaca.

LISTA DE SIGLAS

AAP - American Academy Pediatrics.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

APLV – Alergia a proteína do leite de vaca.

ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunologia.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention - Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

COMORBIDADE- é a ocorrência de duas ou mais doenças relacionadas no mesmo paciente e ao mesmo tempo.

INCIDÊNCIA - refere-se ao número de novos casos surgidos numa determinada população e num determinado intervalo de tempo.

INCIDENTE - evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao indivíduo.

PPGAA - Plano de Prevenção e Gestão de Alergias Alimentares.

PREVALÊNCIA - refere-se a: número total de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal.

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria.

URTICÁRIA - é uma irritação cutânea caracterizada por lesões avermelhadas e levemente inchadas, como vergões, que aparecem na pele e coçam muito.



1

Alergia alimentar:
Conceitos básicos

Módulo 1 – Alergia alimentar: conceitos básicos



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Reconhecer sinais e sintomas de alergia alimentar
2. Saber a diferença entre intolerância e alergia
3. Conhecer as legislações vigentes

Introdução

De acordo com a ASBAI(2018), a alergia alimentar pode iniciar-se em qualquer idade e, em geral, ocorre após um período de consumo do alimento alergênico sem problemas. Este período é conhecido como período de sensibilização, ou seja, uma fase em que o sistema imunológico está desenvolvendo a resposta alérgica ao alimento.

As doenças alérgicas são bastante comuns, acometendo cerca de 30% da população mundial, podendo causar relevante comprometimento da qualidade de vida de crianças e adultos.

Apesar de ser considerada um problema de saúde pública, os dados sobre a alergia alimentar no mundo, não são bem definidos. Estima-se que a prevalência tenha aumentado nas últimas décadas e ocorra em aproximadamente 6% das crianças menores de três anos, e em 3,5% em adultos. No Brasil os dados também são escassos, e um estudo mais recente realizado por gastroenterologistas pediátricos apontou que a alergia às proteínas do leite de vaca é a mais frequente no país, e tem uma incidência de 2,2%, e a prevalência 5,4% em crianças entre os serviços avaliados.

Quando se pensa numa criança com idade para frequentar a escola, ou até mesmo quando a família necessita do apoio de uma creche antes do primeiro ano de vida, as chances de ocorrerem contatos acidentais com alérgenos são muito maiores em um ambiente coletivo. É o primeiro contato da criança com a escola e muitas das vezes é o primeiro contato do educador com a profissão. O

dia a dia das instituições de educação infantil requer planejamento, acolhimento e levantamento das necessidades individuais, pois muitos são os cuidados prestados, como higiene, refeições e em alguns casos até administração de medicações. É um espaço de convivência e aprendizagem e local propício para promoção de práticas saudáveis.

Tanto nos casos mais leves quanto nos de hipersensibilidade mais grave, faz-se necessário a implantação de medidas preventivas rígidas e a adoção de um Plano de Ação, considerando que “errar é humano”, e cabe a gestão implementar mecanismos que possam garantir que os erros não atinjam às crianças. Não podendo esquecer da implementação de estratégias para o atendimento nas urgências e emergências, quando as barreiras falharem, a fim de que nenhuma vida seja perdida.

O que são alergias?

A alergia ocorre quando o organismo da pessoa reage anormalmente a uma substância (alérgeno) que pode ser um alimento, um medicamento, ácaros, picada de inseto, pólen, entre outros. Isso resulta na produção de anticorpos contra o alérgeno.

Anticorpos são glicoproteínas, também chamadas de imunoglobulinas (proteínas do sistema imunológico), que possuem como principal função garantir a defesa do organismo, identificando e reagindo a substâncias estranhas para que não nos cause dano à saúde.

Uma reação alérgica acontece quando alguém desenvolve sintomas após a exposição a algum alérgeno. Estas reações variam de leves, como por exemplo, com aparecimento de espirros, coriza ou uma simples coceira nos lábios, a graves, com comprometimento de vários órgãos, o que pode levar ao choque anafilático.

O que é alergia alimentar?

Segundo o último Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar, "Alergia alimentar" é um termo utilizado para descrever as reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediados por anticorpos IgE ou não.

É uma resposta exagerada do organismo a determinadas proteínas presentes nos alimentos, que ocorre após a ingestão e/ou contato com a pele, ou até mesmo por inalação (atinge o trato respiratório). Envolve um mecanismo imunológico e tem apresentação clínica muito variável, com sintomas que podem surgir na pele, sistema gastrointestinal, respiratório e/ou cardiovascular.

Alergia ao leite versus intolerância a lactose

São situações diferentes, porém muito confundidas. Os sintomas de intolerância a lactose são de ordem intestinal, como distensão abdominal, dores abdominais, flatulência (gases) e diarreia. Essa intolerância é causada por uma incapacidade na digestão da lactose (açúcar do leite), pela ausência ou diminuição da enzima lactase.

A lactose é um tipo de açúcar encontrado no leite e não é desencadeador de alergias, mas sim de intolerância, por isso não se deve utilizar o termo 'alergia à lactose'.

Ao contrário da alergia a proteína do leite de vaca, a intolerância à lactose não poderá causar reações que levem a risco de morte. A pessoa com intolerância poderá ingerir alimentos que contenham proteínas do leite, mas com quantidades reduzidas da lactose. Esta condição pode ser transitória, como por exemplo, se for secundária a uma infecção intestinal, ou por uso prolongado de leite sem lactose, mas também poderá permanecer por toda vida.

Já a alergia ao leite é desencadeada por proteínas, principalmente as caseínas, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina. Os sintomas podem ser

variados, como placas vermelhas pelo corpo, coceira, inchaço dos lábios e olhos, vômitos em jato e/ou diarreia, sintomas respiratórios como coriza, tosse, asma e até anafilaxia, que é considerada a reação mais grave.

Quais são os sinais e sintomas na alergia alimentar?

Os sintomas das reações alérgicas a alimentos variam em tipo e gravidade entre os indivíduos e até mesmo em um indivíduo ao longo do tempo. A seguir conheça todos os sinais e sintomas relacionados, mas não necessariamente o indivíduo apresentará todos eles.

- **Reações cutâneas:** rubor (vermelhidão na pele), coceira, urticária com ou sem inchaço de olhos, boca, orelhas etc.
- **Reações gastrointestinais orais:** coceira nos lábios e céu da boca, inchaço de língua ou de lábios.
- **Reações gastrointestinais baixas:** dor abdominal, diarreia com ou sem presença de sangue nas fezes, náuseas, vômitos, refluxo exacerbado.
- **Sintomas respiratórios superiores:** congestão nasal, espirros, voz rouca, dificuldade para engolir, tosse seca ou dormência ao redor da boca.
- **Sintomas respiratórios inferiores:** tosse profunda, respiração ofegante, falta de ar ou dificuldade para respirar ou “chiado” no peito.
- **Reações cardiovasculares:** palidez ou cianose (pele arroxeada), aumento da frequência cardíaca, queda da pressão arterial, tontura, desmaios ou até mesmo perda de consciência.
- **Sintomas mentais ou emocionais:** sensação de “morte iminente”, irritabilidade, mudança no estado de alerta, mudança de humor ou confusão.

CRIANÇAS COM ALERGIA ALIMENTAR PODEM COMUNICAR SEUS SINTOMAS DAS SEGUINTE MANEIRAS:

- Parece que algo está cutucando minha língua.
- Minha língua (ou boca) está formigando (ou queimando).
- Minha língua (ou boca) coça.
- Minha língua parece que tem cabelo.
- Minha boca está estranha.
- Tem um sapo na minha garganta; há algo preso na minha garganta.
- Minha língua parece cheia (ou pesada).
- Meus lábios estão tensos.
- Parece que há insetos lá (para descrever orelhas que coçam).
- Minha garganta parece grossa.

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2013

Classificação das reações alérgicas

De acordo com ASBAI(2018), as reações de hipersensibilidade aos alimentos podem ser classificadas de acordo com o mecanismo imunológico envolvido:

- **Mediadas por IgE:** são causadas pela sensibilização a alérgenos alimentares com formação de anticorpos específicos da classe IgE, que se fixam a receptores de mastócitos e basófilos¹, que liberam mediadores químicos como a histamina (que atua como vasodilatadora nas alergias) e a heparina (que é um importante anticoagulante), que causam manifestações clínicas de hipersensibilidade imediata.

¹ Mastócito: é uma célula que participa da reação inflamatória secretando para a matriz extracelular várias moléculas acumuladas em grânulos presentes no seu citoplasma, como por exemplo a histamina e heparina.

Basófilo: é uma célula de defesa do nosso organismo, ou seja, um dos subtipos de leucócitos (glóbulos brancos). Esta célula é muito importante no funcionamento de nosso sistema imunológico.

Após contatos subsequentes com o alimento e sua ligação às moléculas de IgE ligadas as membranas de mastócitos e basófilos, ocorre então, a liberação de mediadores vasoativos e citocinas Th2, que induzem a estas reações de hipersensibilidade imediata, como: reações cutâneas (urticária, angioedema), gastrintestinais (edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia), respiratórias (broncoespasmo, coriza) e reações sistêmicas (anafilaxia e choque anafilático).

- **Reações mistas (mediadas por IgE e hipersensibilidade celular):**

Neste grupo estão incluídas as manifestações decorrentes de mecanismos mediados por IgE associados à participação de linfócitos T (são células do sistema imunológico responsáveis pela defesa do organismo contra agentes intracelulares, chamada resposta imune celular). São exemplos deste grupo a esofagite eosinofílica, a gastrite eosinofílica, a gastroenterite eosinofílica e a dermatite atópica.

- **Reações não mediadas por IgE:** as manifestações não mediadas por IgE não são de apresentação imediata e caracterizam-se pela hipersensibilidade mediada por células. Pode-se citar como exemplos quadros de proctocolite, enteropatia induzida por proteína alimentar e enterocolite induzida por proteína alimentar.

Alimentos que mais causam alergia alimentar no Brasil

Qualquer alimento pode desencadear reação alérgica. No entanto, nas crianças, **os alimentos que mais causam alergias alimentares são leite de vaca, ovo, glúten (trigo) e soja, que geralmente desaparecem na infância.** Menos de 10% dos casos permanecem até a vida adulta. E entre os adultos, os alimentos que causam mais alergia são o camarão, amendoim, as castanhas, peixes e outros frutos do mar.



Reações cruzadas entre alérgenos

Alguns estudos já documentaram que vários alérgenos podem produzir reações cruzadas entre os alimentos. Estas reações cruzadas ocorrem quando duas proteínas alimentares compartilham parte de uma sequência de aminoácidos, ou seja, devido à presença de componentes estruturais muito semelhantes e, por isso, são reconhecidos como iguais pelo sistema imunológico.

As reações cruzadas entre fontes próximas são as mais comuns como, por exemplo, entre os leites de mamíferos e entre os ovos de diferentes espécies. Pode-se citar como exemplo as caseínas (proteínas do leite de vaca), encontradas também no leite de cabra e de ovelha. E por este motivo, não é recomendado dar leite de outros mamíferos à criança com APLV.

Outro exemplo, é a pessoa que é alérgica ao camarão, ela pode não tolerar outros frutos do mar. Da mesma forma, indivíduos com alergia a castanha de caju têm maior chance de reagir ao comer pistache.

Corantes e aditivos alimentares causam alergia?

Os aditivos alimentares correspondem aos corantes, flavorizantes, conservantes, espessantes ou antioxidantes.

As reações adversas a aditivos alimentares são muito raras e difíceis de serem confirmadas.

O corante artificial tartrazina (FD&C amarelo#5), que é encontrado nos sucos artificiais, gelatinas e balas coloridas; o glutamato monossódico que é muito presente nos alimentos salgados como temperos (caldos de carne ou galinha) e os sulfitos (presentes em frutas desidratadas, vinhos, sucos industrializados), são os mais relatados como causadores destas reações.

Como tratar a alergia alimentar?

A imunoterapia oral vem sendo utilizada recentemente como uma alternativa para tratamento. No entanto, em boa parte dos casos são utilizados medicamentos para o tratamento dos sintomas (quando se tem reação), **e se faz necessário a dieta com exclusão do alérgeno.**

As orientações devem ser fornecidas à família por escrito visando a substituição do alimento excluído e evitando-se deficiências nutricionais até quadros de desnutrição importante, principalmente, nas crianças.

Como prevenir reações alérgicas?

Os alimentos que contêm as proteínas que se tem alergia, devem ser excluídos totalmente da dieta. E só reintroduzidos com acompanhamento médico e nutricional.

Também é importante evitar o contato com os alergênicos, eles podem estar presentes nos cosméticos, hidratantes, sabonetes, cremes dentais, na massinha, na tinta e outros materiais comuns na escola.

A leitura criteriosa dos rótulos de alimentos industrializados é essencial para prevenir riscos, buscando identificar nomes relacionados ao alimento que desencadeou a alergia. Por exemplo, lactose, traços de leite, presença de manteiga, soro, lactoalbumina ou caseinato apontam para a presença de leite de vaca na composição. Todas estas orientações devem ser fornecidas aos pacientes e familiares.

Conheça a seguir as principais legislações relacionadas a alergia alimentar.

Legislações importantes:

- **LEI Nº 12.982, DE 28 DE MAIO DE 2014**

Alimentação escolar para estudantes com necessidades alimentares especiais

Determina o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específica, dando direito a cardápio especial para alunos com alergia alimentar, diabetes, doença celíaca, intolerância a lactose e outras condições específicas.

Esta Lei ratifica e fortalece as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), determinadas pela Lei nº 11.947/2009.

- **RDC Nº 26, DE 02 DE JULHO DE 2015**

Rotulagem obrigatória dos principais alimentos alergênicos

Dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares.

Se o produto comercializado for o alimento alergênico listado no Anexo da RDC nº 26, de 2015, ou contiver a adição deste alimento, deve ser declarada a advertência: ALÉRGICOS: CONTÉM (NOME COMUM DO ALIMENTO ALERGÊNICO). Quando o produto comercializado contiver a adição de um derivado de alimento alergênico (ex. farinha de trigo, iogurte, extrato de soja, caseína), deve ser veiculada a advertência: ALÉRGICOS: CONTÉM DERIVADOS DE (NOME COMUM DO ALIMENTO ALERGÊNICO).

Nas situações em que o alimento tiver a adição tanto do alimento alergênico como de seus derivados, deve ser veiculada a advertência: ALÉRGICOS: CONTÉM (NOME COMUM DO ALIMENTO ALERGÊNICO) E DERIVADOS.

Nos casos em que não for possível garantir a ausência de contato cruzado dos alimentos, ingredientes, aditivos alimentares ou coadjuvantes de tecnologia por alérgenos alimentares, deve constar no rótulo a declaração "ALÉRGICOS: PODE CONTER (NOMES COMUNS DOS ALIMENTOS QUE CAUSAM ALERGIAS ALIMENTARES)".

- **LEI Nº 13.722, DE 4 DE OUTUBRO DE 2018- “LEI LUCAS”.**

Capacitação em primeiros socorros para funcionários de escolas

Torna obrigatória a capacitação anual em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Todos funcionários que lidem diretamente com as crianças devem saber o que fazer em situações de emergência, principalmente em casos de alergias graves e anafilaxia.

▪ **RDC Nº 432, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2020**

Rotulagem obrigatória em português dos produtos de higiene e cosméticos

Dispõe sobre a obrigatoriedade de descrever a composição em português na rotulagem de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes.

Esta Resolução entra em vigor em 5 de novembro de 2021.



**Não deixe de assistir aos vídeos disponíveis
nos materiais complementares.**



Materiais complementares:

- **Folder ASBAI - ANAFILAXIA POR ALIMENTOS.**²
- **Legislações na íntegra:**
 - RDC Nº 26, DE 02 DE JULHO DE 2015.³
 - LEI Nº 12.982, DE 28 DE MAIO DE 2014.⁴
 - LEI Nº 13.722, DE 4 DE OUTUBRO DE 2018- “LEI LUCAS”.⁵

² Disponível em: http://www.sbai.org.br/imageBank/asbai_anafilaxia_alimentos.pdf

³ Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-1/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/resolucao-rdc-no-26-de-2-de-julho-de-2015.pdf/view>

⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm

⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm

- RDC N° 432, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2020⁶

- **Vídeo 1:** EAACI explica Alergia Alimentar⁷



Teste seus conhecimentos:

1. Quais são os principais alimentos causadores de alergia alimentar nas crianças do Brasil?
 - A) Ovo, camarão, soja, leite
 - B) Leite de vaca, glúten, ovo, soja
 - C) Leite de vaca, ovo, soja, amendoim
 - D) Nozes, amendoim, leite de vaca e soja
2. Quais são os sintomas respiratórios presentes em uma alergia alimentar?
 - A) congestão nasal, espirros, voz rouca, dificuldade para engolir, tosse seca, dor abdominal.
 - B) coceira nos lábios e céu da boca, inchaço de língua ou de lábios.
 - C) palidez ou cianose (pele arrouxada), aumento da frequência cardíaca, queda da pressão arterial, tontura, desmaios ou até mesmo perda de consciência.

⁶ Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-432-de-4-de-novembro-de-2020-286397304>

⁷ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UQzTHQcf0sM&feature=youtu.be>

D) tosse profunda, respiração ofegante, falta de ar ou dificuldade para respirar ou “chiado” no peito.

3. O que é reação cruzada na alergia alimentar ?

- A) Ocorre quando contaminamos algum utensílio com alimento (alérgeno) durante o preparo da refeição.
- B) Ocorre quando o indivíduo apresenta anticorpos diferentes para o mesmo alérgeno.
- C) Ocorre quando duas proteínas alimentares compartilham parte de uma sequência de aminoácidos muito semelhantes e, por isso, são reconhecidos como iguais pelo sistema imunológico.
- D) São as reações adversas a aditivos alimentares, como corantes e conservantes.



Para ajudar na reflexão:

1. Você conhece o histórico de saúde de todos os seus alunos?
2. Sabe quem tem alergia alimentar e quais sintomas apresenta?
3. Já leu as fichas de saúde dos seus alunos? Elas estão acessíveis a todos educadores?
4. Você acha que elas são completas ou precisam de mais informações?



Referências Consultadas:

- Allergy New Zealand. Allergy and anaphylaxis guidelines 2011 for early childhood services and schools Disponível em: <http://www.allergy.org.nz/site/allergynz/files/Allergy%20and%20anaphylaxis%20guidelines%20-%20green.pdf>
- ANVISA. Guia sobre Programa de Controle de Alergênicos. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2779039/%281%29Guia+Programa+C+ontrole+de+Alergenicos+versao+2.pdf/69af35f5-cc11-412e-ade5-4d47fef14f5e>
- Caderno de referência sobre alimentação escolar para estudantes com necessidades alimentares especiais / Programa Nacional de Alimentação Escolar. – Brasília: FNDE, 2016. 65 p. : il. color.
- Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2013.
- EAACI. Vídeo EEACI explica Alergia Alimentar. Disponível em: <https://youtu.be/UQzTHQcf0sM>
<https://www.diabetes.org.br/publico/images/2017/alimentacao-escolar-para-estudantes-1.pdf>
- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDS, M.S., editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
- Ministério da Saúde- CONITEC- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Relatório de Recomendação. Novembro/2017.
- Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):7-38.
- Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):39-82.
- Texas Department Of State Health Services School Health Program. Guidelines for the Care of Students With Food Allergies At-Risk for Anaphylaxis, 2012. Disponível em: https://www.dshs.texas.gov/uploadedFiles/Content/Prevention_and_Preparedness/schoolhealth/SHAC/Guidelines-Food%20Allergy-Final.pdf
- Imagens: Freepik, GratisPng, Pngwing



2

Anafilaxia:
Reconhecimento

Módulo 2 - Anafilaxia: reconhecimento



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Reconhecer os primeiros sinais e sintomas da anafilaxia
2. Identificar as causas mais comuns de anafilaxia
3. Diferenciar asma de anafilaxia
4. Conhecer as formas mais graves de alergia alimentar

O que é anafilaxia?

Anafilaxia – é uma reação de hipersensibilidade aguda, de instauração rápida. Pode ser de intensidade leve, moderada ou grave. Na maioria dos casos a anafilaxia é de intensidade leve, mas tem o potencial de evoluir para fatalidade, quando atinge o sistema cardiocirculatório (causando hipotensão severa), levando ao que chamamos de choque anafilático.

Os sintomas podem aparecer em minutos após a ingestão ou contato com alérgeno ou até horas depois.

A morte devido à anafilaxia induzida por alimentos pode ocorrer dentro de 30 minutos a 2 horas de exposição, geralmente causada por comprometimento cardiorrespiratório. É necessário que a anafilaxia seja imediatamente tratada com adrenalina.

Vários fatores podem desencadear uma crise de anafilaxia, dentre eles, a alergia alimentar.

Mas nem toda alergia alimentar irá evoluir com uma reação anafilática.

Normalmente, mas não em todos os casos, a alergia alimentar está associada a sintomas na pele e mucosas. Pode-se apresentar como diferentes combinações de quadros e sintomas aparentemente leves, e pode evoluir de forma imprevisível para choque anafilático.

O reconhecimento rápido desta situação crítica para a criança ou adulto, bem como o estabelecimento imediato de tratamento adequado, são cruciais para reduzir o risco de morbidade e mortalidade.

Esta condição pode se manifestar em qualquer idade e é de extrema importância que qualquer funcionário da escola, seja educador, administrativo ou profissional de saúde, saiba lidar e, esteja preparado para reconhecer a anafilaxia e tratá-la prontamente.

Dados epidemiológicos de outros países, citam taxas de incidência de anafilaxia variando de 1,5 a 7,9 por 100.000 habitantes-ano nos países europeus e 1,6 a 5,1 por 100.000 habitantes-ano nos Estados Unidos. Os dados sobre a prevalência e a incidência de anafilaxia são esparsos, e muitas vezes imprecisos. Não há estudos recentes que tenham dados do cenário brasileiro.

Estudos mais recentes, publicados nos últimos cinco anos revelam uma incidência de 50 a 112 episódios de anafilaxia por 100.000 pessoas-ano. Com relação a faixa etária, nas crianças de 0 a 4 anos a incidência é três vezes maior do que no restantes da população, sendo os dois primeiros anos de vida os mais críticos. A prevalência é estimada entre 0,3% e 5,1%.

Nos últimos 15 anos, houve aproximadamente um aumento de cinco a sete vezes as internações hospitalares por anafilaxia, embora a mortalidade tenha permanecido estável, sendo maior em pessoas com idade mais avançada e com comorbidades, pois aumenta a probabilidade de complicações da anafilaxia.

Os sintomas da anafilaxia são: urticária extensa (vergões na pele) que na maioria dos casos apresenta intenso prurido (coceira), geralmente acompanhada de angioedema (inchaço), comprometimento respiratório (como falta de ar, chegando à insuficiência respiratória), sintomas gastrointestinais (cólicas, vômitos e diarreia agudos) e comprometimento cardiocirculatório, com hipotensão e choque, sendo que, em questão de minutos, o paciente pode evoluir para morte.

Os primeiros sinais de anafilaxia podem se assemelhar a uma reação alérgica leve, em alguns casos pode se iniciar com tosse. A menos que sintomas óbvios - como rouquidão ou inchaço na garganta, chiado persistente ou desmaio ou pressão arterial baixa - estejam presentes, não é fácil prever se esses sintomas iniciais leves progredirão para se tornar uma reação anafilática.

Na vigência de dois ou mais sintomas ou da queda de pressão arterial isolada, o paciente já deve ser tratado como anafilaxia. *Todas as crianças com ingestão conhecida ou suspeita de um alérgeno alimentar e o aparecimento de sintomas consistentes com uma reação alérgica devem ser monitoradas de perto e possivelmente tratada para sinais precoces de anafilaxia.*

Figura 1: Angioedema



Fontes: Páginas do Flickr⁸/Store norske leksikon⁹/ head2toefirstaid¹⁰

Figura 2: Urticária



Fonte: Páginas do Wikimedia¹¹/ aboutkidshealth¹²

⁸ Disponível em: https://www.flickr.com/photos/beatrix_honey/1089996306

⁹ Disponível em: <https://sml.snl.no/angio%C3%B8dem>

¹⁰ Disponível em: <https://head2toefirstaid.com.au/2019/05/29/children-food-allergies-parents-survival-guide/>

¹¹ Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Urticaria_child.jpg

¹² Disponível em: <https://sml.snl.no/angio%C3%B8dem>

Figura 3: Cianose



Fonte: Páginas do grepmed¹³/ pediatricnotes¹⁴

Como distinguir reações alérgicas leves a moderadas de anafilaxia?

REAÇÕES ALÉRGICAS LEVES A MODERADAS	ANAFILAXIA*
Há sintomas cutâneos ou gastrointestinais.	Mais de um sistema ou órgão envolvido. Sintomas cutâneos ou gastrointestinais, acrescidos de comprometimento do sistema respiratório e cardiocirculatório.
*Nota1: Vômito e dor abdominal são sintomas de anafilaxia por veneno de insetos, que atuam sistemicamente. Nota 2: Se apresentar Urticária + 1 outro sintoma é considerada anafilaxia.	

Fonte: Andrade, Brum, 2020.



**Não se esqueça, a Anafilaxia
é uma reação grave!**

¹³ Disponível em: <https://www.grepmed.com/images/3662/acrocyanosis-pediatrics-perioral-cyanosis-clinical-newborn-photo>

¹⁴ Disponível em: <http://pediatricnotes.blogspot.com/2017/07/a-child-presenting-with-cyanosis.html>

Causas mais comuns de anafilaxia:

- **Alimentos:**

Em adultos: amendoim, nozes, camarão e peixes.

Em crianças: leite, nozes e ovos.

- **Medicamentos:**

Os medicamentos mais frequentemente implicados nas reações anafiláticas são os anti-inflamatórios não esteroidais (como a aspirina **que** faz reação cruzada com a dipirona e anti-inflamatórios não esteroidais de uma forma geral), antibióticos beta-lactâmicos (como a penicilina), outros antibióticos não beta-lactâmicos e agentes de contraste radiográficos.

- **Veneno de insetos:** abelhas, vespas ou formiga de fogo.

- **Látex:**

Sensibilização ao látex pode ocorrer em pessoas submetidas a contato frequente com o produto, como por exemplo pessoas com mielomeningocele que são submetidas a cirurgias e cateterismo vesical constante ou procedimentos diagnósticos, e também entre profissionais da saúde.

Recomenda-se o uso de materiais que não contenham látex, "latex-free" e realizar o procedimento no início do dia, quando a sala tem menor concentração de látex em suspensão no ar. No Brasil não há padronização na rotulação dos produtos médico-cirúrgicos quanto à presença ou não de látex, o que causa maior dificuldade para prevenção dos riscos.

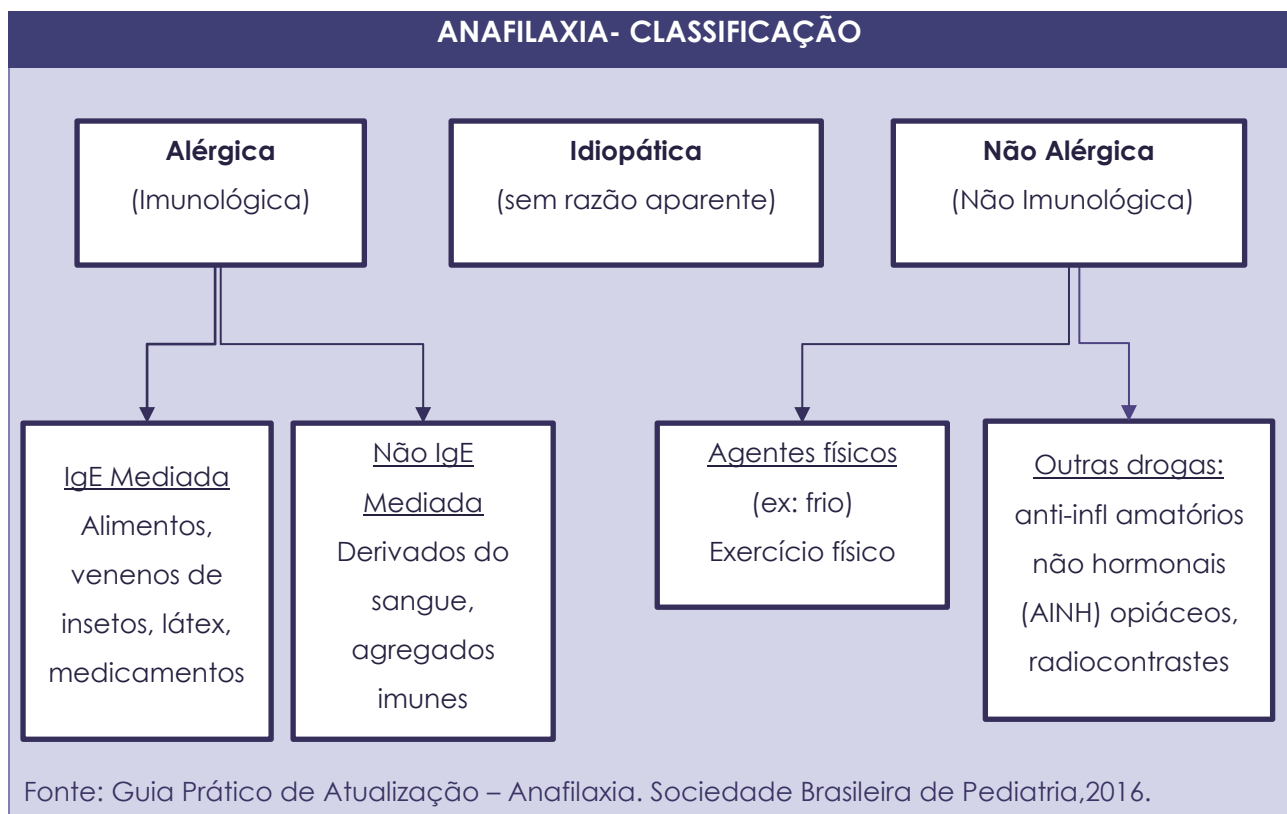
FATORES DE RISCO PARA REAÇÕES FATAIS POR ANAFILAXIA

- Postergar ou não administrar adrenalina (epinefrina)
- Dependência de anti-histamínicos orais apenas para tratar os sintomas.
- Consumir álcool e o alérgeno alimentar ao mesmo tempo.
- Crianças com asma, especialmente aquelas com asma mal controlada.
- Grupos de alto risco: Adolescentes e jovens adultos.
- Comer fora de casa.
- Crianças com alergia alimentar conhecida.
- Crianças com história prévia de anafilaxia.
- Postura ereta ou caminhar durante episódio de anafilaxia.

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2013

Classificação da Anafilaxia

A anafilaxia pode ser classificada de acordo com seus mecanismos fisiopatológicos, conforme o quadro a seguir.



A única maneira de prevenir uma reação anafilática é eliminar os riscos de contato/ingestão do alérgeno. No entanto, nem sempre é fácil ou possível, e os funcionários das escolas precisam estar treinados para realizar suporte básico de vida e ter a disponibilidade da caneta de adrenalina para lidar com estas reações.

Mesmo que os sintomas iniciais sejam tratados com sucesso ou resolvidos completamente, até 10% das reações anafiláticas reaparecem em 8 e 12 horas, sendo chamada de **reação bifásica**. Casos leves necessitam de observação de no mínimo 6-8 hs e casos graves, de 24-48 hs. Por essas razões, crianças com episódio de anafilaxia causada por alimentos devem ser monitoradas de perto e avaliadas o mais rápido possível em um ambiente de atendimento de emergência.

É importante que se reconheça que a criança está evoluindo para reação mais grave, e siga o Plano de Emergência prescrito pelo médico assistente da criança para o uso imediato de epinefrina/adrenalina intramuscular.

Alergias alimentares e asma

Estudos apontam que alergia alimentar pode predispor a asma, da mesma forma que a asma pode predispor a alergia.

Um terço das crianças com alergia alimentar também tem asma, o que aumenta o risco de sofrer uma reação mais grave ou fatal.

Crianças alérgicas com asma procuram mais o serviço de emergência que crianças alérgicas sem asma.



E por este motivo, as creches e escolas devem mapear essas crianças e levar em consideração esses riscos ao desenvolver planos de emergência.

Outras formas graves de alergia alimentar

▪ Síndrome da enteropatia induzida por proteína alimentar (FPIES)

A FPIES é considerada uma potencial emergência médica, a mais grave das hipersensibilidades alimentares gastrointestinais não mediadas por IgE. Caracteriza-se pela manifestação de vômitos tardios e/ou diarreia líquida e/ou sanguinolenta incontroláveis, palidez e/ou letargia dentro de 1-4 horas após a ingestão do alimento. A diarreia pode ocorrer dentro de 5-10 horas após a ingestão e a pessoa não irá apresentar sintomas respiratórios ou cutâneos, que são comuns nas reações mediadas por IgE.

A maior parte, cerca de 70%, destas manifestações acontecem em crianças menores de 1 ano e menos de 30% são crianças maiores de um ano. A FPIES ocorre também em crianças maiores e adultos, com alimentos previamente tolerados. É rara em crianças em aleitamento materno exclusivo.

Pode acarretar risco de morte devido ao risco de choque hipovolêmico (perda excessiva de líquidos ou sangue que diminui o débito cardíaco) em pelo menos 15% das reações. **O indivíduo com FPIES necessita de atendimento médico imediato para reposição do volume hídrico e controle dos vômitos.**

A apresentação da FPIES na fase aguda se divide em 3 categorias:

- **Sintomas leves:** 1 a 2 episódios de vômitos sem letargia;
- **Sintomas moderados:** > 3 episódios de vômitos com letargia branda;
- **Sintomas graves:** > 3 episódios de vômitos com letargia grave, hipotonia (diminuição do tônus muscular e da força, palidez cutânea ou cianose (pele arroxeada)).

▪ Síndrome de alergia oral (SAO)

A síndrome da alergia oral, também chamada síndrome pólen-alimento, é um evento agudo, mediado por IgE, decorrente da ingestão de frutas e vegetais frescos, que ocorre particularmente naqueles indivíduos com polinose.

É mais comum em adolescentes e adultos jovens, acomete de forma restrita a mucosa oral, podendo provocar hiperemia, edema, prurido e queimação em lábios, língua e garganta.

Sua descoberta é recente e foi descrita por Ortolani et al. em 1988, tornando o termo internacionalmente conhecido. Algumas proteínas presentes em poléns e vegetais compartilham semelhanças estruturais e são pan-alérgenos, com capacidade de estimular a produção de IgE específica e o desenvolvimento de reatividade cruzada IgE.

▪ Proctocolite alérgica

É uma reação não mediada por IgE, que depende da ativação de linfócitos Th2, ativação e recrutamento de eosinófilos e neutrófilos para então haver lesão tecidual determinada pela resposta inflamatória imunológica no local da exposição do antígeno. Assim, manifestações são tardias: em dias a semanas.

É a principal causa de hematoquezia (hemorragia pelo ânus) em lactentes jovens, respondendo por até 60% dos casos, sendo predominante no sexo masculino. O sangramento anal é o principal achado, se inicia dias após a ingestão do Leite de vaca. Cerca de 30% apresentam diarreia, que pode conter muco. Outras manifestações, menos frequentes são: muco, cólicas, dor ao evacuar (proctite) e constipação.

▪ Anafilaxia por exercícios

Os sintomas iniciais são fadiga, aumento da sensação de calor, vermelhidão, prurido (coceira) e urticária (vergões na pele), que, algumas vezes, podem ceder

quando a pessoa interrompe a atividade física e descansa; outras vezes, quando o exercício continua, podem aparecer angioedema (inchaço do tecido subcutâneo que afeta face e garganta), sintomas gastrintestinais, edema de laringe, broncoespasmo, hipotensão e choque.

Este tipo de anafilaxia pode estar associada a ingestão destes alimentos antes do exercício físico. Pode ocorrer com ou sem sensibilização IgE-específica. Os alimentos mais comumente envolvidos são trigo, frutos do mar (especialmente camarão), aipo, milho, leite de vaca, banana, farinhas contaminadas com ácaros e amendoim.

Exercícios aeróbicos isolados, assim como somente a ingestão dos alimentos alergênicos sem exercícios associados, não causam anafilaxia nesses indivíduos.

Impacto emocional para pais e crianças

Escolher a primeira escola ou uma escola nova para os filhos costuma ser, para maioria dos pais, um período de angústia e peregrinação sobre como fazer a opção certa. Somado a isso os pais de crianças alérgicas enfrentam muitas dificuldades para o ingresso em determinadas instituições. Uma das preocupações é sobre a atuação dos professores/auxiliares. Eles seriam capazes de reconhecer os sinais e sintomas de uma reação alérgica grave/choque anafilático apresentados por seus filhos? Seriam capazes de prestar os primeiros socorros? Reconheceriam os alérgenos que seu filho fosse sensível?

A criança com alergia alimentar por sua vez, pode a qualquer momento apresentar uma reação alérgica grave ou potencialmente fatal e convive constantemente com medo e às vezes com ansiedade e sofrimento causados por discriminação dentro da própria instituição, o que pode prejudicar o aprendizado e a sua socialização.

A escola precisa levar em consideração todos esses fatores, desenvolver planos para lidar com o risco de alergia e capacitar todos os funcionários, proporcionando aos pais mais segurança no enfrentamento da alergia alimentar extradomiciliar.



Não deixe de assistir aos vídeos disponíveis nos materiais complementares.



Teste seus conhecimentos:

1. Qual dos seguintes sinais ou sintomas pode corresponder a anafilaxia?
 - a) Urticária generalizada (agravamento progressivo e rápido das manchas)
 - b) Dificuldade em engolir, respirar e falar
 - c) Fraqueza súbita ou desmaio
 - d) Todos os anteriores

2. Qual medicação deve ser utilizada em caso de anafilaxia?
 - a) Adrenalina
 - b) Anti-alérgicos
 - c) Anti-histamínicos
 - d) Nenhum dos anteriores

3. Marque (V) se verdadeiro e (F) se falso:
 - () A anafilaxia pode ser fatal, e deve ser tratada como uma emergência.
 - () As alergias alimentares podem causar reações alérgicas graves.
 - () Pessoas com asma tem um risco maior de quadros graves se apresentar anafilaxia.
 - () Se a pessoa estiver apresentando um quadro de anafilaxia é importante que ela fique de pé para respirar melhor.

4. O que é uma reação bifásica?
 - a) É uma segunda reação anafilática que reaparece em 72 horas.
 - b) É uma reação alérgica causada por 2 alimentos.
 - c) É uma segunda reação anafilática que reaparece em 8 e 12 horas.
 - d) É uma reação alérgica que reaparece em até 24h.



Para ajudar na reflexão:

1. Estou preparado para identificar uma reação anafilática na minha escola?
2. Será que os meus colegas de equipe estão?
3. O que eu posso fazer para evitar o risco de um episódio de anafilaxia na escola que eu trabalho?
4. Será que a minha escola sabe quais são os serviços de emergência que podemos acionar em caso de emergência?



Materiais complementares:

- **Vídeo 1:** ASBAI – Anafilaxia¹⁵



- **Vídeo 2:** Alergia Alimentar Brasil- Alerta Alergia[!]¹⁶



¹⁵ Disponível em: <https://youtu.be/uQfhPKXQRJA>

¹⁶ Disponível em: <https://alergiaalimentarbrasil.com.br/alertaalergia/>

▪ Ferramenta Alerta Alergia[!]:



O Alerta Alergia é uma ferramenta pensada para quem convive com alergia alimentar. Uma extensão para seu navegador que destaca, em qualquer receita, os principais ingredientes que causam alergia, dá dicas e sugere algumas substituições. O plugin está disponível para instalação gratuita na página da Alimentar Brasil.

Fonte: Página da Alergia Alimentar Brasil¹⁴



Referências Consultadas:

- Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2013
- Geller M, Md , Macp , Faaaai , Facaai . Anafilaxia induzida por exercício: atualização. Braz J Allergy Immunol. 2015;3(2):40-46
- Guia Prático de Atualização – Anafilaxia. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.
- SARINHO, Emanuel; LINS, Maria das Graças Moura. Formas graves de alergia alimentar. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 93, supl. 1, p. 53-59, 2017 .
- Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):7-38
- FPIES BRASIL. Folheto da I-FPIES traduzido para o Português. Consenso Internacional de Diretrizes para o Diagnóstico e Conduta da Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar, 2017. Disponível em: <https://fpiesbrasil.wixsite.com/fpies-brasil-1/folheto-guidelines-2017?fbclid=IwAR2WjnyVMBFx9EgCgufBT0CwPPPuikndeXANherlwD2ih7wilNu1-l4Aa2Y>
- Imagens: Freepik



3

Anafilaxia:
Atendimento Pré-Hospitalar

Módulo 3 – Anafilaxia: atendimento pré-hospitalar



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Reconhecer a anafilaxia e saber como prestar o primeiro atendimento
2. Conhecer as medicações utilizadas
3. Saber como utilizar a adrenalina auto injetável

Primeiros passos

Para gerenciar qualquer condição crônica de saúde, é necessário uma parceria entre a escola, as crianças e suas famílias e o alergista da família ou outro médico.

Os funcionários da escola e profissionais de saúde devem desenvolver uma estratégia abrangente para gerenciar o risco de reações alérgicas a alimentos em crianças. E também estar familiarizados com a identificação dos primeiros sinais e sintomas.

Esta estratégia deve incluir uma abordagem coordenada, liderança forte e um plano específico e abrangente para o gerenciamento de alergias alimentares.

No módulo 5 você irá aprender como elaborar um Plano de Emergência para sua escola.

Reconhecendo a Anafilaxia

Se a pessoa apresentar urticária (placas vermelhas pelo corpo), inchaço dos olhos, rosto e lábios e **já tiver histórico de alergia alimentar/ anafilaxia** previamente, **não necessita aguardar o aparecimento de outros sintomas**, você deve agir o quanto antes e aplicar a caneta de adrenalina.

Caso a pessoa não tenha histórico de alergia alimentar, fique atento aos primeiros sintomas citados acima que podem ser seguidos de sintomas

cardiovasculares e respiratórios como: respiração difícil, ruidosa, inchaço da língua, sensação de aperto na garganta, dificuldade em falar, voz rouca, chiado, tosse persistente, tontura, colapso (perda da consciência), palidez, extremidades arroxeadas, **pois ela está iniciando um quadro de anafilaxia e você precisa agir imediatamente!**

COMO AGIR EM CASOS DE ANAFILAXIA:

1. Mantenha a calma e tranquilize a pessoa;
2. Coloque a vítima deitada no chão com as pernas elevadas. Esta posição pode não ser tolerada em algumas circunstâncias, como por exemplo em caso de vômito. Nesta situação, a criança pode ser colocada de lado (decúbito lateral).
3. Aplique imediatamente a caneta de adrenalina, mesmo sobre a roupa;
4. Peça uma ambulância, disque 192 ou 193;
5. Ligue para os pais/responsáveis;
6. Cronometre o tempo de aplicação da adrenalina e o tempo esperado para melhora dos sintomas (5 a 10 min);
7. Após 5 a 10 min se não houver melhora, administre a 2ª caneta;
8. Entregue aos responsáveis da ambulância as canetas utilizadas;
9. Continue a monitorar a pessoa enquanto ela apresentar sinais e sintomas;
10. Não dê comida ou bebida para a vítima de anafilaxia – risco de vomitar e sofrer broncoaspiração;
11. A vítima não deve ficar de pé, mesmo que seja para ser removida para ambulância. Se tiver dificuldade para respirar, deve-se ofertar oxigênio e deixá-la na posição sentada.

Fonte: Andrade, Brum, 2020.

Adrenalina auto injetável

A adrenalina ou epinefrina é produzida naturalmente pelo corpo. É a medicação de escolha no tratamento da anafilaxia. A via de administração deve ser a intramuscular, o que proporciona absorção mais rápida e minimiza efeitos adversos quando utilizada em doses adequadas.

Quando administrado por injeção, melhora rapidamente a respiração, aumenta a frequência cardíaca e reduz o inchaço da face, lábios e garganta. A epinefrina está disponível na forma de um autoinjeter, uma seringa com mola usada para fornecer uma dose medida de epinefrina, projetada para auto-administração por pacientes, ou administração fora do ambiente hospitalar.

A epinefrina pode melhorar rapidamente os sintomas de uma pessoa, mas os efeitos não são duradouros. Se os sintomas não melhorarem em até 15 minutos ou voltarem (reação bifásica), são necessárias doses adicionais de epinefrina.

Por isso é recomendado que a criança/adulto porte 2 canetas de adrenalina sempre.



Mesmo quando é aplicada a epinefrina, o serviço de emergência (192 ou 193) deve ser acionado para que a pessoa possa ser transportada rapidamente (preferencialmente em uma ambulância) para o hospital de emergência mais próximo.

Espera-se que a criança obtenha melhoras significativas de 5 a 15 minutos após a aplicação da adrenalina. **Na dúvida se é o momento correto ou não de aplicar a adrenalina, aplique!** E proceda todo passo a passo para atendimento.

Mesmo que a reação alérgica não progrida para uma anafilaxia com risco de morte, o atraso ou a falha na administração de epinefrina e a falta de atendimento médico contribuem para muitos casos fatais. O risco de morte por anafilaxia não tratada supera o risco de efeitos adversos do uso de epinefrina nestes casos.

As bulas das canetas afirmam que a dose de 0,15 mg é apropriada para crianças pesando 15 a 30 kg, e a dose de 0,3 mg deve ser prescrita para aqueles que pesam 30 kg ou mais.

Local de aplicação

O local de aplicação de primeira escolha é no músculo vasto lateral, na face ântero-lateral, ou seja, no meio da parte externa da coxa, por via Intramuscular, porque permite uma absorção mais rápida se administrado por via subcutânea ou aplicado no músculo deltóide (no braço). Pode ser injetado através da roupa, se necessário

Figura 4: Local de aplicação da caneta de adrenalina



Fonte: Página do Neocate¹⁷

Todas as marcas vem com uma caneta de treinamento para que a pessoa se familiarize e possa realizar a aplicação de forma mais segura quando apresentar uma reação alérgica grave ou precisar auxiliar alguém.

Atenção!

Se você for administrar adrenalina em uma criança pequena, peça alguém para ajudá-lo a segurar a perna firmemente no lugar enquanto aplica.

Quando administrar a 2ª caneta?

- Não há resposta após 15 minutos da administração da 1ª caneta;

¹⁷ Disponível em: <https://www.neocate.com/living-with-food-allergies-blog/many-epipens-child-hand/>

- Os sinais e sintomas de anafilaxia continuam a progredir;
- Quando os sinais e sintomas regredem e em seguida retornam;
- Se a pessoa não tiver um segundo auto injetor mas houver outro para uso geral na escola, este poderá ser utilizado.

POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS DA ADRENALINA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de cabeça. ▪ Náusea e vômito. ▪ Fraqueza. ▪ Tontura. ▪ Palidez. ▪ Suor. ▪ Ansiedade e nervosismo. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Batimento cardíaco mais rápido que o normal (taquicardia). ▪ Batimentos cardíacos anormais (arritmias). ▪ Dificuldade para respirar. ▪ Tremor, geralmente das mãos. |
|---|--|

Fonte: Andrade, Brum, 2020.

Aplicação acidental da adrenalina auto injetável

A injeção acidental nos dedos, mãos ou pés pode resultar na diminuição de fluxo sanguíneo para a área afetada. Em casos de injeções acidentais podem ocorrer reações adversas como taquicardia, reações locais, como palidez no local da injeção, frio e hipoestesia (dormência) ou lesão no local da injeção, resultando em hematomas, sangramento, descoloração, eritema.

Foram notificadas lacerações e agulhas dobradas quando a caneta foi injetada na coxa de crianças pequenas que não cooperaram durante aplicação.

A injeção nas nádegas resultou em casos de gangrena gasosa. Foram relatados casos raros de infecções graves da pele e tecidos moles, incluindo fascíte necrosante e mionecrose causada por *Clostridia* (gangrena gasosa), após injeção de epinefrina na coxa.

O que fazer se não tiver a caneta de adrenalina disponível na escola?

Leve a vítima o mais rápido possível a um serviço de emergência para que receba adrenalina.

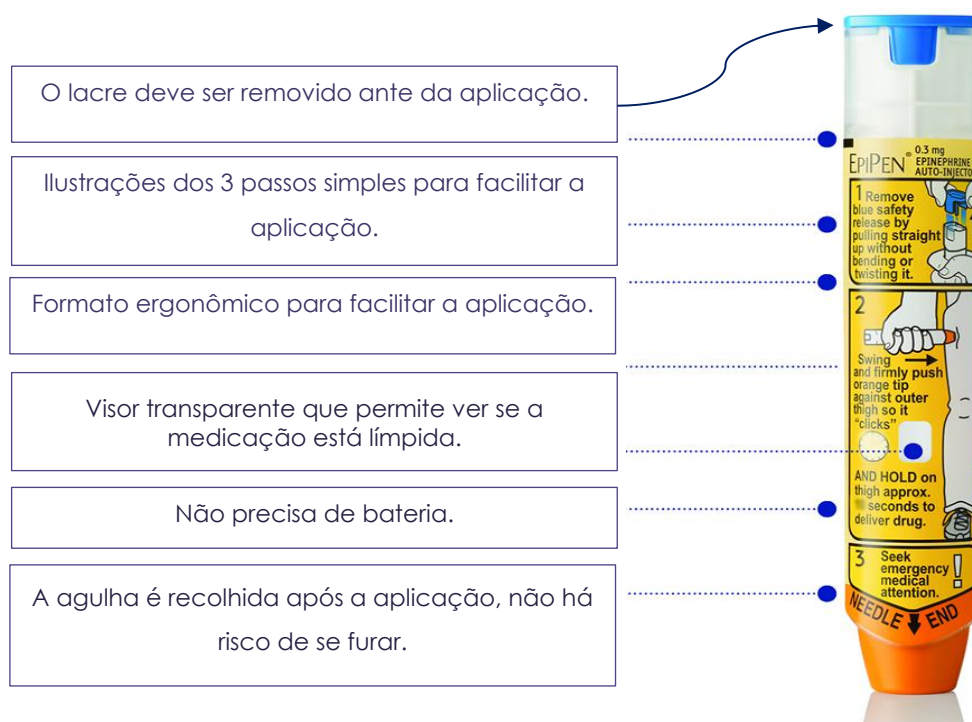
Auto-administração por crianças/adolescentes

Não existem diretrizes que determinem quando a criança poderá auto administrar a adrenalina, o grau de maturidade precisa ser avaliado. A AAP e especialistas em alergia esperam que crianças de 9 a 11 anos de idade possam ser capazes de reconhecer sinais e sintomas de anafilaxia e esperam crianças de 12 a 14 anos de idade possam portar autoinjetores de adrenalina e se autoadministrar. Mesmo que o adolescente tenha maturidade para se autoadministrar, é sempre importante a supervisão/auxílio de um adulto, pois ele pode entrar em pânico ou estar com sintomas graves e não conseguir administrar.

Conhecendo a Caneta auto injetora de adrenalina

Cada marca tem uma cor, mas o sistema de aplicação é bem similar. Todas canetas auto injetoras de adrenalina são unidose, ou seja, apresentam apenas 1 dose de adrenalina e após uma aplicação deve ser descartada.

Figura 5: Exemplo de um dos modelos disponíveis da caneta auto injetora de adrenalina



Fonte: Adaptado de Epipen®

Figura 6: Gabinete utilizado em escolas americanas para armazenamento de canetas autoinjektoras



Fonte: Página do Beready Healthcare

Trata-se de uma medicação de alto custo. No Brasil, a adrenalina auto injetável ainda não é fabricada, no entanto, existe liberação da ANVISA para importação.

A prescrição aqui, é feita somente para indivíduos com alergia alimentar mediada por IgE que tenham risco de anafilaxia, independente se já apresentaram uma reação alérgica grave ou anafilática.

Em alguns países as escolas possuem autorização para adquirir canetas de adrenalina para usarem caso o aluno não esteja com a sua.

Marcas disponíveis no mercado e forma de aplicação:

→ Auvi-Q®:

Possui 3 apresentações:

- **AUVI-q 0,1 mg®** para bebês e crianças pesando 7,5 a 15 kg (16,5 libras a 33 libras).
- **AUVI-q 0,15 mg®** de epinefrina – para pessoas de 15 a 30 kg (33 a 66 libras).
- **AUVI-q 0,3 mg®** de epinefrina – para pessoas acima de 30 kg (aproximadamente 66 libras ou mais).

Figura 7: Auto injetores Auvi-Q®



Fonte: Página Dailymed¹

➔ ALLERJECT®

Possui 2 apresentações:

- **ALLERJECT 0,15 mg®** de epinefrina – para pessoas de 15 a 30 kg (33 a 66 libras).
- **ALLERJECT 0,3 mg®** de epinefrina – para pessoas acima de 30 kg (aproximadamente 66 libras ou mais).

Figura 8: Auto injetores Allerject®

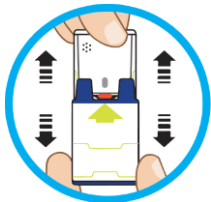


Fonte: Página do Allerject¹⁸

Como administrar Auvi-Q® ou ALLERJECT®:

Quando você puxa o Auvi-q ou ALLERJECT de sua caixa externa, as instruções de voz integradas (em inglês) o guiarão pelo processo de injeção passo a passo.

Figura 9: Instruções para utilizar o Auvi-Q® ou ALLERJECT®



1º passo: retire a capa externa



2º passo: retire o lacre de segurança vermelho com firmeza



3º passo: Coloque a extremidade PRETA contra o meio da coxa EXTERNA. Pressione firmemente e segure no lugar por 2 segundos, se for o Auvi-Q® e segure por 5 segundos se for o ALLERJECT®.

Fonte: Adaptado da Página do Auvi-Q¹⁷

¹⁸ Disponível em: <https://www.allerject.ca/why-allerject?lang=en>

➔ EpiPen®:

Figura 10: Auto injetores EpiPen® e EpiPen JR®



Fonte: Página do EpiPen®¹⁹

Possui 2 apresentações:

- **EpiPen Jr® 0,15 mg de epinefrina** – para pessoas de 15 a 30 kg (33 a 66 libras)
- **EpiPen® 0,3 mg de epinefrina** – para pessoas acima de 30 kg (aproximadamente 66 libras ou mais).

➔ Impax® (genérico do EpiPen®):

Figura 11: Auto injetor Impax®



Fonte: Página do Northwest Asthma & Allergy Center²⁰

Possui 2 apresentações:

- **Impax 0,15 mg® de epinefrina** – para pessoas de 15 a 30 kg (33 a 66 libras)
- **Impax 0,3 mg® de epinefrina** – para pessoas acima de 30 kg (aproximadamente 66 libras ou mais).



Esteja atento!

- ➔ Antes de administrar cheque a validade e se a medicação não está turva ou descolorida.

¹⁹ Disponível em: <https://www.epipen.com/en>

²⁰ Disponível em: <https://www.nwasthma.com/fda-amneal-impax-laboratories-epinephrine-auto-injector-device-malfunctions-can-cause-overdose/>

- ➔ Se estiver vencida ou turva ou descolorida, mas for a única caneta que você dispõe no local, aplique assim mesmo.
- ➔ Ao aplicar a segunda caneta use preferencialmente a outra coxa para obter melhor absorção pelo músculo.

Como administrar Epipen® e similares:

Figura 12: Instruções para aplicação da Epipen® e similares

1		➔	Segure o autoinjetor em seu punho com a ponta laranja (ponta da agulha) apontando para baixo. Com a outra mão, remova o lacre de segurança azul puxando para cima
2		➔	Coloque a ponta laranja contra o meio da parte externa da coxa em um ângulo reto (perpendicular) à coxa. Empurre o autoinjetor firmemente até ouvir um clique. O clique sinaliza que a injeção começou.
3		➔	Segure firmemente no lugar por 3 segundos (conte devagar 1,2,3). A injeção está concluída.
4		➔	Remova o autoinjetor da coxa. A ponta laranja se estenderá para cobrir a agulha. Se a agulha ainda estiver visível, não tente reutilizá-la. Massageie a área da injeção por 10 segundos.

Fonte: Adaptado de Epipen®²¹

²¹ Disponível em: <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/fda/fdaDrugXsl.cfm?type=display&setid=7560c201-9246-487c-a13b-6295db04274a#section-14>



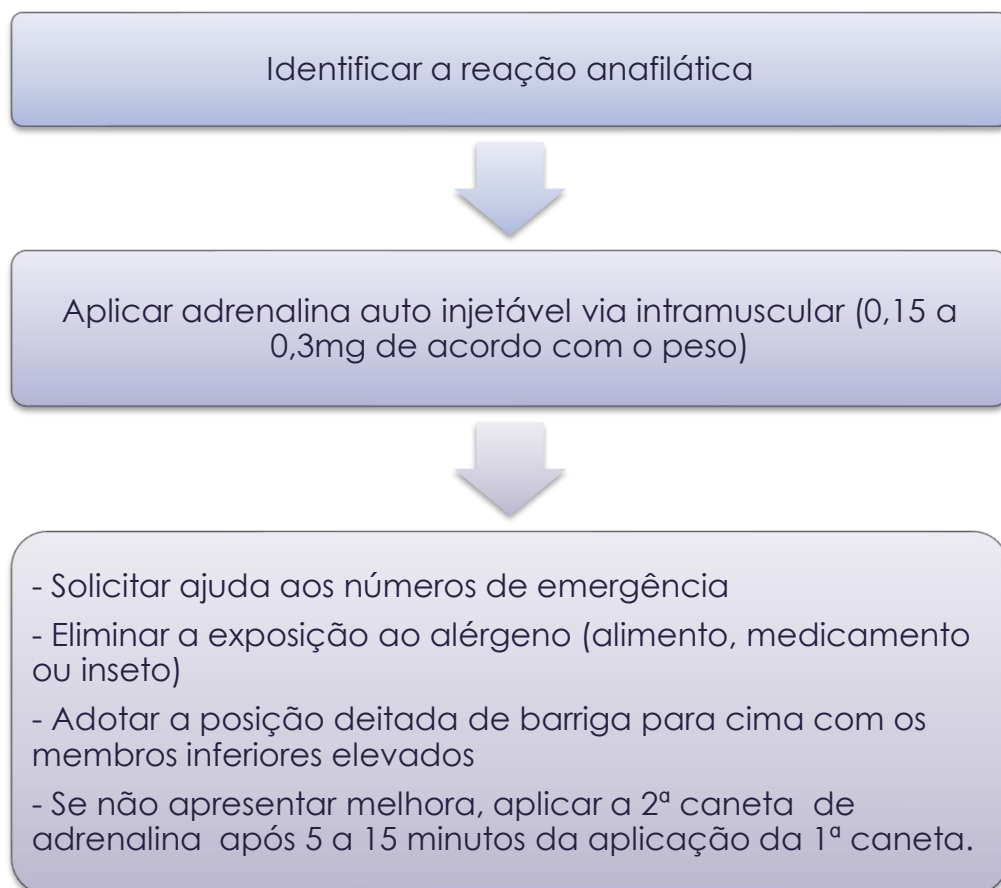
Importante!

O Plano de Ação feito pelo médico assistente da criança deve ser seguido criteriosamente, pois não existe um protocolo único para todos alérgicos, cada caso tem uma singularidade. Em um Plano por exemplo, podem estar prescritos outros medicamentos que aliviam alguns sintomas da alergia alimentar, devido ao fato de ser um instrumento que também fornece instruções para gerenciar reações alérgicas com uma variedade de gravidade.

Se desconfiar de anafilaxia dê adrenalina PRIMEIRO! Depois outro medicamento.

Em caso de dúvidas ligue para o telefone do médico que se encontra no Plano de Ação da criança.

ALGORÍTIMO DE ATENDIMENTO A ANAFILAXIA NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR



***Caso a vítima perca a consciência e pare de respirar,
Inicie a Reanimação Cardiopulmonar a qualquer momento.***

No próximo módulo você aprenderá a realizar o suporte básico de vida (reanimação cardiopulmonar).



***Não deixe de assistir aos vídeos disponíveis
nos materiais complementares.***



Teste seus conhecimentos:

1. Qual é o local de primeira escolha para aplicação da caneta de adrenalina?
 - a) Deve ser aplicada num ângulo de 90° no músculo do braço
 - b) Deve ser aplicada sempre no músculo vasto lateral da coxa
 - c) Deve ser aplicada nas nádegas
 - d) Deve ser aplicada na barriga

2. Marque (V) para Verdadeiro e (F) para Falso:
 - () A segunda caneta de adrenalina auto injetável deve ser aplicada se não houver melhora dos sintomas entre 5 e 10 minutos após a primeira aplicação.
 - () Após a aplicação da caneta de adrenalina não há necessidade de levar a criança a emergência, pois não há risco de novo episódio de anafilaxia.
 - () A administração de anti-alérgicos previnem o choque anafilático.
 - () A pessoa que possui risco para anafilaxia deve portar 2 canetas de adrenalina.

3. Qual a melhor posição para ficar a vítima de anafilaxia quando apresentar dificuldade para respirar?



Para ajudar na reflexão:

1. O que precisamos para elaborar um Plano de Emergência para escola?
2. Se a criança perder a consciência durante o atendimento, eu sei o que fazer ?
3. Há pessoas treinadas em primeiros socorros ?
4. O que eu posso fazer para diminuir os riscos na minha escola ?



Materiais complementares:

▪ **Vídeo 1:**

Meu filho(a) APLV entrou em choque anafilático. O que eu faço?

Canal Juliana Maia Nutri APLV²²



²² Disponível em: <https://youtu.be/4l4HTwqy2dc>

- **Vídeo 2:**

Instruções para uso do Auvi-Q®²³



- **Vídeo 3 :**

Instruções para uso do EpiPen®²⁴



²³ Disponível em: <https://youtu.be/FMxHo8CM7aw>

²⁴ Disponível em: <https://youtu.be/uBvdO9a9NTQ>

- **Vídeo 4:**

Instruções para uso do Impax®²⁵



- **Vídeo 5:**

Instruções para uso do Allerject®²⁶



²⁵ Disponível em: <https://youtu.be/LYQQAix8I1Y>

²⁶ Disponível em: https://youtu.be/u1_1nBRf2Ek



Referências Consultadas:

- Auvi-Q. Learn How to Use AUVI-Q. Disponível em: <https://www.auvi-q.com/public-access/auvi-q-training-resources>
- Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica, 2020. Disponível em: <http://eprints.uanl.mx/18647/1/4.pdf>
- SARINHO, Emanuel; LINS, Maria das Graças Moura. Formas graves de alergia alimentar. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 93, supl. 1, p. 53-59, 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000700053&lng=en&nrm=iso. access on 24 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.021>.
- Wang J, Sicherer SH, AAP SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY. Guidance on Completing a Written Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan [Internet]. Pediatrics. 2017 [citado em 31 mar. 2016];139(3):e20164005. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2017/02/09/peds.2016-4005.full.pdf>



4

Suporte Básico de Vida
para leigos

Módulo 4 – Suporte Básico de Vida – SBV *para leigos*



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Executar a avaliação inicial da vítima
2. Conhecer as técnicas de reanimação cardiopulmonar
3. O uso do desfibrilador externo automático

O Suporte Básico de Vida (SBV) trata-se das ações realizadas para manter a vida da vítima na ocorrência de uma Parada Cardiorespiratória até que o Socorro especializado chegue.

Essas ações promovem a circulação do sangue e oxigenação do corpo através da compressão torácica e ventilação (quando possível) conservando o corpo vivo. O suporte básico de vida pode ser realizado por leigo e estudos mostram que o início do atendimento precoce por leigos tem impacto significativo na sobrevivência sem sequelas neurológicas (AHA 2015).

Para realizar as manobras que salvam vidas, primeiro é preciso aprender a identificar quando uma pessoa está em Parada Cardiorespiratória, então antes de tudo devemos fazer a avaliação inicial da vítima, pois nem sempre uma vítima desacordada está em Parada Cardiorespiratória.

AVALIAÇÃO INICIAL DA VÍTIMA

Avaliação da consciência:

1. Aproximar-se da vítima;
2. Chame a vítima, se possível pelo nome, por pelo menos três vezes;
3. Solicitar para que a vítima consciente não movimente a cabeça (caso seja vítima de trauma);

4. Perguntar se ela está bem (no caso de crianças maiores e adolescentes);

Caso não haja resposta, caracteriza-se o estado de inconsciência.

5. Se a criança/adulto estiver inconsciente, solicite para que uma pessoa próxima acione imediatamente o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou Corpo de Bombeiros (193);

Figura 13: Avaliando a consciência e acionando serviço de emergência



Fonte: Página do Trafalgar²⁷

Avaliação da respiração

Antes de avaliar a respiração precisamos abrir vias aéreas para que o ar possa passar livremente pela traquéia.

1. Abertura de vias aéreas para verificar a repiração:

Para verificar a respiração é importante fazer abertura das vias aéreas, e para isso, podemos usar a técnica de Chin lift - Manobra de extensão da cabeça e elevação do queixo (Figura 14). Esta manobra consiste em colocar uma mão sobre a testa e a outra mão eleva o mento, fazendo simultaneamente a extensão do

²⁷ Disponível em : <https://home.trafalgar.com.au/quick-tips/drsabcd-2/>

pescoço. Em bebês menores de 1 ano (lactentes) deve-se ter cuidado para não hiperestender o pescoço, deixando-o posicionado numa posição neutra (Figura 15).

Figura 14: Manobra de extensão da cabeça e elevação do queixo para abertura de vias aéreas



Fonte: Página do Obgynkey²⁸

Figura 15: Abertura de vias aéreas em lactentes: posição neutra.



Fonte: Página do Obgynkey²⁹

Atenção!

Esta manobra não pode ser feita em vítimas de trauma.

²⁸ Disponível em: <https://obgynkey.com/4-basic-life-support/>

²⁹ Disponível em: <https://obgynkey.com/4-basic-life-support/>

2. Verificando a respiração:

Para observar se a vítima está respirando, podemos utilizar a técnica do VER OUVIR E SENTIR. Esta análise deve ser feita em até 5 a 10 segundos.

Figura 16: Verificando a respiração em uma criança



Fonte: Página do Skylark ³⁰

- **VER** se há expansão do tórax e abdome;
- **OUVIR** se existe ruído do ar exalado pela boca ou nariz;
- **SENTIR** o fluxo de ar exalado pela boca ou nariz.

Figura17: : Verificando a respiração em um bebê



Fonte: Banco Imagens Dreamstime³¹

³⁰ Disponível em: <http://www.skylarktraining.net/>

³¹ Disponível em: <https://pt.dreamstime.com/>

Observações:

Se o socorrista estiver seguro de que a vítima não respira, não precisa perder tempo executando esta técnica.

Se a vítima estiver inconsciente, porém respirando e não houver evidência de trauma, deve-se colocá-la em posição de recuperação.

Posição de recuperação:

Também designada por posição lateral de segurança (Figura 18). Quando uma vítima está inconsciente, porém respirando (na ausência de suspeita de traumatismo) colocamos ela em posição lateral de modo a impedir a obstrução da via aérea por queda da língua e/ou a aspiração de vômito.

Figura 18: Posição lateral de segurança



Fonte: Página do firstaidforfree ³²

³² Disponível em: <https://www.firstaidforfree.com/how-to-place-a-baby-or-child-into-the-recovery-position/>

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO

Reanimação cardiopulmonar:

Após avaliação inicial da vítima, quando constatado que a mesma está inconsciente e sem respirar o leigo treinado ou o profissional de saúde deverá iniciar as manobras de Reanimação cardiopulmonar.

Figura 19: Sequência da RCP segundo a American Heart Association:



Fonte: American Heart Association, 2015.

C - Circulation – Compressão torácica

A - Airway - abertura de vias aéreas

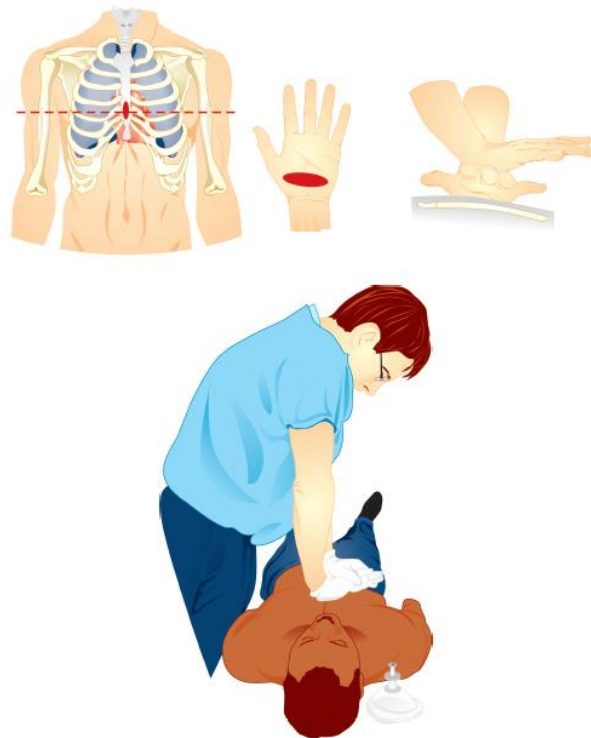
B - Breathing – Respiração

Compressão torácica:

O posicionamento correto das mãos sobre o tórax da vítima é essencial para se evitar a ocorrência de lesões internas decorrentes das compressões torácicas e para a perfeita efetividade da manobra. Suas mãos devem ficar sobre a extremidade inferior do esterno. Para esta posição, trace uma linha imaginária entre os mamilos, o ponto médio localiza-se no exato local que sua mão deverá posicionar-se para as compressões torácicas (Figura 20). Nesse ponto, o esterno é flexível – é possível comprimi-lo sem fraturá-lo.

Coloque a região hipotenar de uma das mãos no esterno, coloque a outra mão por cima, com os dedos de ambas as mãos apontando na direção oposta à sua. Entrelace os dedos ou estenda-os, mantendo-os afastados do tórax da vítima.

Figura 20: Posicionamento correto durante a compressão torácica

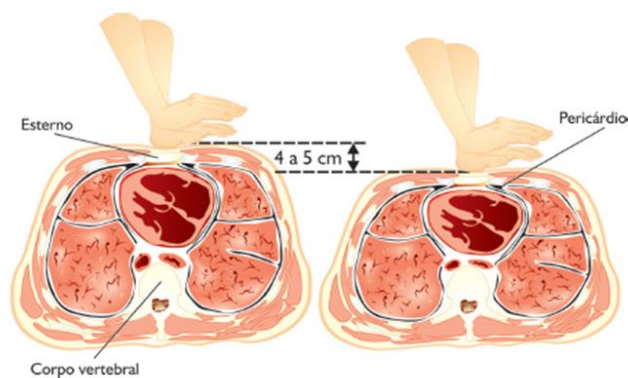


Fonte: Página do Resgate Federal³³

Profundidade de compressão:

- Crianças e adultos: 5 a 6 cm de profundidade.
- Bebês: 4 cm, não ultrapassar 6 cm.

Figura 21: Profundidade das compressões torácicas



³³ Disponível em: <http://resgatefederal.wixsite.com/primeirossocorros/rcp-aha>

Fonte: Página do Resgate Federal³³

Figura 22: Compressão torácica em adultos



Fonte: Banco Imagens BigStock Photo³⁴

Devem ser realizadas compressões em uma velocidade de 100 a 120 compressões por minuto. Minimize ao máximo as interrupções durante as compressões torácicas.

As batidas de algumas músicas têm o ritmo exato para se fazer as compressões cardíacas e podem auxiliar o treinamento desta técnica, são elas:

- “Stayin' Alive” - Bee Gees;
- Baby Shark;
- “Girls Just Want to Have Fun” - Cyndi Lauper
- “Sorry” - Justin Bieber.

Compressão torácica em crianças:

Em crianças de 1 a 8 anos deverá ser usada apenas 1 mão para fazer a compressão torácica, utilizando a região hipotenar sobre o tórax (Figura 23).

³⁴ Disponível: <https://www.bigstockphoto.com/pt>

Figura 23: Compressão torácica e abertura de vias aéreas em crianças maiores de 1 ano



Fonte: Página do Kidzaid³⁵

Compressão torácica em bebês:

Em bebês deverá comprimir o tórax com dois dedos sobre o esterno, imediatamente abaixo da linha dos mamilos.

Figura 24: Compressão torácica e abertura de vias aéreas em bebês até 1 ano



Fonte: Página do Kidzaid³⁶

Atenção!

A técnica de compressão torácica difere para adultos, crianças e bebês.

³⁵ Disponível em: <http://www.kidzaid.com.au/tag/cpr/>

³⁶ Disponível em: <http://www.kidzaid.com.au/tag/cpr/>

Abertura de vias aéreas:

Utilize a manobra de Chin-Lift para abrir as vias aéreas. É preciso mantê-las abertas para oferecer a ventilação, pois o ar precisa passar livremente pela traquéia para uma ventilação efetiva.

Breathing – Ventilação

A ventilação pode ser feita de 2 formas:

- 1) **Boca-máscara:** a máscara deve ficar adequadamente adaptada à face da vítima.

Figura 25: Ventilação boca-máscara



Fonte: Página do Firstaid for life³⁷

2) Boca-a-boca:

A ventilação boca-a-boca **é desaconselhada pelo risco de contaminação do socorrista com fluídos da vítima (sangue e/ou secreção)**. Apenas a título de conhecimento, a técnica será ensinada a seguir.

Mesmo que tenha a máscara disponível, mas não queira fazer a ventilação ou tenha dúvida de como fazê-la, poderá manter apenas as compressões torácicas até que o socorro especializado chegue.

³⁷ Disponível em: <https://firstaidforlife.org.uk/poisoning-what-to-do/>

Figura 26: Local para colocar a boca durante ventilação boca-a-boca em bebês de até 1 ano



Fonte: Página do Obgynkey³⁸

- **Se a vítima for um bebê** (menor de 1 ano de idade), coloque sua boca sobre o nariz e a boca do bebê (a boca do socorrista vedará o nariz e a boca do bebê).

Se a vítima for uma criança, adolescente ou adulto: fazer uma vedação boca-a-boca e pinçar firmemente o nariz da vítima com o polegar e o indicador da mão que está mantendo a cabeça inclinada.

Figura 27: Ventilação boca-a-boca em bebês até 1 ano de idade



Fonte: Página do hipbabygear³⁹

³⁸ Disponível em: <https://obgynkey.com/4-basic-life-support>

³⁹ Disponível em: <https://www.hipbabygear.com/hip-baby-gear-adult-and-pediatric-first-a-12487454.html>

Figura 28: Ventilação boca-a-boca em crianças



Fonte: Página do Kidzaid⁴⁰

Atenção!

- Uma ventilação eficaz é aquela que consegue elevar o tórax.
- A relação compressão-ventilação sempre será 30:2

Em uma vítima de parada cardíaca é essencial que a ambulância chegue o quanto antes com suporte avançado de vida, que é o médico, as medicações e o desfibrilador externo automático (DEA).

Vamos aprender a seguir como instalar um DEA. Um leigo treinado é capaz de utilizá-lo. Se você souber utilizar e estiver em um local que tenha um DEA disponível não tenha medo de usá-lo.

Colocação das pás:

- Pá torácica direita - tórax anterossuperior (infra clavicular) direito da vítima;
- Pá esquerda - tórax ínfero lateral esquerdo da vítima, lateral ao peito esquerdo.

⁴⁰ Disponível em: <http://www.kidzaid.com.au/category/cpr-child-1-8yrs/>

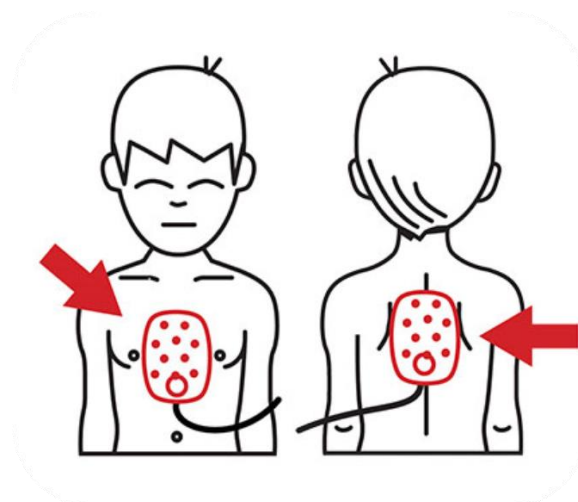
Figura 29: Posicionamento das pás do desfibrilador externo automático em adultos e crianças maiores de 10 kg



Fonte: Página da Vimetecsa⁴¹

- Para crianças < 10 kg ou menores de 1 ano recomendam-se pás pequenas ou pediátricas, enquanto para crianças > 10 kg ou maiores de 1 ano, recomenda-se o uso de pás grandes ou de adultos.
- As pás devem estar distantes pelo menos 3 cm e nunca devem se tocar.

Figura 30: Posicionamento das pás do desfibrilador em crianças menores de 10 kg



⁴¹ Disponível em: <https://www.vimetecsa.com/formacion-dea-2/?lang=en>

Caso só estejam disponíveis pás de tamanho grande e seja necessário desfibrilar uma criança menor de 10 kg, deve-se utilizar uma posição alternativa, que consiste em colocar uma pá na região anterior do tórax (mais para esquerda, em cima do coração) e a outra posterior, nas costas (Figura 30).

Uso do DEA passo a passo:

1. Ligar o DEA;
2. Conectar as pás ao aparelho e instalar no tórax do paciente;
3. O DEA fará a análise do ritmo;
4. Dará uma ordem: ritmo chocável ou ritmo não chocável.
 - **Se não for chocável:** retorne para a Reanimação cardiopulmonar;
 - **Se for chocável:** ele vai dizer que está pronto para chocar;
5. O socorrista dá três ordens:

Eu me afasto. Você se afasta. Nós nos afastamos.

6. Você deve certificar-se que não há ninguém encostado no paciente e vai acionar o botão de choque;
7. Logo em seguida, retorne as manobras de reanimação cardiopulmonar.

Atenção!

- Após o primeiro choque, deve ser reiniciada imediatamente a RCP. A cada 5 ciclos ou 2 minutos é importante trocar o socorrista, pois o cansaço faz com que a compressão cardíaca se torne menos eficiente. Deve-se aguardar nova análise do DEA e, se for indicado, novo choque

⁴² Disponível em: <https://americanaed.com/products/aed-accessories/philips-brand/child-pad-placement-guide>

será aplicado. Se a vítima voltar a respirar, coloque-a na posição de recuperação (de lado) e interrompa as compressões cardíacas.



Não deixe de assistir aos vídeos disponíveis nos materiais complementares.



Teste seus conhecimentos:

1. Após detectar que a vítima está inconsciente e sem respiração você deve chamar o serviço especializado, Feito isso iniciam-se as manobras de reanimação cardio-pulmonar, para isso você deve:
 - a) Colocar o paciente em uma superfície rígida;
 - b) Colocar o paciente sobre uma superfície bem macia, gerando maior conforto e evitando lesões;
 - c) Não importa sobre qual superfície esteja deitado;
 - d) Não deve ficar em uma superfície muito macia e nem muito rígida.

2. A compressão torácica e a ventilação devem ser ofertadas a vítima respectivamente numa razão de:
 - a) 10:2;
 - b) 15:3;
 - c) 30:2;
 - d) 30:3;

3. A velocidade ideal de compressão torácica é:
 - a) No mínimo 80 e no máximo 100 bat/min;
 - b) No mínimo 80 e no máximo 120 bat/min.
 - c) No mínimo 100 e no máximo 120 bat/min;
 - d) No mínimo 100 e no máximo 140 bat/min;



Para ajudar na reflexão:

1. Todos os funcionários da sua escola já foram capacitados em primeiros socorros?
2. Você conhece a Lei Lucas?
3. Na sua escola há maleta de primeiros socorros?
4. Vocês tem em local de fácil acesso os telefones de emergência?



Materiais complementares:

Vídeo 1: Reanimação cardiopulmonar em crianças⁴³



Vídeo 2: Reanimação cardiopulmonar em adultos – American Heart Association ⁴⁴



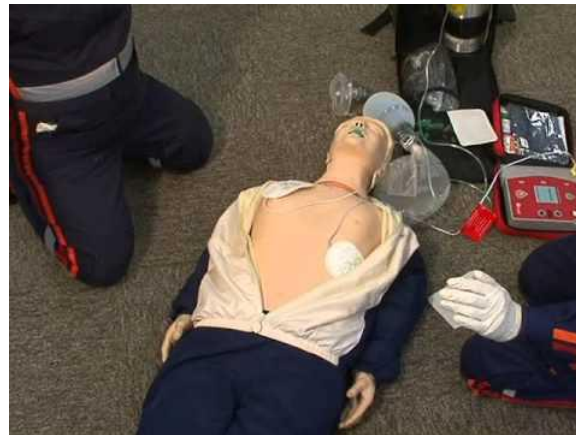
⁴³ Disponível em: https://youtu.be/bPULLa_jZSs

⁴⁴ Disponível em: https://youtu.be/s_SAJ02B_x0

Vídeo 3: Reanimação cardiopulmonar em bebês⁴⁵



Vídeo 4: Uso do desfibrilador externo automático -DEA⁴⁶



⁴⁵ Disponível em: <https://youtu.be/Gjkk3VLGVcQ>

⁴⁶ Disponível em: <https://youtu.be/ATnu1wULEtY>



Referências Consultadas:

- American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE. Edição em português: Hélio Penna Guimarães. EUA: American Heart Association, 2020.
- Manual operacional de bombeiros: resgate pré-hospitalar /Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás. – Goiânia: - 2016. 318 p.
- Matsuno AK. Parada cardíaca em crianças. Revista da faculdade de medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das clínicas da FMRP Universidade de São Paulo. 2012;45(2): 223-33
- Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação Universidade Estadual de Maringá – UEM Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE.Núcleo Regional de Educação de Campo Mourão. PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES APLICADOS AO AMBIENTE ESCOLAR. 2008. 32p.
- Waksman, R. D., Gikas R.M.C., Blank D. Crianças e adolescentes em segurança. 1ª edição – Barueri, SP:Manole, 2014.



5

Plano de ação em casos de
Emergência

Módulo 5 - Plano de ação em casos de emergência



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Conhecer um Plano de Ação da criança/adolescente com alergia alimentar e seus principais itens em caso de Emergência na escola.
2. Refletir sobre a construção de um Plano de emergência para sua escola.

O que é um Plano de ação?

Um Plano de ação trata-se de uma ferramenta essencial para auxiliar a tomada de decisão quando um indivíduo apresentar uma reação alérgica grave e anafilaxia. Serve de suporte para os pais, familiares, cuidadores, alérgicos, funcionários da escola e até para guiar os profissionais de saúde da ambulância/emergência que forem acionados.

Nele estarão definidas as ações individualizadas de acordo com histórico de sinais e sintomas apresentados pela criança.

Deve ser sucinto e objetivo, e sempre assinado pelo médico assistente. Precisa ser revisado anualmente, ou sempre que haja uma nova prescrição de auto injetores de adrenalina/ajuste de doses, e também quando houver mudanças nos gatilhos para reação alérgica daquela criança ou qualquer outra situação nova.

O Plano deve ficar em lugar visível e acessível a todos funcionários da escola. Se necessário faça cópias coloridas e legíveis, mas uma cópia precisa ficar junto a caneta de adrenalina da criança.

No Brasil não temos um Plano de ação validado, mas a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o uso do Guia de Plano de Ação da American Academy Pediatrics (AAP), que serviu para embasar este módulo do curso.

Segundo a AAP, o uso de um Plano de Ação por escrito tem o potencial de reduzir a frequência e a gravidade de reações, melhorando o conhecimento da anafilaxia, otimizando a utilização de auto injetores de adrenalina, sendo assim, uma ferramenta importante para educação e tratamento.

O que deve constar num Plano de ação?

1. Na parte inicial devem constar os dados de identificação da criança, incluindo nome, data de nascimento, idade e uma foto. O peso na época da prescrição é importante para permitir a confirmação da dosagem correta das medicações.
2. Lista com todos alérgenos/gatilhos (alimentos, medicamentos, insetos, etc).
3. É importante estar descrito se tem asma ou se tem risco grande para anafilaxia (já apresentou episódios anteriores). A presença de asma está associada a maior risco da criança apresentar sintomas respiratórios durante uma reação alérgica, que pode ser mais difícil de tratar.
4. Se tiver Plano de saúde, deve ser descrito os dados do convênio médico.
5. Apontar o Hospital de referência para atendimento, deve ser o mais próximo.
6. Telefones de emergência dos pais/responsáveis.
7. Deve ter um quadro explicativo, descrevendo os sintomas leves e os sintomas graves e as ações para cada caso.
8. A linguagem que a criança pode usar quando está descrevendo uma reação alérgica (como ela se sente quando está passando por uma reação).

9. Os medicamentos e as doses prescritas para aquela criança.
10. O passo a passo para aplicação da adrenalina, de preferência em forma de diagrama, para facilitar a visualização.
11. Ações a serem tomadas após a aplicação da adrenalina.
12. Assinatura e carimbo do médico responsável.

Considerações importantes:

Em algumas circunstâncias, pode ser benéfico tratar com adrenalina de imediato mesmo que a anafilaxia ainda não esteja ocorrendo, principalmente em casos onde é sabido que há maior probabilidade da criança ter anafilaxia após exposição ao alérgeno ou em situações onde não foi presenciado o início da reação alérgica por um adulto.

Portanto, o Plano de ação deve apresentar as opções definidas pelo médico para abordar essas possibilidades. Por exemplo, se a criança tem uma história de anafilaxia muito grave, com dificuldade respiratória, hipóxia, hipotensão ou comprometimento neurológico após a exposição accidental ao alérgeno. Nestes casos, o médico pode recomendar administração imediata de epinefrina após contato/ ingestão accidental a partir do início do primeiro sintoma (mesmo sendo leves, como prurido na face / boca, algumas urticárias ou náuseas), pois reações graves podem progredir rapidamente.

O Plano de ação é dado ao paciente e sua família para que possam revisar e compartilhar com todas as pessoas envolvidas no cuidado da criança. Da mesma forma, recomenda-se utilizar um dispositivo de treinamento que possui o mesmo mecanismo, mas não contem a medicação nem agulha para que todos envolvidos possam aprender a utilizar e sintam-se seguros de aplicar a caneta de adrenalina em uma situação de emergência. A verificação das datas de vencimento das canetas deve ser um hábito comum a todos, além das precauções com o armazenamento da medicação.

Mais a frente veja o Plano de Ação sugerido pela American Academy of Pediatrics e outros modelos disponíveis em outros países e no Brasil, como o disponibilizado pela Alergia Alimentar Brasil.

Caso o médico que acompanha o alérgico não tenha um plano de ação próprio, este modelo poderá ser preenchido pelo médico, que deve assinar e carimbar no local indicado.

Quanto mais ilustrado e mais sucinto for, mais facilmente permitirá a pessoa que vai utilizá-lo compreender o passo a passo numa situação de emergência, onde todos estarão tensos e precisam agir rapidamente.

Os principais modelos de Planos de Ação encontrados no Brasil e no mundo serão mostrados a seguir:

1. Plano de Ação sugerido pela American Academy of Pediatrics (AAP)
2. Plano de Ação disponibilizado pela Alergia Alimentar Brasil
3. Plano de Ação da Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI)
4. Plano de Atendimento de Emergência da Food Allergy Research & Education (FARE)
5. Plano de Emergência de Anafilaxia da Sociedade Portuguesa de Alergia e Imunologia (SPAIC)
6. Plano de Ação da Anafilaxia Brasil adaptado da FARE

2. Plano de Ação disponibilizado pela Alergia Alimentar Brasil

Alergia Alimentar Brasil é uma iniciativa que surgiu a partir do grupo que conduz o movimento Põe no Rótulo, criado em 2014 com o principal objetivo de mostrar para a sociedade a importância da clareza da presença de ingredientes alergênicos nos rótulos de alimentos e bebidas industrializados e pressionar o governo, em especial a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, para que os rótulos fossem mais claros com relação aos seus ingredientes.

É conduzida por mulheres que convivem com o tema da alergia alimentar em suas famílias e que visa ampliar a conscientização sobre o assunto e avançar na conquista de políticas públicas que ampliem a segurança e inclusão das pessoas que convivem com alergia alimentar.

Esta entidade disponibiliza um Plano de Ação ilustrado em duas páginas para download gratuito.

Figura 32: Plano de Ação em Emergências da Alergia Alimentar Brasil

Fonte: Página Alergia Alimentar Brasil⁴⁸

⁴⁷ Disponível em:

https://www.healthychildren.org/SiteCollectionDocuments/AAP_Allergy_and_Anaphylaxis_Emergency_Plan.pdf

⁴⁸ Disponível em: <https://alergiaalimentarbrasil.com.br/anafilaxia/o-que-fazer/>

3. Plano de Ação da Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA)

A ASCIA, Sociedade Australiana de Alergia e Imunologia, possui Planos de Ação e um Plano de Primeiros Socorros, que são revisados regularmente e sua última atualização aconteceu em 2020. Os Planos foram desenvolvidos como um documento de página única e fácil de seguir, para auxiliar no atendimento de emergência da alergia grave e anafilaxia.

Os planos de ação ASCIA são considerados documentos médicos que podem ser preenchidos online e salvos como PDFs pelo médico assistente ou enfermeiro. No entanto, não estão disponíveis na língua portuguesa. Existem três tipos de Plano de Ação da ASCIA, que servem para crianças e adultos alérgicos:

- Plano de Ação ASCIA para Anafilaxia **(Vermelho)**: Este plano é fornecido para pessoas com alergias que receberam prescrição de autoinjetores de adrenalina EpiPen® e também há um genérico disponível para outras marcas de injetores.
- Plano de Ação ASCIA para Reações Alérgicas **(Verde)**: Este plano é fornecido para pessoas com alergias que não receberam prescrição de autoinjetor (es) de adrenalina.
- Plano de Primeiros Socorros ASCIA para anafilaxia **(Laranja)**: Este plano pode ser usado como pôster ou armazenado com autoinjetores de adrenalina de uso geral.

Figura 33: Planos de Ação para Anafilaxia – ASCIA para anafilaxia.

ascia
australian society of clinical immunology and allergy
www.allergy.org.au

ACTION PLAN FOR Anaphylaxis

Name: _____

Date of birth: _____

Confirmed allergens: _____

Family/emergency contact name(s): _____

Work Ph: _____

Home Ph: _____

Mobile Ph: _____

Plan prepared by doctor or nurse practitioner (np): _____

The treating doctor or np hereby authorises:

- Medications specified on this plan to be administered according to the plan.
- Prescription of 2 adrenaline autoinjectors.
- Review of this plan is due by the date below.

Date: _____

Signed: _____

Date: _____

For use with EpiPen® adrenaline (epinephrine) autoinjectors

SIGNS OF MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

- Swelling of lips, face, eyes
- Hives or welts
- Tingling mouth
- Abdominal pain, vomiting (these are signs of anaphylaxis for insect allergy)

ACTION FOR MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

- For insect allergy - flick out sting if visible
- For tick allergy ☐ seek medical help or ☐ freeze tick and let it drop off
- Stay with person and call for help
- Locate adrenaline autoinjector
- Give other medications (if prescribed).....
- Phone family/emergency contact

Mild to moderate allergic reactions (such as hives or swelling) may not always occur before anaphylaxis

WATCH FOR ANY ONE OF THE FOLLOWING SIGNS OF ANAPHYLAXIS (SEVERE ALLERGIC REACTION)

- Difficult/noisy breathing
- Swelling of tongue
- Swelling/tightness in throat
- Wheeze or persistent cough
- Difficulty talking and/or hoarse voice
- Persistent dizziness or collapse
- Pale and floppy (young children)

ACTION FOR ANAPHYLAXIS

- 1 Lay person flat - do NOT allow them to stand or walk**
 - If unconscious, place in recovery position
 - If breathing is difficult allow them to sit
- 2 Give adrenaline autoinjector**
- 3 Phone ambulance - 000 (AU) or 111 (NZ)**
- 4 Phone family/emergency contact**
- 5 Further adrenaline doses may be given if no response after 5 minutes**
- 6 Transfer person to hospital for at least 4 hours of observation**

If in doubt give adrenaline autoinjector

Commence CPR at any time if person is unresponsive and not breathing normally

ALWAYS give adrenaline autoinjector FIRST, and then asthma reliever puffer if someone with known asthma and allergy to food, insects or medication has **SUDDEN BREATHING DIFFICULTY** (including wheeze, persistent cough or hoarse voice) even if there are no skin symptoms

Asthma reliever medication prescribed: ☐ Y ☐ N

How to give EpiPen® adrenaline (epinephrine) autoinjectors



1

Form fist around EpiPen® and **PULL OFF BLUE SAFETY RELEASE**



2

Hold leg still and **PLACE ORANGE END** against outer mid-thigh (with or without clothing)



3

PUSH DOWN HARD until a click is heard or felt and hold in place for 3 seconds. **REMOVE EpiPen®**

EpiPen® is prescribed for children over 20kg and adults. EpiPen® Jr is prescribed for children 7.5-20kg.

© ASCIA 2020 This plan was developed as a medical document that can only be completed and signed by the patient's doctor or nurse practitioner and cannot be altered without their permission.

- If adrenaline is accidentally injected (e.g. into a thumb) phone your local poisons information centre.
- Continue to follow this action plan for the person with the allergic reaction.

Fonte: Página da ASCIA⁴⁹

⁴⁹ Disponível em: <https://www.allergy.org.au/hp/anaphylaxis/ascia-action-plan-for-anaphylaxis>

Figura 34: Planos de Ação para Anafilaxia – ASCIA para reações alérgicas.



ascia
australian society of clinical immunology and allergy
www.allergy.org.au

ACTION PLAN FOR Allergic Reactions

Name: _____

Date of birth: _____

Confirmed allergens:

Family/emergency contact name(s):

Work Ph: _____

Home Ph: _____

Mobile Ph: _____

Plan prepared by doctor or nurse practitioner (np):

The treating doctor or np hereby authorises:

- Medications specified on this plan to be administered according to the plan.
- Use of adrenaline autoinjector if available.
- Review of this plan is due by the date below.

Date: _____

Signed: _____

Date: _____

Note: This ASCIA Action Plan for Allergic Reactions is for people with mild to moderate allergies, who need to avoid certain allergens.

For people with severe allergies (and at risk of anaphylaxis) there are red ASCIA Action Plans for Anaphylaxis (brand specific or generic versions) for use with adrenaline (epinephrine) autoinjectors.

Instructions are on the device label.

Adrenaline autoinjectors (300 mcg) are prescribed for children over 20kg and adults. Adrenaline autoinjectors (150 mcg) are prescribed for children 7.5-20kg.

SIGNS OF MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

- Swelling of lips, face, eyes
- Hives or welts
- Tingling mouth
- Abdominal pain, vomiting (these are signs of anaphylaxis for insect allergy)

ACTION FOR MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

- For insect allergy - flick out sting if visible
- For tick allergy ☐ seek medical help or ☐ freeze tick and let it drop off
- Stay with person and call for help
- Give other medications (if prescribed).....
- Phone family/emergency contact

Mild to moderate allergic reactions (such as hives or swelling) may not always occur before anaphylaxis

WATCH FOR ANY ONE OF THE FOLLOWING SIGNS OF ANAPHYLAXIS (SEVERE ALLERGIC REACTION)

- Difficult/noisy breathing
- Swelling of tongue
- Swelling/tightness in throat
- Wheeze or persistent cough
- Difficulty talking and/or hoarse voice
- Persistent dizziness or collapse
- Pale and floppy (young children)

ACTION FOR ANAPHYLAXIS

- 1 Lay person flat - do NOT allow them to stand or walk**
 - If unconscious, place in recovery position
 - If breathing is difficult allow them to sit





- 2 Give adrenaline (epinephrine) autoinjector if available**
- 3 Phone ambulance - 000 (AU) or 111 (NZ)**
- 4 Phone family/emergency contact**
- 5 Transfer person to hospital for at least 4 hours of observation**

If in doubt give adrenaline autoinjector

Commence CPR at any time if person is unresponsive and not breathing normally

ALWAYS give adrenaline autoinjector FIRST if available, and then asthma reliever puffer if someone with known asthma and allergy to food, insects or medication has SUDDEN BREATHING DIFFICULTY (including wheeze, persistent cough or hoarse voice) even if there are no skin symptoms

Asthma reliever medication prescribed: ☐ Y ☐ N

- If adrenaline is accidentally injected (e.g. into a thumb) phone your local poisons information centre.
- Continue to follow this action plan for the person with the allergic reaction.

© ASCIA 2020 This plan was developed as a medical document that can only be completed and signed by the patient's doctor or nurse practitioner and cannot be altered without their permission.

Fonte: Página da ASCIA⁵⁰

⁵⁰ Disponível em: <https://www.allergy.org.au/hp/anaphylaxis/ascia-action-plan-for-anaphylaxis>

Figura 35: Planos de Ação para Anafilaxia – ASCIA para anafilaxia.



ascia
australian society of clinical immunology and allergy
www.allergy.org.au

FIRST AID PLAN FOR

Anaphylaxis

For use with adrenaline (epinephrine) autoinjectors - refer to the device label for instructions
Translated versions of this document are on the ASCIA website www.allergy.org.au/anaphylaxis#ta5

SIGNS OF MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

• Swelling of lips, face, eyes • Hives or welts	• Tingling mouth • Abdominal pain, vomiting (these are signs of anaphylaxis for insect allergy)
--	--

ACTION FOR MILD TO MODERATE ALLERGIC REACTION

• For insect allergy - flick out sting if visible • For tick allergy seek medical help or freeze tick and let it drop off	• Stay with person and call for help • Locate adrenaline autoinjector • Phone family/emergency contact
--	--

Mild to moderate allergic reactions (such as hives or swelling) may not always occur before anaphylaxis

WATCH FOR ANY ONE OF THE FOLLOWING SIGNS OF ANAPHYLAXIS (SEVERE ALLERGIC REACTION)

• Difficult/noisy breathing • Swelling of tongue • Swelling/tightness in throat • Wheeze or persistent cough	• Difficulty talking and/or hoarse voice • Persistent dizziness or collapse • Pale and floppy (young children)
---	--

ACTION FOR ANAPHYLAXIS

- 1 Lay person flat - do NOT allow them to stand or walk**
 - If unconscious, place in recovery position
 - If breathing is difficult allow them to sit
- 2 Give adrenaline autoinjector**
- 3 Phone ambulance - 000 (AU) or 111 (NZ)**
- 4 Phone family/emergency contact**
- 5 Further adrenaline doses may be given if no response after 5 minutes**
- 6 Transfer person to hospital for at least 4 hours of observation**

If in doubt give adrenaline autoinjector
Commence CPR at any time if person is unresponsive and not breathing normally





ALWAYS give adrenaline autoinjector FIRST, if someone has SEVERE AND SUDDEN BREATHING DIFFICULTY (including wheeze, persistent cough or hoarse voice), even if there are no skin symptoms. THEN SEEK MEDICAL HELP.

- If adrenaline is accidentally injected (e.g. into a thumb) phone your local poisons information centre.
- Continue to follow this plan for the person with the allergic reaction.

Adrenaline autoinjectors (300 mcg) are prescribed for children over 20kg and adults. Adrenaline autoinjectors (150 mcg) are prescribed for children 7.5-20kg.

© ASCIA 2020 This document has been developed for use as a poster, or to be stored with general use adrenaline autoinjectors.

Fonte: Página da ASCIA⁵¹

⁵¹ Disponível em: <https://www.allergy.org.au/hp/anaphylaxis/ascia-action-plan-for-anaphylaxis>

4. Plano de Atendimento de Emergência da Food Allergy Research & Education – FARE®

FARE® trata-se de uma instituição americana sem fins lucrativos que financia mundialmente pesquisas sobre alergia alimentar, produz materiais educativos, programas de treinamentos e promove campanhas de sensibilização.

O plano de atendimento de emergência para alergia e anafilaxia alimentar da FARE®, anteriormente denominado Food Allergy Action Plan, descreve o tratamento recomendado em caso de reação alérgica, é assinado por um médico e inclui informações de contato de emergência.

O documento apresenta informações sobre alérgeno (s), sintomas e instruções de tratamento em um formato fácil de seguir em uma emergência anafilática. Também permite preenchimento online com a inclusão da foto da criança, e download em PDF. O plano possui 2 páginas está disponível em inglês e espanhol.

Figura 36: Plano de Ação em emergências de alergias alimentares e anafilaxia - FARE®

FARE
FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: ☐ Yes (higher risk for a severe reaction) ☐ No

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____

THEREFORE:

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:
SEVERE SYMPTOMS

LUNG
 Shortness of breath, wheezing, repetitive cough

HEART
 Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness

THROAT
 Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing

MOUTH
 Significant swelling of the tongue or lips

SKIN
 Many hives over body, widespread redness

GUT
 Repetitive vomiting, severe diarrhea

OTHER
 Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A COMBINATION of symptoms from different body areas.

- 1. INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
- 2. Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS

NOSE
 Itchy or runny nose, sneezing

MOUTH
 Itchy mouth

SKIN
 A few hives, mild itch

GUT
 Mild nausea or discomfort

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: ☐ 0.1 mg IM ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

PATIENT OR PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE _____

DATE _____

PHYSICIAN/HEP AUTHORIZATION SIGNATURE _____

DATE _____

FORM PROVIDED COURTESY OF FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 5/2018

Fonte: Página da FARE®⁵²

⁵² Disponível em: <https://www.foodallergy.org/living-food-allergies/food-allergy-essentials/food-allergy-anaphylaxis-emergency-care-plan>

5. Plano de Emergência de Anafilaxia da Sociedade Portuguesa de Alergia e Imunologia - SPAIC

A Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica a SPAIC - fundada em 10/07/1950 – agrega médicos especialistas (principalmente Imunoalergologistas), investigadores e técnicos dedicados ao estudo da alergia, asma e imunologia clínica. Os auto injetores de adrenalina estão disponíveis no país desde 2016.

Figura 37: Plano de Ação em casos de anafilaxia - SPAIC



SPAIC
Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

ANAFILAXIA

PLANO DE EMERGÊNCIA

FOTO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Alergias diagnosticadas: _____

Contacto pessoal: _____ Contacto de emergência: _____ Parentesco: _____

Médico assistente: _____ Contacto: _____ Data: ____/____/____

MEDICAMENTOS - DOSES

Adrenalina: _____ Corticoide: _____ Antihistamínico: _____

Outros: _____

Como usar a ANAFEN



1. RETIRAR a tampa **PRETA** (do lado da seta).



2. RETIRAR a tampa de segurança (do lado do botão vermelho).



3. ENCOSTAR a ponta com a **SETA** na parte externa da coxa (pode fazer por cima da roupa, se não for grossa).



4. Carregar no botão **VERMELHO** até ouvir "CLIQUE". **MANTER** pressionado 10 segundos. **RETIRAR** e **MASSAJAR**.



LIGAR 112.

SE SUSPEITAR QUE PODERÁ TER CONTACTADO COM O ALERGÉNIO e/ou SE OCORRER INÍCIO SÚBITO DOS SEGUINTE SINTOMAS:

SINTOMAS LIGEIROS

 NARIZ Comichão no nariz, pingos, espirros	 BOCA Comichão na boca	 BARRIGA Náuseas/enjooos ligeiros ou desconforto	 PELE Algumas borbulhas ou comichão
--	--	---	---

1. Tomar antihistamínico/corticoide se estiverem prescritos
2. Vigiar de perto e avisar o contacto de emergência
3. Se agravar, INJECTAR ADRENALINA e LIGAR 112

SINTOMAS GRAVES

 RESPIRAÇÃO Falta de ar, chiadeira, tosse persistente	 CIRCULAÇÃO Palidez ou pele azulada, tonturas/desmaio	 GARGANTA Aperto, rouquidão, dificuldade em engolir	 BOCA Inchaço significativo dos lábios ou língua
 PELE Comichão no corpo todo, vermelhidão, muitas borbulhas	 BARRIGA Vômitos ou diarreia intensos	 OUTROS Ansiedade, confusão	OU UMA COMBINAÇÃO de sintomas de vários órgãos

1. INJECTAR ADRENALINA IMEDIATAMENTE
2. LIGAR 112: avisar que está a ocorrer uma **ANAFILAXIA**
3. DEITAR no chão com as pernas elevadas OU **SENTAR** se tiver falta de ar ou estiver a vomitar
4. Tomar as OUTRAS MEDICAÇÕES receitadas (antihistamínico/corticoide e inalador da asma se tiver falta de ar/tosse)
5. ALERTAR contactos de emergência

6. Plano de Ação da Anafilaxia Brasil adaptado da FARE®

A Anafilaxia Brasil, é um canal criado pela Associação Brasileira de Alergia e Imunologia – ASBAI – para informação e suporte para pacientes e familiares portadores de anafilaxia. Disponibiliza uma versão adaptada do Plano de Atendimento a emergências anafiláticas da instituição americana FARE®, em duas páginas, para download em português.

Figura 38: Plano de Ação da Anafilaxia Brasil adaptado da FARE®

PLANO DE AÇÃO EM CASO DE ANAFILAXIA

Nome do paciente: _____

Contatos (nome e telefone): _____

SOU ALÉRGICO A _____

A anafilaxia é uma reação aguda, muito rápida que em poucos minutos pode matar. Assim, é muito importante usar a medicação correta aos primeiros sintomas. Se você já teve um quadro de anafilaxia, deve saber reconhecer os sintomas e usar a adrenalina autoinjetável assim que começar uma próxima crise. E lembre-se: essa próxima crise não será necessariamente igual à anterior (pode ser igual, mais fraca ou mais forte). Não deixe de levar sua caneta de adrenalina onde quer que você vá e tenha sempre duas ao seu dispor, pois caso os sintomas persistam, você poderá usar a segunda dose em 5-10 minutos.

RECONHEÇA OS SINTOMAS DA ANAFILAXIA:

SINTOMAS GRAVES

- **PULMÃO:** dificuldade para respirar, tosse seca e repetitiva, chiado.
- **CARDIOVASCULAR:** palidez ou cianose (pele meio azulada), desmaio, tontura.
- **GARGANTA:** sensação de aperto na garganta, rouquidão, cornagem (barulho grosseiro ao respirar); se bebê: choro rouco, "tosse de cachorro".
- **CAVIDADE ORAL:** intenso edema (inchaço) de língua e lábios.
- **PELE:** vermelhidão intensa no corpo todo com muita coceira e/ou placas de urticária aparecendo na maior parte do corpo, de maneira rápida (em alguns minutos).
- **TRATO DIGESTÓRIO:** diarreia persistente, com cólicas e vômitos.
- **SISTEMA NERVOSO:** sensação de "cabeça vazia" (ficar ouvindo sons como se estivesse longe); ansiedade, agitação; se bebês: criança molinha, sem muita reação ou extremamente agitada

Na grande maioria dos casos esses sintomas ocorrem combinadamente, mas se você tem certeza (ou uma forte probabilidade) que teve contato com o agente causador da anafilaxia, mesmo se os sintomas forem isolados há uma grande chance de ser mesmo uma reação alérgica do tipo anafilática.

SINTOMAS MODERADOS

- **TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR:** nariz coçando, espirros, coriza, olhos avermelhados e coçando
- **CAVIDADE ORAL:** discreto edema de lábios, coceira na boca, discreta vermelhidão à volta da boca.
- **PELE:** aparecimento de placas de urticária de forma esparsa pelo corpo, com coceira não muito intensa.
- **TRATO DIGESTÓRIO:** apenas náusea e sensação de desconforto abdominal

AJA O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL!

SINTOMAS GRAVES

- 1- Use imediatamente sua adrenalina autoinjetável.
- 2- Chame ajuda. Acione o SAMU (192)
- 3- Deite-se e se possível levante as pernas (por exemplo, deite-se no chão com as pernas sobre o sofá)
- 4- Não se levante! Nem mesmo para ir ao hospital. Alguns casos de parada cardíaca ocorrem quando a pessoa se levanta antes de estar estabilizada. Vire a cabeça de lado em caso de vômito. Se diarreia, NÃO se levante nem para ir ao banheiro.
- 5- Assim que possível use o Anti-Histamínico _____ nas dose _____ e o corticoide _____ na dose _____
- 6- Se estiver com tosse, chiado e/ou falta de ar, use o broncodilatador _____ na dose _____ assim que possível.
- 7- Se não estiver melhor em 5-10 minutos, use a segunda dose de adrenalina.
- 8- Procure o Pronto Socorro mais próximo assim que possível. Todo paciente com anafilaxia deve ser observado por pelo menos 4 horas, pois os sintomas podem voltar.

SINTOMAS MODERADOS

- 1- Chame ajuda, alguém próximo que possa tomar uma atitude caso você piore.
- 2- Observe cuidadosamente seus sintomas para ver a progressão. A qualquer momento, caso sintomas piores: use a adrenalina autoinjetável.
- 3- Em caso de sintomas nasais /ou cutâneos, use o Anti-Histamínico _____ na dose _____ e o corticoide _____ na dose de _____
- 4- Em caso de náusea, use : _____, na dose: _____

(Adaptado de: Food Allergy Research & Education® -FARE)

⁵³ Disponível em: <https://www.spaic.pt/publicacoes-folhetos?id=58>

⁵⁴ Disponível em: http://www.anafilaxiabrasil.com.br/artigos-pdf/art_id_93.pdf

Informações importantes:

Os Planos de Ação devem ser revisados toda vez que a criança/adolescente seja reavaliada (o) por seu médico, quando obtêm uma nova prescrição de autoinjeter de adrenalina, que ocorre aproximadamente a cada 12 a 18 meses. Se não houver mudanças no diagnóstico ou forma de condução, as informações não precisam ser atualizadas. Porém, se o paciente for criança, a foto deve ser atualizada a cada vez, para que possam ser facilmente identificados.

Os Planos de Ação para Anafilaxia podem ser usados para pessoas com alergia a alimentos, insetos e medicamentos, ou qualquer outra alergia que possa resultar em uma reação alérgica grave (anafilaxia).

Autoinjetores de adrenalina contêm uma dose única fixa do medicamento e foram projetados para serem usados por qualquer pessoa (leiga treinada), incluindo amigos, professor, auxiliares, pais ou pelo próprio alérgico (se ele tiver maturidade para administrar e se não estiver com sintomas muito graves que o impeça, de fazê-lo).

Em geral, é recomendado que as pessoas que têm um autoinjeter de adrenalina também usem algum emblema de identificação médica (pulseira, cordão ou um cartão) para facilitar o atendimento a emergências.

O Plano de Ação da criança não deve ser a única ferramenta utilizada pela escola, na verdade deve ser usado como parte de um plano de manejo de alergias e anafilaxia abrangente que inclui: educação continuada dos funcionários, informações ao pares da criança alérgica; treinamento dos funcionários para identificação e atendimento de reações alérgicas; desenvolvimento de estratégias para reduzir o risco de exposição acidental. Todas essas ações serão descritas no próximo módulo do curso.

O que é um Plano de Emergência?

Além do Plano de ação da criança, a escola precisa ter um Plano de emergência para reações alérgicas, um plano genérico que contemple todos tipos de alergia, e que seja de conhecimento de todos funcionários. Também é essencial que os profissionais da escola sejam capacitados em primeiros socorros anualmente (Lei Federal nº 13.722/2018 – “Lei Lucas”).

Quem deve elaborar o Plano de Emergência de alergia na escola?

De acordo com SILVA (2019), todo modelo de saúde na escola pressupõe articular educação e saúde, de modo que, enfermeiros/outras profissionais de saúde devam trabalhar em conjunto com gestores escolares e demais funcionários na criação de protocolos, dividindo responsabilidades, melhorando a comunicação entre familiares, comunidade escolar e médico da criança, no sentido de orientar ações de forma segura e inclusiva.

Além do Plano de Emergência de alergia, a escola deverá ter um planejamento para gerenciar os riscos às crianças alérgicas, afim de mitigá-los. Este tema será abordado no próximo módulo.



Teste seus conhecimentos:

1. Quem deve preencher o Plano de Ação da criança alérgica?
 - a) O enfermeiro da escola e os professores;
 - b) Os pais/responsáveis pela criança;
 - c) Somente o médico que assiste a criança;
 - d) Nenhuma das respostas anteriores.

2. Com que frequência um Plano de Ação precisa ser atualizado?
- a) a cada 12 meses
 - b) a cada 06 meses, ou caso exista uma prescrição nova
 - c) a cada 12 a 18 meses, ou caso exista uma prescrição nova
 - d) Não é necessário atualizar, uma vez prescrito serve para vida toda.
3. Marque (V) para verdadeiro e (F) para falso:
- () A verificação das datas de vencimento das canetas deve ser um hábito comum a todos, além das precauções com o armazenamento da medicação.
 - () Os Planos de ação devem fornecer informações sobre o manejo de reações leves e moderadas e anafilaxia.
 - () O Plano de Ação deve estar sempre junto das canetas auto injetoras de adrenalina.
 - () Se o aluno alérgico tiver um Plano de Ação a escola não precisa ter um plano de emergência.
 - () Os Planos de Ação para anafilaxia são exclusivos para uso em casos de anafilaxia por alergia alimentar.



Para ajudar na reflexão:

1. Os funcionários da escola ficariam mais seguro se tivesse um Plano de Emergência para casos de alergia e anafilaxia?
2. Quem poderia me auxiliar na construção desse Plano?



Materiais complementares:

Modelos de Planos de ação para download gratuito:

- ASCIA, Sociedade Australiana de Alergia e Imunologia:
<https://www.allergy.org.au/schools-childcare>
- FARE: <https://www.foodallergy.org/living-food-allergies/food-allergy-essentials/food-allergy-anaphylaxis-emergency-care-plan>
- Anafilaxia Brasil- Plano de Ação adaptado da FARE:
http://www.anafilaxiabrasil.com.br/artigos-pdf/art_id_93.pdf



Referências Consultadas:

- “GUIA DE PLANO DE AÇÃO POR ESCRITO DE EMERGENCIA EM ALERGIA E ANAFILAXIA” DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2017.v7n2-06> Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v7n2a06.pdf>
- Silva, Carlos dos Santos. Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2019. 170 p. (Coleção Fazer Saúde).
- Wang J, Sicherer SH, AAP SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY. Guidance on Completing a Written Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan [Internet]. Pediatrics. 2017 [citado em 31 mar. 2016];139(3):e20164005. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2017/02/09/peds.2016-4005.full.pdf>



6

Gestão de Riscos na Escola

Módulo 6 - Gestão de riscos na escola



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

1. Identificar as situações de risco para criança alérgica no ambiente escolar
2. Criar estratégias para envolver a família e a criança no cuidado
3. Elencar ações de prevenção de riscos na escola
4. Conhecer o papel de cada profissional dentro da escola no contexto da alergia alimentar.
5. Como registrar um incidente com alergia alimentar ou anafilaxia na escola

Neste módulo abordaremos as estratégias sugeridas pela ASBAI, SBP e por entidades reconhecidas de outros países como Estados Unidos e Austrália, para redução de riscos para a criança alérgica na escola de forma consistente com as legislações vigentes.

Estas ações buscam proteger a saúde física e emocional dos alunos com alergia alimentar e de suas famílias, com objetivo de fornecer informações, e dar subsídios para estabelecer condutas para gestão do cuidado seguro da alergia alimentar em escolas, reduzindo o risco de reações alérgicas e melhorando o atendimento para evitar desfechos trágicos.

São Boas Práticas para a gestão segura da alergia alimentar na escola:

1. Estabelecer uma liderança para gerenciar a alergia na escola

Sugere-se que cada escola/creche tenha um Plano de Prevenção e Gestão de Alergias Alimentares – que chamaremos de PPGAA e cada aluno deve ter seu Plano de Ação individual, conforme aprendemos no módulo anterior.

E para criação deste Plano, é importante que estruture um Comitê Escolar de Segurança e Prevenção de Alergias, que denominaremos de CESPAA, com a sugestão de participação dos seguintes atores:

- Direção;
- Coordenação pedagógica;
- Professores e auxiliares;
- Nutricionista escolar (obrigatório pela Lei Federal nº 7.846/2018, que orienta que as redes pública e privada de ensino mantenham um profissional da área de nutrição registrado no conselho da categoria em cada unidade escolar – para elaborar o cardápio para as refeições dos estudantes);
- Enfermeiro escolar (se houver);
- Técnicos de enfermagem (se houver);
- Pediatra (se houver);
- Psicólogo (obrigatório pela Lei Federal nº 13.935/2019, que garante atendimento de psicólogo a alunos de escolas públicas).

Esta equipe será responsável por gerenciar a alergia, construir um Plano de Prevenção, estar atento a novas Leis, Políticas e diretrizes que abrangem a alergia alimentar e segurança do escolar. Além de se certificar do cumprimento do PPGAA por todos os funcionários e alunos da escola.

Parcerias também são necessárias para o gerenciamento de qualquer condição crônica de saúde. Deve ser feita entre a escola, profissionais de saúde (da própria escola ou do Posto de Saúde da Família da região), as crianças, suas famílias e o alergista ou outro médico que acompanhe.

A seguir serão descritas as possibilidades de atuação de cada profissional dentro do cenário da alergia alimentar na escola/creche.

Enfermeiro escolar:

- Prestar assistência integral a família e a criança alérgica;

- Orientar aos pais e familiares frente as dificuldades vividas e as possibilidades de cuidados;
- Certificar se de que todas documentações de saúde da criança alérgica estejam devidamente preenchidas e atualizadas;
- Treinar toda a equipe em primeiros socorros;
- Supervisionar diariamente o manejo da alergia alimentar pelos funcionários;
- Criação e monitoramento do Plano de Prevenção em conjunto com a nutricionista escolar e a equipe de educação;
- Realizar a interface entre as famílias e os funcionários;
- Manter contato com médico assistente da criança quando necessário, a fim de estreitar laços e se informar sobre as peculiaridades do caso clínico da criança em questão;
- Para os alunos que tenham condição de fazer auto administração da adrenalina, avaliar regularmente sua capacidade de realizar esta tarefa.
- Preencher relatório de incidentes, quando houver algum na escola (ver Apêndice II); e analisar como ela se deu, levando os fatores contribuintes, identificando maneiras de que novo evento não aconteça;
- Auxiliar o planejamento de segurança das atividades extra curriculares;
- Manter-se atualizado quanto as melhores práticas para o manejo da alergia alimentar;
- Aconselhar a equipe a encaminhar os alunos à enfermeira da escola quando os sintomas de alergia alimentar ou efeitos colaterais interferirem nas

atividades escolares, para que os serviços médicos e educacionais possam ser coordenados adequadamente.

- Ensinar o aluno com alergia alimentar sobre seu autocuidado e ajudar a desenvolver auto gestão da alergia;

Nutricionista escolar:

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), caracterizado como a política pública de segurança alimentar e nutricional de maior longevidade do país, consolidou o nutricionista como Responsável Técnico e importante ator social para o êxito da alimentação escolar. Atualmente, as normativas que determinam os princípios e as diretrizes da política são a Lei 11.947/2009 e a Resolução CD/FNDE nº 26/2013.

O PNAE tem por objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de práticas alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que cubram as suas necessidades nutricionais durante o período letivo.

Ao nutricionista cabe:

- A realização de diagnóstico do estado nutricional dos estudantes;
- Planejamento, elaboração, acompanhamento e avaliação do cardápio da alimentação escolar, garantindo as adaptações necessárias para que todos nutrientes sejam ofertados;
- Capacitação da equipe de cozinha, copa e lanchonete a fim de evitar contaminação cruzada no preparo dos alimentos;
- Controle de qualidade higiênico sanitário;

- Coordenação e realização de ações de educação alimentar e nutricional;
- Orientações às famílias;

Psicólogo escolar:

A alimentação está culturalmente presente em nossa vida, quando nos reunimos, confraternizamos, quando pensamos no cardápio e organizamos o dia em torno do que vamos comer.

Muitas das vezes alguns hábitos são indicadores do momento de vida do sujeito, como por exemplo quando há perdas familiares, dificuldades na escola, conflitos nos relacionamentos, mudanças na vida que não se consegue processar tão facilmente e acaba impactando na forma que nos relacionamos com a alimentação: comendo compulsivamente, ou deixando de comer, sendo seletivo, optando por alimentos não funcionais, mas que produzem satisfação e prazer imediatos.

Cabe ao psicólogo escolar:

- Acompanhar o aluno, a família, analisar o comportamento alimentar;
- Dar suporte aos profissionais de educação na perspectiva de ser um agente de mudanças, incluindo o impacto da alergia alimentar no processo de ensino-aprendizagem, na relação professor-aluno, nas relações entre os colegas de turma, a fim de prevenir, detectar e agir na ocorrência de bullying.
- Acompanhar as mudanças sociais que estão ocorrendo, afim de dar suporte às situações cotidianas e desfocando a atenção sobre as dificuldades da alergia alimentar, propiciando uma visão mais global e mais compreensiva deste cenário, procurando considerar todos os seus aspectos e, conjuntamente, encontrar formas alternativas de enfrentá-lo.

Pediatra (da escola):

- Manter-se atualizado quanto as condutas médicas para o manejo da alergia alimentar e compartilhar os conhecimentos com o enfermeiro e demais profissionais de educação;
- Apoiar as práticas de gestão da alergia na escola;
- Manter contato com médico assistente da criança quando necessário, a fim de estreitar laços e se informar sobre as peculiaridades do caso clínico da criança em questão;
- Orientar familiares;
- Estar atento a prescrição médica da criança e orientar demais profissionais de saúde da escola;
- Prescrever medicações em casos de episódios de alergia/anafilaxia na escola (caso aluno não tenha prescrição);
- Prestar atendimento de emergência;
- Contactar os pais e prestar informações sobre episódios de alergia/anafilaxia na escola;
- Certificar-se que o Plano de Emergência da escola abrange todos os tipos de alergia, não só a por alimentos;

Gestor escolar/coordenadores:

- São os responsáveis por nomear a equipe qe irá compor o Comitê de Prevenção;

- A escola deve manter a ficha de saúde do aluno alérgico atualizada e dar publicidade a ela, para que todos funcionários que lidam com a criança tenham acesso às informações detalhadas sobre o alimento (e seus derivados) responsável pela reação alérgica naquele estudante.
- Prover recursos para a implementação do Plano de Prevenção e garantir sua implementação.

Professores e auxiliares:

- Estabelecer uma relação de transparência e confiança com as famílias;
- Avisar a família com antecedência quando houverem comemorações/festividades na escola que envolvam alimentos, para que a coordenação da escola juntamente com a família possa se organizar e planejar a alimentação da criança sem que ela fique excluída da comemoração.
- No caso de entrega de brindes e lembranças com alimentos que possam ser entregues por outras famílias, orientar sobre a criança alérgica e a importância dela também receber a lembrancinha.

Inspetores:

- Devem ficar atentos às crianças alérgicas principalmente na hora do recreio para que se evite o risco de ingestão ou contato acidental;
- Sinalizar imediatamente a equipe de educação ou ao enfermeiro escolar, caso presencie situações constrangedoras, como a prática de bullying por parte dos colegas.

Famíliares da criança alérgica:

- Os pais tem a obrigação de fornecer à escola, antes do início de cada ano letivo, a documentação médica do seu filho que comprove o diagnóstico de alergia alimentar, explicando os possíveis sintomas em caso de reação, a potencial gravidade dessa reação alérgica, inclusive o risco de anafilaxia e o tratamento em cada uma dessas condições.
- A ASBAI (2018) recomenda que a escola exija atestado a cada seis meses para atualizar sobre a evolução da saúde da criança em relação à alergia. A família também deve entregar um Plano de ação com a prescrição médica das medicações que devem ser administradas e as respectivas dosagens em caso de alergia e em caso de anafilaxia.
- Neste Plano, conforme abordado no módulo anterior, em caso de necessidade de remoção hospitalar, a instituição de ensino deve ter acesso às informações como: convênio e hospitais e os contatos da família para caso de emergência.
- Etiquetar os materiais de uso pessoal da criança, para tentar evitar trocas, como garrafinhas, lancheira e potes, identificando com o nome da criança, e de preferência com um lembrete sobre a alergia e o nome do alimento que é alérgico. É recomendável que os itens sejam lavados em casa a fim de evitar contaminação.

2. Treinamento para resposta às emergências na escola

Capacitar anualmente em noções básicas de primeiros socorros professores e funcionários, conforme previsto na Lei Federal nº 13.722 de 04 de outubro de 2018, a “Lei Lucas”, que torna esse procedimento obrigatório no país para estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil.

Além de treinar os funcionários que lidam diretamente com a criança alérgica a administrar epinefrina quando não houver ou não estiver presente e disponível o enfermeiro escolar ou médico.

3. Educação continuada para manejo das alergias

Promover educação continuada das equipes para que todos se envolvam no processo e saibam sua função e importância em cada situação, prevenindo os riscos de forma coordenada com o Plano de Prevenção e Gestão de Alergias Alimentares da instituição.

4. Promover a educação dos alunos e familiares sobre alergia a fim de incluir e evitar o Bullying

Uma assistência segura na escola depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e de educação, gestores escolares, familiares, e principalmente entre as crianças alérgicas e seus pares, garantindo de forma completa, a propagação de informações que irão favorecer a continuidade do cuidado que a criança recebe em casa, evitando o bullying e a desinformação entre os funcionários (Vale et al., 2013, 2015).

A escola precisa otimizar a comunicação com a turma e explicar sobre os cuidados que devem ter com a criança que tem alergia ao alimento. Desenvolver atividades educativas que estimulam o cuidado, a generosidade e a cooperação. O cuidado com as palavras e frases para não rotular a criança com alergia alimentar. Nunca se deve isolar a criança com alergia alimentar durante as refeições.

Nas atividades coletivas como as aulas de culinária devem adaptar os ingredientes que serão usados nas receitas para que toda criança possa participar, inclusive as que têm múltiplas alergias. Com apoio da nutricionista, é possível substituir os ingredientes das receitas de forma que fique saboroso, nutritivo e inclusivo.

Como desenvolver um Plano de Prevenção para sua escola?

Durante um dia escolar normal, a criança alérgica entra em contato com muitos adultos - professores, diretores, auxiliares, funcionários da lanchonete/cozinha, funcionários de transporte e inspetores. Todos eles podem e devem fazer parte de um plano para ajudar a proteger a criança de alérgenos potencialmente fatais.

Pense no Plano de Prevenção para a criança alérgica como uma parceria - um compromisso entre gestores, funcionários da escola e familiares, a fim de proteger e prover o bem-estar do aluno.

Antes do início do ano letivo (assim que a criança for matriculada), faça uma reunião com os familiares e profissionais que lidarão diretamente com a criança. Se for necessário, permita que a criança também participe da reunião, para que entenda que os professores vão ajudar. Descubra se algum professor ou funcionário já recebeu treinamento para administrar medicamentos no caso de uma reação anafilática.

Pergunte a família sobre o Plano de Ação em casos de emergência da criança e demais documentações médicas. Deixe claro para a família, quem irá lidar diretamente com o aluno e quem são os profissionais mais preparados para agir em uma situação de emergência da sua equipe. Garanta que haja sempre mais de uma pessoa treinada por turno. E informe a família como a escola pretende proceder caso aconteça um contato/ingestão acidental, conforme o Plano de Prevenção estabelecido na sua escola, isso dará mais segurança aos familiares.

Se você não for capaz de oferecer na escola uma alimentação livre do alérgeno que a criança possui alergia, converse honestamente com a família e a nutricionista e crie estratégias efetivas, como por exemplo, permitir que a criança coma apenas os alimentos que a família envia para a escola.

Se a criança alérgica for muito sensível a determinado alimento, estude a possibilidade de tornar a sala de aula dele uma zona totalmente livre de alérgenos, conversando com as demais famílias a fim de que colaborem e não enviem alimentos que contenham o alérgeno, pois as crianças podem compartilhar algo ou tocar a pele do aluno, o que pode causar uma reação fatal dependendo do caso. Talvez você se surpreenda com a empatia e colaboração de outras famílias, não custa tentar!

Não esqueça de incluir no seu Plano de Prevenção (PPGAA) os cuidados necessários quando a criança estiver envolvida em atividades extracurriculares, ou situações que saiam da rotina escolar, como por exemplo passeios e viagens.

Como reduzir os riscos de alergia alimentar na escola?

Recomendações dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), 2013.

- É necessário criar estratégias para reduzir o risco de exposição a agentes causadores de alergia/ anafilaxia em salas de aula e áreas de uso comum, como refeitórios.
- Divulgar para toda comunidade escolar informações gerais sobre alergias alimentares com risco de vida;
- Antes do início das aulas, a família, coordenação escolar e professores devem se reunir para conversar sobre os cuidados necessários.
- É fundamental que a escola faça as adaptações necessárias do cardápio escolar.
- A escola deve informar toda a equipe e, se possível, aos pais dos demais colegas da sala de aula sobre as restrições da criança com alergia.
- Tomar os cuidados necessários para evitar a contaminação cruzada (ex.: mesa de lanche coletivo). Em caso de dúvida, nunca oferecer o alimento para a criança antes de entrar em contato com a família.

Nas Salas de aula:

- Evite o uso de materiais com os alérgenos em projetos de classe, festas e comemorações, artes, artesanato, experimentos científicos, culinária, lanches ou recompensas. Modifique os materiais da aula conforme necessário.
- Use incentivos que não sejam alimentos para fazer sorteios, premiações ou presentear como em “amigo secreto”.
- Incentive as crianças a lavar as mãos antes e depois das refeições.
- Tenha sempre por perto os autoinjetores de adrenalina da criança em casos de emergência e profissionais capacitados para usá-los.
- Ajude os alunos com alergias alimentares a lerem os rótulos dos alimentos fornecidos por outras pessoas para que possam evitar a ingestão de alérgenos alimentares ocultos.
- Crie estratégias para evitar o contato cruzado de alérgenos alimentares em almoços e lanches em sala de aula.
- Considere organizar assentos fixos para crianças alérgicas.
- Apoie os pais de crianças com alergia alimentar que desejam fornecer lanches seguros para seus filhos caso os pais não se sintam seguros ou a escola não seja capaz de garantir a segurança;
- Quando houver troca de professores, durante as aulas, promova um mecanismo de comunicação efetiva para que as informações sobre as crianças sabidamente com alergias alimentares sejam transmitidas a esse profissional.

Nos Locais destinados a alimentação:

- Incentive as crianças, funcionários da escola a lavarem as mãos antes e depois das refeições, mude os hábitos da sua escola!
- Higienize com frequência todas as mesas e cadeiras com água e sabão ou outros produtos de limpeza, principalmente antes de cada refeição.
- Considere ter mesas reservadas para crianças alérgicas a determinados alimentos durante as refeições (que seja acessível a qualquer criança que coma alimentos livres de alérgenos identificados).
- Com a cooperação dos pais, crie um procedimento padrão para identificar crianças com alergias alimentares. Por exemplo, uma ficha com uma foto recente de cada criança pode ser mantida em um local que não seja visível para outras crianças ou para o público.
- Dê acesso ao cardápio completo da escola (com detalhes dos ingredientes) aos pais das crianças alérgicas para os pais usarem no planejamento.
- Esteja disponível para compartilhar rótulos de alimentos, receitas ou listas de ingredientes usados para preparar refeições e lanches feitos na escola.
- Mantenha as informações de contato atualizadas de vendedores e fornecedores para que você possa obter informações sobre ingredientes alimentícios.
- Leia todos os rótulos dos alimentos e verifique novamente a cada compra para potenciais alérgenos alimentares.
- Designe uma área de preparação de alimentos segura para alérgenos.

- Guarde os rótulos dos alimentos de todos os alimentos servidos a crianças com alergias por pelo menos 24 horas após servir a comida, no caso da criança tem uma reação.
- Relate erros, como contato cruzado com um alérgeno ou erros na preparação (se utilizou ingredientes indevidos) imediatamente aos gestores escolares e aos pais.
- Tenha sempre por perto os autoinjetores de adrenalina da criança em casos de emergência e profissionais capacitados para usá-los.

No transporte escolar:

- Treine a equipe de transporte sobre como atuar em casos de emergências de alergia alimentar.
- Tenha sempre por perto os autoinjetores de adrenalina da criança em casos de emergência e profissionais capacitados para usá-los.
- Evite ao máximo que alimentos sejam consumidos em ônibus/vans escolares, exceto por crianças com necessidades específicas, como aquelas com diabetes.

Nas Atividades extra-curriculares e aulas de Educação física:

Em eventos escolares, excursões, atividades complementares antes ou depois do turno:

- Não exclua crianças com alergia alimentar de excursões, eventos, atividades extracurriculares, atividades de educação física ou recreio.

- Ao planejar uma excursão, descubra se o local é seguro para crianças com alergia alimentar.
- Identifique as necessidades especiais antes de viagens de campo ou eventos.
- Convide, mas não exija, pais de crianças com alergia alimentar para acompanhar seus filhos, além dos acompanhantes regulares.
- Embale as refeições e lanches de forma adequada para evitar a contato cruzado.
- Incentive as crianças a lavar as mãos antes e após manusear ou consumir alimentos.
- Tenha sempre por perto os autoinjetores de adrenalina da criança em casos de emergência e profissionais capacitados para usá-los.

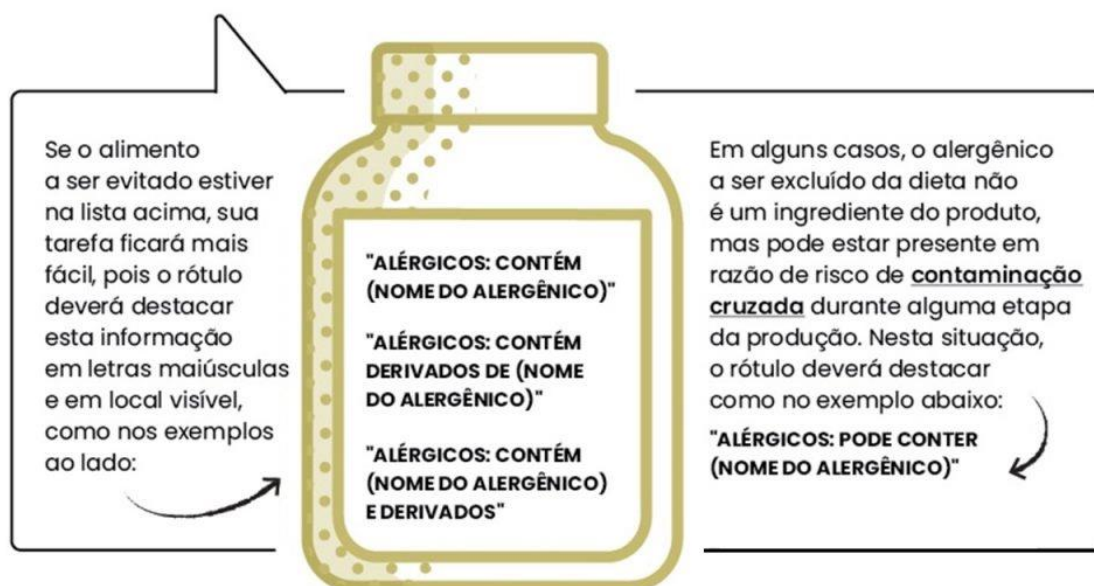
Como identificar os alérgenos nos rótulos?

Em casos de alergia e risco de anafilaxia por alimentos, todos que lidam com a criança alérgica devem ler com atenção os rótulos de alimentos industrializados, produtos de higiene, cosméticos e medicamentos. Devem ser treinados ao conhecimento da nomenclatura usada pela indústria alimentícia na composição dos produtos, e orientados a respeito de “alérgenos escondidos”, traços e de possíveis reações cruzadas com outros alérgenos.

De acordo com a Resolução nº 26/2015 da Anvisa (RDC 26/15), os rótulos dos alimentos industrializados devem destacar os principais alimentos que causam alergia: leite, soja, ovo, trigo, centeio, cevada, aveia, crustáceos, peixe,

amendoim, amêndoa, avelã, castanha de caju, castanha do brasil ou do pará, macadâmia, nozes, pecã, pistache, pinoli e castanhas⁵⁵ (Figura 39).

Figura 39: Como fazer a leitura dos rótulos



Fonte: Página Alergia Alimentar Brasil⁵⁶

Agora que você aprendeu como identificar os alérgenos nos rótulos dos alimentos industrializados, veja no Apêndice I um Checklist elaborado com a finalidade de auxiliá-lo a por em prática as principais medidas de prevenção de episódios de alergias ou anafilaxia na sua escola.

Como registrar um incidente envolvendo uma reação alérgica ou um episódio de anafilaxia na escola?

De acordo com a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (Brasil, 2014), incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao indivíduo.

⁵⁵ Informação disponível na página Alergia Alimentar Brasil, disponível em: <https://alergiaalimentarbrasil.com.br/dia-a-dia/no-mercado/>

⁵⁶ Imagem disponível em: <https://alergiaalimentarbrasil.com.br/dia-a-dia/no-mercado/>

Todos nós somos responsáveis por garantir um ambiente escolar seguro, feliz e saudável para todas as crianças, inclusive para as alérgicas. Em um mundo perfeito, você nunca teria que criar um relatório de incidente. Mas, como errar é humano, e os incidentes acontecem, nunca é uma má ideia estar preparado para qualquer situação - especialmente o inesperado.

Gestores escolares precisam estar preparados para agir em casos de incidentes nas alergias alimentares, bem como registrá-los da forma correta, pois dará respaldo a instituição. Este instrumento também ajudará a realizar investigações eficazes e garantir que incidentes semelhantes (ou mais sérios) não aconteçam novamente.

O que é um Relatório de Incidente?

Um relatório de incidente, no contexto da alergia alimentar, é um formulário para documentar todas as ocorrências de anafilaxia ou reações alérgicas, sejam elas leves, moderadas, graves ou até mesmo quase incidentes ("quase erro") que possam ter ocorrido no ambiente escolar. Um relatório de incidente deve ser concluído no momento em que ocorre um incidente, não importa o quão leve seja a reação alérgica.

No Apêndice II há um modelo de formulário com informações mínimas para o registro dos incidentes envolvendo alergia alimentar que você poderá implementar na sua escola. É importante que este documento fique anexado a Ficha de Saúde do aluno.



Teste seus conhecimentos:

1. O que deve ser feito para obter uma gestão segura da alergia alimentar na escola:
 - a) Estabelecer uma liderança para gerenciar a alergia na escola.
 - b) Treinamentos dos funcionários para resposta às emergências na escola e educação continuada para manejo das alergias .
 - c) Promover a educação dos alunos e familiares sobre alergia a fim de incluir e evitar o Bullying.
 - d) Todas as respostas anteriores.

2. Marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso sobre o que os pais devem fornecer a escola:
 - () Plano de ação individual da criança com prescrição médica atualizada;
 - () Atestado médico para atualizar sobre a evolução da saúde da criança em relação à alergia;
 - () Toda alimentação da criança durante o horário escolar;
 - () Informações sobre p convênio médico e os contatos da família para caso de emergência.

3. Em quais situações a criança alérgica corre mais risco na escola?
 - a) Em atividades extracurriculares e outras fora da escola;
 - b) Quando ocorrem mudanças na equipe (troca de auxiliares ou professores);
 - c) Nos momentos de alimentação;
 - d) Todas as respostas anteriores.



Para ajudar na reflexão:

1. Quem precisa estar envolvido nesse planejamento de prevenção de riscos na escola?
2. Na sua escola os utensílios da cozinha são separados para o preparo dos alimentos das crianças alérgicas?
3. O que você poderia fazer para auxiliar nesse planejamento?



Materiais complementares:

- **Vídeo 1:** Fiocruz- Ligado em Saúde - Alergia Alimentar⁵⁷



⁵⁷ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/ligado-em-saude-alergia-alimentar>

▪ Guia de compras no mercado da Alergia Alimentar Brasil⁵⁸



Referências Consultadas:

- Alimentação e nutrição nos ciclos da vida / Fernanda Scherer Adami, Simara Rufatto Conde (Orgs.) - Lajeado: Ed. da Univates, 2016.
- ANDALO, Carmem Silvia de Arruda. O papel do psicólogo escolar. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 43-46, 1984. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931984000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931984000100009>.
- Atuação do enfermeiro frente à criança com alergia a proteína do leite de vaca: uma revisão bibliográfica. <https://doi.org/10.25248/REAenf.e2183.2020> Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/2183/1299>
- Atuação do Nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar na Região Sul do Brasil. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.09622016> Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/563-574/pt/#>

⁵⁸ Disponível em: https://alergiaalimentarbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/02/Folheto_mercado_AAB_OK.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Cartilha da Alergia Alimentar – Pró-Teste e Põe no Rótulo, 201x
- Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2013.
- Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente. Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2018. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Modelo-de-informacoes-minimas_prova2%20\(1\).pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Modelo-de-informacoes-minimas_prova2%20(1).pdf)
- Silva K. L. R.; DinizV. F.; dos SantosA. A.; SiqueiraG. M.; ResendeM. A. Atuação do enfermeiro frente à criança com alergia a proteína do leite de vaca. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 2, p. e2183, 15 fev. 2020.



7

Trabalho Final:
Construindo uma proposta para sua escola

Módulo 7- Trabalho final – construção de proposta para escola



Após esse estudo, você deverá ser capaz de:

Você chegou ao fim deste curso, e para fixar melhor as informações, faremos uma atividade que você aplicará os conhecimentos que adquiriu e terá a oportunidade de otimizar o planejamento para mitigar os riscos para criança com alergia alimentar na sua escola.

ROTEIRO

RESPONSÁVEL PELA PROPOSTA: _____

TUTOR: _____

ESCOLA: _____

FUNÇÃO NA ESCOLA: _____

TEMA DO PROJETO: O Cuidado Seguro da criança com alergia alimentar na escola (nome da sua escola).

1. O que queremos? (Propósito / objetivo)
2. Por que queremos? (Justificativa – a importância)
3. O que temos que fazer? (estratégias)
4. O que precisaremos para implementar essas ações? (recursos físicos e materiais)
5. Como vamos fazer? (etapas/prazo/cronograma)

6. Quais hábitos precisam ser modificados na minha escola e quais soluções você teria? (Liste)

HÁBITOS QUE PRECISAM SER MODIFICADOS		SOLUÇÕES
1		
2		
3		
4		
5		

7. Produto Final:

Agora você precisa enviar esse projeto pela plataforma e apresentar de forma sucinta a proposta que elaborou para sua escola aos seus colegas de turma no nosso encontro virtual. Esta etapa é importante para que todos exponham suas ideias, troquem conhecimentos e aperfeiçoem seu planejamento.

Aguardamos você no nosso encontro virtual!

Até lá!

OUTRAS REFERÊNCIAS UTILIZADAS

- Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro.Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p. [Internet] [Acesso em 10 de jan. de 2018]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirossocorros.pdf>
- Cunha, J.B. Uso criterioso de medicamentos na creche e nas escolas. Departamento Científico de Saúde do Escola. Comitê de Saúde do Escolar da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – 2011.
- Mato Grosso. Secretaria de Estado de Educação. Manual de procedimentos das boas práticas para o serviço de alimentação e nutrição escolar/SEDUC_MT. Organizado por Rosina Stefanello, Lizia Soares Penido e layde Emilia Costa Marques. Cuiabá: KCM Editora, 2014.
- Minozzo, E.L., Ávila, E.P. Escola Segura Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros. Porto Alegre, RS: AGE, 2006
- Rede Nacional da Primeira Infância. Plano Nacional da Primeira Infancia. Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância. Mapeamento da Ação Finalística Evitando Acidentes na Primeira Infância.Instituto da Infância. Agosto, 2014.
- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Educação. Subsecretaria de Ensino. Orientações para profissionais de Educação Infantil – 2010.
- São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas/ Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 129p.
- Zuberi SM, Symonds JD. Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. J Pediatr (Rio J). 2015; 91:S67-77. {[Internet]. [Acesso em 03 de abr. de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s67.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CHECKLIST 12 PASSOS PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA COM ALERGIA ALIMENTAR E RISCO DE ANAFILAXIA NA ESCOLA

Estudante: _____ Série: _____ Turma: _____

Atenção! Esse checklist não substitui a Ficha de Saúde do Aluno, onde deverão também ser registradas as informações sobre alergias.

Passos	Ações	Marque quando concluído 
1	Fornecer aos pais Ficha de Saúde do aluno completa com campos para informar sobre as alergias.	
2	Os pais forneceram informações para escola sobre os riscos do aluno com risco de anafilaxia.	
3	Os pais forneceram à escola autorização para entrar em contato com o médico do aluno em casos de Alergias graves - informações do formulário do médico.	
4	Feito reunião com os pais para discutir e apoiar o manejo seguro da criança alérgica na escola.	
5	Estratégias de minimização de riscos desenvolvidas e documentadas pela escola - PPGAA .	
6	Os pais forneceram à escola um Plano de Ação individual conforme modelo sugerido pela SBP ou ASBAI para Anafilaxia, concluído e assinado pelo médico assistente da criança.	
7	Feito cópias do Plano de ação individual do aluno em casos de alergias e anafilaxia e disponibilizado aos funcionários e colocado em locais acessíveis.	
8	Estratégia de comunicação efetiva entre os funcionários desenvolvida e implementada.	
9	Treinamento anual da equipe de educação em primeiros socorros conforme Lei Federal nº13.722/2018.	
10	Treinamento regular sobre uso da caneta auto injetora de adrenalina pelos profissionais mais próximos da criança (recomenda-se ter sempre 3 pessoas treinadas ou mais por turno).	
11	Atualização dos contatos de emergência, mapeamento dos hospitais mais próximos por escrito e afixado em locais acessíveis a todos.	
12	Estabelecer procedimento padrão para registros em relação a episódios de alergias e anafilaxia e acidentes, além de condutas tomadas.	

Data: ____/____/____. Responsável da escola: _____

**APÊNDICE II – MODELO DE FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INCIDENTES COM
ALERGIA ALIMENTAR OU ANAFILAXIA NA ESCOLA – Página 1**

RELATÓRIO DE INCIDENTES COM ALERGIA ALIMENTAR OU ANAFILAXIA NA ESCOLA	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO	
Nome:	
Idade:	Sexo: () F () M Série: Turma:
TIPO DE INCIDENTE:	
() Quase-erro – foi identificado o alérgeno antes que entrasse em contato com a criança () Ingestão/Contato acidental com alérgeno que não causou reações () Reação alérgica leve ou moderada () Reação alérgica grave () Anafilaxia () Óbito	
Data da ocorrência:	Horário:
Momento do incidente:	
Local do incidente:	
Alérgeno(s) envolvido(s):	
Houve algum fator contribuinte? () SIM () NÃO	
Se SIM, descreva:	
Providências tomadas:	
O aluno foi removido? () SIM () NÃO	
Se SIM, como foi feito? () SAMU () Bombeiros () veículo próprio da escola () veículo de funcionário () Pais () Seguro escolar	
Desfecho:	
Outras informações relevantes:	
Reportado por:	

APÊNDICE II – MODELO DE FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INCIDENTES COM ALERGIA ALIMENTAR OU ANAFILAXIA NA ESCOLA – Página 2

Orientações para Preenchimento:

- Momento do incidente: o momento em que aconteceu. Exemplo: durante o lanche, recreio, na hora da aula, etc.
- Local do incidente: Local onde ocorreu a ingestão/contato ou inalação do alérgeno.
- Alérgeno envolvido: alimento que a criança apresenta alergia.
- Houve algum fator contribuinte?: listar o que resultou ou facilitou a ocorrência da reação alérgica/anafilaxia.
- Providências tomadas: o que a escola fez, descreva todas as ações cronologicamente.
- Desfecho: como terminou essa ocorrência, a criança foi removida, foi aplicada adrenalina na escola, ela obteve melhora ou piora dos sintomas, etc.
- Outras informações relevantes: se houver alguma outra informação que não foi relatada acima descreva nesse campo.
- Reportado por: quem participou do atendimento desta ocorrência deve assinar essa ficha.

Fonte: Andrade, Brum, 2020.

APÊNDICE III – INFOGRÁFICO: ELIMINE O CONTATO CRUZADO DO AMBIENTE ESCOLAR



ELIMINE O CONTATO CRUZADO NO AMBIENTE ESCOLAR

Juntos pelo Cuidado Seguro da criança com alergia alimentar!

O que é contato cruzado?



O contato cruzado ocorre quando há transferência acidental, direta ou indireta, aos alimentos, de contaminantes físicos, químicos ou biológicos prejudiciais à saúde humana, principalmente através de manipuladores, vetores, superfícies, utensílios, equipamentos ou outros alimentos, durante os processos de cultivo, produção, manipulação, processamento, preparação, tratamento, armazenamento, embalagem, transporte, conservação ou serviço.

Como evitar na sua escola?

- Não prepare alimentos com o alérgeno junto aos alimentos sem alérgeno.
- Os utensílios para preparo dos alimentos sem o alérgeno devem ser separados.
- Não utilize a mesma esponja para lavar utensílios sem o alérgeno, separe uma exclusiva para este fim.
- Prefira materiais de vidro e inox, evite recipientes e utensílios de plástico, pois podem ser porosos e armazenar as proteínas do alimento que a criança tem alergia.
- Se o alimento a ser oferecido precisar ficar na geladeira, mantenha-o com uma tampa para que não ocorra contato acidental.



Um pouquinho pode fazer mal.

- Colabore para que a dieta de exclusão seja seguida corretamente.
- Crianças que apresentam reações alérgicas alimentares graves podem chegar ao quadro de anafilaxia em poucos minutos, com risco de morte.

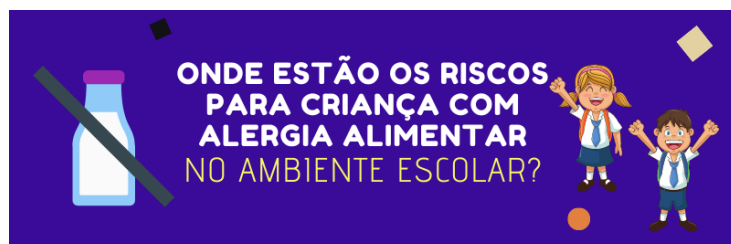
Escolas/creches que fornecem refeições, com auxílio de uma nutricionista podem optar por um cardápio sem alérgenos para todas.

Cuidado Seguro

@LABQUALISEGUFF



APÊNDICE IV – INFOGRÁFICO: ONDE ESTÃO OS RISCOS PARA CRIANÇA COM ALERGIA ALIMENTAR NO AMBIENTE ESCOLAR?



ATIVIDADES EM SALA DE AULA

Planeje as atividades e
Confira sempre o rótulo, verificando a
composição dos materiais utilizados

- Giz, massinha de modelar, bexigas, tintas podem conter a proteína do leite de vaca e glúten.



PASSEIOS ESCOLARES

Planeje com antecedência

- Envolve a família no planejamento e cardápio a ser oferecido.

LAVAGEM DAS MÃOS

Lave suas mãos e as mãos
da criança alérgica

- Antes e após as refeições;
- Antes e após as atividades em sala.



FESTAS E LANCHES COLETIVOS

Não exclua a criança alérgica

- Planeje com antecedência junto a família um cardápio que atenda a todos
- Converse com os pais de outras crianças
- Nos lanches coletivos opte por opções sem leite.



HORA DA ALIMENTAÇÃO

Separe o horário da alimentação
do horário de recreação

- As crianças devem se alimentar sentadas a mesa e com a supervisão de adultos.
- Garanta um ambiente seguro, livre de farelos ou alimentos que contenham o alérgeno
- Faça a leitura do rótulo, e certifique-se que o alimento oferecido não contém nos seus ingredientes um alérgeno oculto ou traços do mesmo.

PREPARO DA ALIMENTAÇÃO

Evite o contato cruzado,
garanta um ambiente
separado para o preparo
das refeições.

- Atenção a higienização das tábuas de cortes, superfícies, utensílios, recipientes.



PLANEJAMENTO DO CARDÁPIO

Consulte a nutricionista escolar

- Toda criança alérgica tem o direito garantido por lei de ter suas refeições livres de alérgeno no ambiente escolar.



AULAS DE CULINÁRIA

Opte por receitas livres de
alérgenos

- Faça substituições nas receitas;
- Consulte a nutricionista escolar;
- Não é legal excluir a criança APLV das atividades, nem tampouco que ela faça uma receita diferente da que o grupo está fazendo.



LEIA ATENTAMENTE OS RÓTULOS

Leia sempre o rótulo dos
alimentos antes de oferecer a
criança, mesmo que o
alimento tenha vindo de casa.



AMIGO SECRETO

- Evite alimentos neste tipo de brincadeira, discuta com o grupo outras opções para que a criança se sinta incluída.



REGISTRE O QUE FOI OFERECIDO

- Registre na agenda escolar tudo que foi ofertado e se apresentou alguma reação alérgica.
- Mantenha sua equipe escolar treinada
- Tenha a mão um Plano de Emergência em caso de ingestão ou contato acidental.



Cuidado Seguro

@LABQUALISEGUFF



