



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO (EEAP)

Discente: Anna Beatriz Rocha dos Santos

Orientador(a): Profª Drª Claudia Labriola

Coorientador(a): Profª Drª Tais Veronica Cardoso Vernaglia

Trabalho final da disciplina de Seminário de Pesquisa II, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Título: Primeiros Socorros em Anafilaxia Alimentar: uma revisão de escopo

RIO DE JANEIRO

2025

Artigo Original

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

S237 Santos, Anna Beatriz Rocha dos
Primeiros Socorros em Anafilaxia Alimentar: uma revisão
de escopo / Anna Beatriz Rocha dos Santos. -- Rio de
Janeiro : UNIRIO, 2025.
24 p

Orientadora: Claudia Labriola .
Coorientadora: Tais Veronica Cardoso Vernaglia.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Graduação
em Enfermagem, 2025.

1. Primeiros socorros. 2. Anafilaxia. 3.
Hipersensibilidade alimentar. I. Labriola , Claudia ,
orient. II. Vernaglia, Tais Veronica Cardoso , coorient.
III. Título.



DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v00.ID do artigo

Revisão

Anna Beatriz Rocha dos Santos¹ [ORCID 0009-0005-6825-3391](#)

Fernando Porto² [ORCID 0000-0002-2880-724X](#)

Tais Veronica Cardoso Vernaglia³ [ORCID 0000-0003-3391-7301](#)

Claudia Labriola⁴ [ORCID 0000-0002-8418-8359](#)

^{1,2,3,4} Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: Anna Beatriz Rocha dos Santos

Email: annabiarsantos@gmail.com

Recebido em: dia/mês/Ano

Aceito em: XX/XX/XXXX (não preencher)

Como citar este artigo: (não preencher)

PRIMEIROS SOCORROS EM ANAFILAXIA ALIMENTAR: UMA REVISÃO DE ESCOPO

FIRST AID IN FOOD ANAPHYLAXIS: A SCOPING REVIEW

PRIMEROS AUXILIOS EN ANAFILAXIA ALIMENTARIA: UNA REVISIÓN DE ESCOPO

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências científicas disponíveis sobre os primeiros socorros em reações anafiláticas causadas por alimentos e identificar as principais lacunas no conhecimento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de escopo, fundamentada na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e reportada segundo as recomendações do PRISMA-ScR. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, Scielo e PMC, utilizando os descritores "First Aid" e "Food Allergy". **Resultados:** De 284 registros identificados, 10 estudos foram incluídos. Os estudos são predominantemente Guidelines e Consensos de especialistas. Identificou-se uma concentração de publicações na Europa, América do Norte e Ásia, evidenciando uma lacuna de produção científica sobre o tema na América Latina.

Conclusão: A síntese dos resultados aponta a administração imediata de epinefrina (adrenalina) intramuscular como a principal e universal medida de primeiros socorros, sendo a única capaz de reverter o quadro agudo de anafilaxia.

DESCRIPTORES: Primeiros socorros; Assistência pré-hospitalar; Anafilaxia; Hipersensibilidade alimentar.

ABSTRACT

Objective: To map the available scientific evidence on first aid for anaphylactic reactions caused by food and to identify the main knowledge gaps. **Methodology:** This is a scoping review based on the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and reported according to PRISMA-ScR recommendations. The search was conducted in the LILACS, Scielo and PMC databases using the descriptors "First Aid" and "Food Allergy". **Results:** From 284 identified records, 10 studies were included. The studies are predominantly Guidelines and expert consensuses. A concentration of publications in Europe, North America and Asia was identified, highlighting a gap in scientific production on the topic in Latin America. **Conclusion:** The synthesis of the results indicates the immediate intramuscular administration of epinephrine (adrenaline) as the main and universal first aid measure, being the only one capable of reversing the acute anaphylaxis condition.

DESCRIPTORS: First aid; Prehospital Care; Anaphylaxis; Food hypersensitivity.

RESUMEN

Objetivo: Mapear la evidencia científica disponible sobre los primeros auxilios en reacciones anafilácticas causadas por alimentos e identificar las principales lagunas de conocimiento. **Metodología:** Se trata de una revisión de alcance (scoping review), fundamentada en la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI) e informada según las recomendaciones PRISMA-ScR. La búsqueda se realizó en las bases de datos LILACS, Scielo y PMC, utilizando los descriptores "First Aid" y "Food Allergy". **Resultados:** De 284 registros identificados, se incluyeron 10 estudios. Los estudios son predominantemente Guías y Consensos de expertos. Se identificó una concentración de publicaciones en Europa, América del Norte y Asia,

evidenciando uma brecha en la producción científica sobre el tema en América Latina.

Conclusión: La síntesis de los resultados señala la administración inmediata de epinefrina (adrenalina) intramuscular como la principal y universal medida de primeros auxilios, siendo la única capaz de revertir el cuadro agudo de anafilaxia.

DESCRIPTORES: Primeros auxilios; Atención prehospitalaria; Anafilaxia; Hipersensibilidad a los alimentos.

INTRODUÇÃO

As anafilaxias alimentares consistem em reações de hipersensibilidade do tipo 1 de ocorrências imprevisíveis e imediatas, mediadas ou não por IgE que decorrem da exposição a um alérgeno - o agente causador da alergia - podendo ser possivelmente fatais que estão presentes no dia a dia da sociedade, tendo a possibilidade de afetar cerca de 1,21% a 15,04% da população nos Estados Unidos e entre 1 e 2% da população mundial, sendo mais prevalente entre a população jovem.¹ Alergias, atopias ou reações de hipersensibilidade, são caracterizadas como resposta inflamatórias mediadas pelas células T *helper* do tipo 2 (Th2) e orquestradas pela liberação de diversas interleucinas, originando uma resposta que afeta diversas áreas do corpo. Dentre os tipos de reações de hipersensibilidade, a anafilaxia é o tipo mais grave, pois acarreta uma resposta sistêmica - ou seja, que afeta múltiplos sistemas de forma simultânea, podendo evoluir para um quadro de choque anafilático caso não tratado adequadamente.² Por mais que os três termos se refiram à mesma condição, o mais popularmente utilizado no cotidiano é “alergia”, pois resume de forma simples essa cadeia de reações causadas por um alérgeno.

Ainda não há assertividade sobre o que origina o desenvolvimento de alergias num indivíduo. No entanto, algumas teorias defendem que as alergias podem decorrer da ausência de exposição a alérgenos, advinda da preferência de vida em locais rigidamente limpos, secos e controlados, o que dificulta a estimulação adequada do sistema imunológico. Além disso, acredita-se também que as alergias decorrem de fatores genéticos, que fazem com que uma pessoa seja mais propensa a desenvolver marcadores

inflamatórios, como interleucinas.³ Sendo assim, pode-se entender que a combinação de fatores genéticos e ambientais são os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento de processos alérgicos. As alergias geralmente estão focalizadas em um único sistema, como por exemplo o sistema tegumentar, em que ocorre a urticária, ou o respiratório que inflama devido à rinite.

Entretanto, também existem casos em que mais de um sistema é afetado de forma simultânea, obrigatoriamente se manifestando através de reações mucocutâneas associadas com resposta respiratória e/ou cardiovascular, a ocorrência desse fenômeno é o tipo mais grave de reação alérgica, denominada anafilaxia.⁴ A ocorrência de reações anafiláticas fatais geradas pela ingestão de algum alérgeno alimentar são raras, porém imprevisíveis - ou seja, não se pode prever se uma anafilaxia será fatal ou não, pois os fatores de risco não são assertivos ou conclusivos. Não há evidência que comprove a correlação entre outros fatores, como a ocorrência de sintomas leves de anafilaxia anteriormente, sejam relevantes para a ocorrência de uma reação mais grave⁵. Por não saber se pode ser fatal ou não, é de suma importância saber identificar e manejar adequadamente essa reação.

Apesar do rápido reconhecimento ser fundamental para o manejo correto da reação, Hermisdorf *et al.*⁶ afirma que, pelo fato de ser uma reação que apresenta ampla e difusa gama de sinais e sintomas, podendo se manifestar de diversas maneiras diferentes, muitos profissionais da área hospitalar ainda relutam em considerar o diagnóstico de anafilaxia sem a presença de sinais sugestivos de choque ou hipotensão. É importante destacar que indivíduos que não são da área da saúde, muitas vezes, sequer sabem identificar os sinais desse tipo de reação. Então, o não reconhecimento dessa reação acarreta em ausência de ação, por isso torna-se essencial a educação em saúde sobre o assunto.

A educação em saúde caracteriza o processo contínuo e dinâmico no qual a equipe de saúde se dispõe a transmitir informações e conhecimento científico, através da

utilização de artifícios didáticos, aos usuários dos serviços de saúde, seja individualmente ou em grupo, sobre saúde, em função de evitar o adoecimento ou de minimizar as chances de agravamento de condições crônicas, promovendo autonomia aos indivíduos em relação aos seus determinantes de saúde.⁷

A educação em saúde é um dos cenários em que o enfermeiro pode exercer maior autonomia profissional, utilizando das suas competências técnico-científicas para capacitar a população a agir mediante sua condição de saúde; além disso, por estar mais próximo do usuário, o enfermeiro consegue fornecer essas informações levando em consideração aspectos biopsicossociais demandantes de cada indivíduo.⁸ No contexto de emergências, como reações anafiláticas, o Enfermeiro é primordial para ensinar acerca dos sinais e sintomas iniciais e práticas de primeiros socorros que visam evitar agravamento de tais condições. Porém, as ações de educação em saúde oferecidas pelo profissional de Enfermagem podem ser comprometidas por fatores como a sobrecarga de trabalho, utilização de muitos termos técnicos durante as orientações e a dificuldade de adaptar o discurso à realidade do usuário.⁹ Mediante isso, é de extrema importância que o enfermeiro se mantenha disponível e atualizado para buscar estratégias que tornem a educação em saúde um processo contínuo e dinâmico, alcançando o principal objetivo da educação em saúde que é fornecer autonomia ao usuário em relação a sua condição de saúde e, ao se tratar de anafilaxia, saber o que fazer e quando fazer é um fator primordial para salvar vidas.

Bahna evidencia que o tema de alergia alimentar dentro da comunidade acadêmica, apesar de apresentar os primeiros estudos datados de 1928, começou a ganhar destaque na comunidade acadêmica apenas em 2010, com o pico de publicações no ano de 2021, com produções voltados tanto para profissionais quanto para o público geral.¹⁰ No entanto, a maioria dos estudos disponíveis se encontram em periódicos estrangeiros, o que dificulta o acesso do público leigo, em especial para aqueles que não possuem domínio da língua inglesa.

Esse estudo faz-se necessário mediante o alarmante dado evidenciado por Spolidoro *et al.*¹¹ de que no continente europeu apenas 20% dos indivíduos relatam que as alergias alimentares perduraram ao longo da vida, com aumento discreto desse número a partir das últimas duas décadas. Sendo assim, sugestia a tendência de alergias alimentares descobertas durante a infância desapareçam ao longo da vida. Mas isso não é uma regra, tendo em vista que algumas alergias, comum as de crustáceos, amendoim e nozes podem prevalecer e outras são desenvolvidas após o alcance da idade adulta, ou seja, maiores de 18 anos.¹² Segundo Tanno *et al.*¹³, a faixa etária que está mais propensas à ocorrência fatal de anafilaxia provocada por alimentos são adolescentes e jovens adultos, que estão mais vulneráveis em relação à exposição acidental aos alérgenos devido à fase da vida exigindo que haja um treinamento e capacitação com esse público para que esses sejam capazes de aprender a identificar e manejar suas condições de saúde. Ainda, devido ao estilo de vida corrido e frequentemente caracterizado por hábitos alimentares pouco saudáveis que o cotidiano contemporâneo impõe, incentivando o alto consumo de *fast foods* e as esporádicas ou nulas práticas de exercícios físicos ou acompanhamentos médicos, têm a tendência de se tornarem cada vez mais comuns.

O objeto de estudo é a reação anafilática causada por alimentos com foco no reconhecimento e no manejo de primeiros socorros. Ainda, considerando que a Enfermagem possui como uma das suas principais funções a educação em saúde, este estudo tem como objetivo mapear evidências na literatura sobre os primeiros socorros em casos de reações anafiláticas causadas por alimentos e identificar as lacunas do conhecimento sobre os primeiros socorros em casos de reações anafiláticas causadas por alimentos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, fundamentada na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), estruturada segundo roteiro do *Preferred Reporting Items for*

Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) (Joanna Briggs Institute, 2015). A estruturação dos dados é proveniente da adaptação do método PRISMA-ScR proposta por Page *et al.*¹⁴.

Apesar de não se tratar de um estudo que trate diretamente com seres humanos, cabe ressaltar o compromisso deste com o rigor metodológico e o viés científico respeitando a ética em pesquisa. O estudo é dispensado de submissão no sistema NEP/CONEP em conformidade com a resolução 510 de 2016 que dispõe sobre as pesquisas que utilizam dados de domínio público.

A escolha desse tipo de revisão como método que orienta esse estudo se dá pela capacidade dessa abordagem de juntar informações sobre primeiros socorros de anafilaxias causada por alimentos, ponderando dados constatados anteriormente por outros estudos de abordagens quantitativas ou qualitativas e identificando possíveis lacunas e evidências.

Ainda conforme a metodologia do JBI, foi utilizado o mnemônico PCC para a construção da pergunta norteadora do estudo onde P é população (vítimas de anafilaxia alimentar), C₁ é conceito (primeiros socorros) e C₂ contexto (anafilaxia alimentar) apresentando a seguinte questão norteadora: “quais as ações de primeiros socorros para vítimas de anafilaxia alimentar?”.

A partir dessas etapas, foram definidas como base de dados os seguintes periódicos: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *National Library of Medicine mantido pelo National Institute of Health* (NIH) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). A estratégia de busca se deu por meio da utilização dos descritores “First Aid” e “Food Allergy”, definidos de acordo com o vocabulário DeCS e MeSH, que foram combinados a partir do conectivo booleanos AND. Seguindo as estratégias de busca "food allergy" AND "first aid", ("food allergy" AND "first aid") e ("food allergy") AND ("first aid").

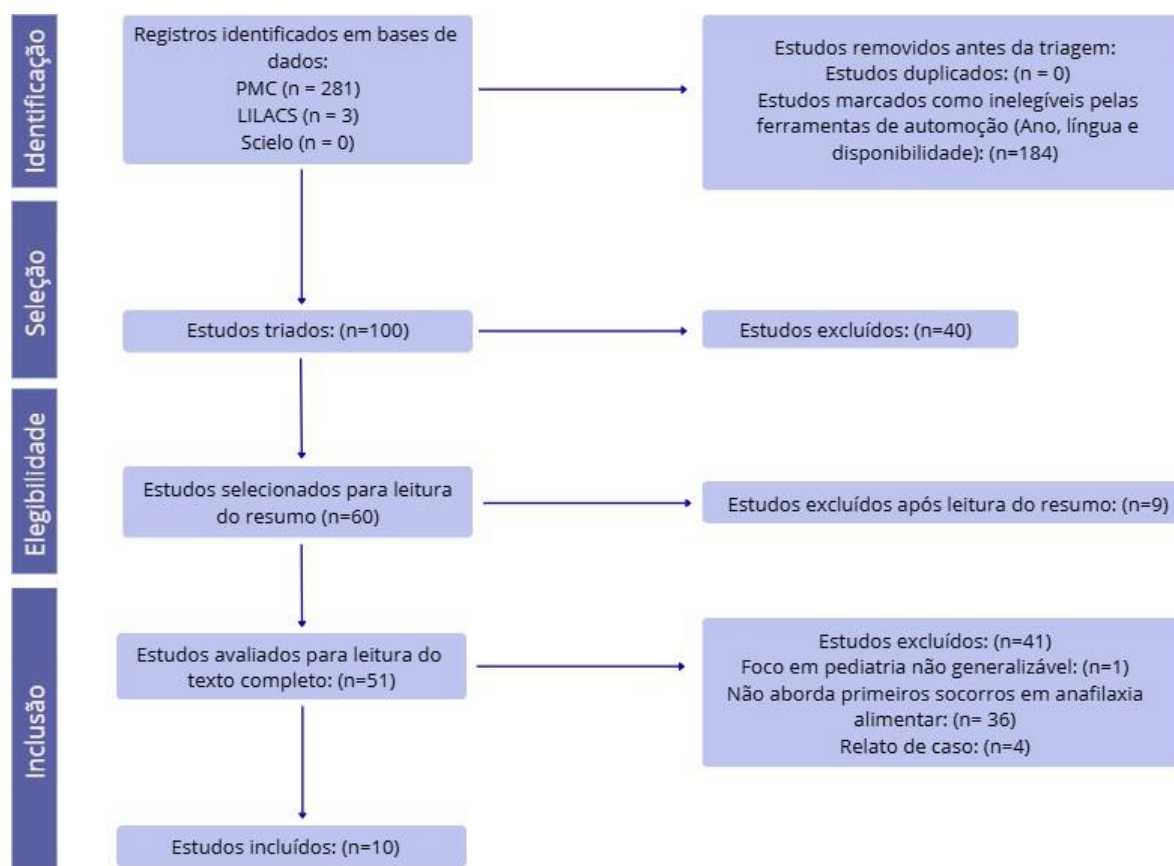
Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: textos completos e gratuitos;

textos disponíveis em português, espanhol ou inglês; publicação feita até 5 anos antes da realização deste estudo. Em contrapartida, foram excluídos: os textos que abordam reação anafilática desencadeada por alérgeno não alimentar, relatos de casos isolados, estudos realizados em animais, estudos que não abordem o manejo de primeiros socorros de reações anafiláticas e estudos que abordem especificamente a população pediátrica de forma não generalizável, pois busca-se manejo ampliado e geral.

As publicações encontradas foram tabuladas em planilha através do aplicativo Planilhas da Google, no qual constavam as abas “Título”, “Autor”, “Ano de publicação”, “Objetivo”, “Metodologia”, “Palavras-Chaves/Descritores”, “País” e “DOI” através das quais foram separados os estudos que se aplicavam aos critérios de elegibilidade. Em sequência, os estudos que se aplicavam foram separados em outra planilha para que pudesse ser realizada a leitura do resumo e do texto completo de cada um.

A partir da utilização das estratégias de busca proposta, essa pesquisa encontrou 284 estudos nas bases de dados (LILACS: 3; Scielo: 0; PMC: 281). A figura 1 demonstra o fluxograma PRISMA-ScR 2020 utilizado para explicar a seleção dos estudos.

Figura1-Fluxograma PRISMA para a seleção dos estudos. Rio de Janeiro,RJ,Brasil,2025



A partir dos critérios de inclusão, após a utilização das ferramentas de automação das próprias bases de dados, foram automaticamente excluídos 184 estudos. Dos 100 restantes, 40 foram retirados da amostra a partir da leitura do título, 60 seguiram para a leitura do resumo. Após a leitura do resumo, 9 estudos foram excluídos, sobrando 51 textos elegíveis para a leitura do texto completo. Com a leitura completa, 41 estudos foram excluídos por se aplicarem aos critérios de exclusão, sendo 38 textos que não abordam o manejo de primeiros socorros em anafilaxia alimentar, 4 relatos de casos e 1 foi excluído por ser focado em pediatria de maneira não aplicável para o público geral. Por fim, foram selecionados 10 estudos para a sequência da pesquisa.

RESULTADOS

Após a seleção, os estudos escolhidos foram organizados em uma tabela de identificação contendo título, autores, ano, metodologia, país e DOI conforme mostra a

Tabela 1.

Tabela 1-Tabela de identificação dos artigos utilizados. Rio de Janeiro,RJ,Brasil,2025

Título	Autores(Ano)	Metodologia	País	DOI
Navigating Food Allergies: Advances in Diagnosis and Treatment Strategies ¹⁵	Peddi et al. (2024)	Revisão narrativa da literatura	Estados Unidos	doi: 10.7759/cureus.56823
Diagnostic therapeutic care pathway for pediatric food allergies and intolerances in Italy: a joint position paper by the Italian Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition(SIGENP) and the Italian Society for Pediatric Allergy and Immunology ¹⁶	Canani et al. (2022)	Desenvolvimento de protocolo baseado em evidências	Itália	doi: 10.1186/s13052-022-01277-8
A Clinical Practice Guideline for the Emergency Management of Anaphylaxis (2020) ¹⁷	Li et al. (2020)	Guideline	China	doi: 10.3389/fphar.2022.845689
Evidence update for the treatment of anaphylaxis ¹⁸	Dodd et al. (2021)	Grade-Adolopment	Reino Unido	doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.04.010
World allergy organization anaphylaxis guidance 2020 ¹⁹	Cardona et al. (2020)	Revisão das diretrizes propostas pela World Allergy Organization	Internacional	doi: 10.1016/j.waojou.2020.10.0472
Optimizing Adrenaline Administration in Anaphylaxis: Clinical Practice Considerations	Ebisawa et al. (2025)	Revisão da literatura	Europa	https://doi.org/10.1002/clt2.70085

and Safety Insights ²⁰				
Alternatives to Injectable Adrenaline for Treating Anaphylaxis ²¹	Pouessel e Neukirch (2024)	Revisão narrativa não sistemática	França	https://doi.org/10.1111/cea.14598
10 practical priorities to prevent and manage serious allergic reactions: GA2LEN ANACare and EFA Anaphylaxis Manifesto ²²	Muraro et al. (2024)	Estudo de consenso de abordagem qualitativa	Europa	https://doi.org/10.1002/clt2.70009
CSACI position statement: transition recommendations on existing epinephrine autoinjectors ²³	Li et al. (2021)	Posicionamento da Sociedade Canadense de Alergia e Imunologia (CSACI) baseado na análise das doses de epinefrina existentes e na recomendação para a prática clínica.	Canadá	doi: 10.1186/s13223-021-00634-2
Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update ²⁴	Ring et al. (2021)	Guideline	Alemanha	doi: 10.1007/s40629-020-00158-y

Dentre os estudos selecionados, constam 2 guidelines, 1 protocolo, 3 revisões, 1 *grade-adolopment*, 1 revisão de diretrizes, 1 estudo de consenso e 1 posicionamento de especialista.

Quanto ao país de publicação, seis estudos são provenientes do continente europeu, dois da América do Norte, um da Ásia e um internacional.

Seguindo o objetivo deste estudo, foi construída uma tabela síntese que conta com

título, ações de primeiros socorros propostas e conclusões principais.

Tabela 2-Tabela síntese dos estudos selecionados. Rio de Janeiro,RJ,Brasil,2025

Título	Objetivo do estudo	Ações de Primeiros Socorros identificadas	Conclusões
Navigating Food Allergies: Advances in Diagnosis and Treatment Strategies ¹⁵	Revisar de forma abrangente a fisiopatologia, manifestações clínicas e opções terapêuticas para diferentes tipos de alergias alimentares.	Administração de adrenalina intramuscular no vasto lateral da coxa na dosagem de 0,15 mg para indivíduos de 15 a 30 kg e 0,3 mg para indivíduos com 30kg ou mais. Encaminhamento para hospitais para avaliação e monitoramento.	A eliminação do alérgeno da dieta do indivíduo é a maneira mais segura de evitar anafilaxia.
Diagnostic therapeutic care pathway for pediatric food allergies and intolerances in Italy: a joint position paper by the Italian Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (SIGENP) and the Italian Society for Pediatric Allergy and Immunology ¹⁶	Estabelecer um Roteiro de Cuidados Diagnósticos e Terapêuticos (DTCP) para alergias e intolerâncias alimentares pediátricas na Itália, com base em evidências, visando otimizar os custos e a prática clínica.	O manejo de emergência de anafilaxias consiste na administração intramuscular de adrenalina no vasto lateral da coxa seguindo a dosagem 0,01mg/kg podendo chegar até o máximo de 0,5 mg em crianças com reaplicação após 5 minutos caso haja persistência ou piora de sintomas.	A eliminação do alérgeno da dieta é a ação mais recomendada para evitar a ocorrência de quadros alérgicos. Anti-histamínicos e corticoides apresentam importante papel no alívio dos sintomas como angioedema e urticária.
A Clinical Practice Guideline for the Emergency Management of Anaphylaxis (2020) ¹⁷	Fornecer recomendações de alta qualidade e baseadas em evidências para o manejo de emergência da anafilaxia.	Remover o alérgeno do contato com o indivíduo e solicitar apoio médico imediato. Monitoramento rigoroso de funções cardiopulmonares. A injeção intramuscular de adrenalina na região anterolateral média da coxa deve estar	A adrenalina endovenosa em bolus deve ser realizada apenas quando houver risco iminente de progressão para parada cardiorrespiratória. A administração subcutânea de adrenalina não é recomendada.

		disponível em qualquer caso de anafilaxia, independente da gravidade. A dose deve ser de 0,01 mg/kg podendo o máximo de 0,5mg até 14 anos e 0,3mg o máximo para maiores de 14 anos, devendo ser reaplicada de 5 a 15 minutos caso não haja resposta.	Glicocorticóides, independente da via de administração, são utilizados como tratamento de segunda linha. Seu uso não deve substituir, impedir ou preceder a administração de adrenalina. A reposição volêmica é recomendada a 20 ml/kg para indivíduos que sofreram sintomas circulatórios. A principal medida recomendada para precaução é evitar a exposição ao alérgeno.
Evidence update for the treatment of anaphylaxis ¹⁸	Fornecer uma atualização das diretrizes do Conselho de Ressuscitação do Reino Unido para o tratamento de Emergência da anafilaxia, com base em uma revisão de evidências científicas.	A administração intramuscular de adrenalina é o tratamento de primeira linha em casos de anafilaxia e deve ser administrada precocemente assim que os sintomas forem identificados. A dose deve ser entre 0,3 e 0,5mg para maiores de 12 anos, entre 6 e 12 anos a dose deve ser 0,3mg, de 6 meses a 6 anos a dose deve ser de 0,15ml e para menores de 6 meses deve ser entre 0,10 e 0,15 mg. A reaplicação da dose deve ser feita a cada 5 minutos	A administração de adrenalina intramuscular é a recomendação mais forte em casos de anafilaxia. A terapia com fluidos endovenosos é uma evidência fraca e deve ser realizada apenas em casos que há comprometimento hemodinâmico. A utilização de anti-histamínicos é considerada de segunda ou terceira linha no tratamento de anafilaxia e alguns tipos podem mascarar os sintomas por causarem sedação.

		caso não haja melhora dos sintomas.	Os corticosteroides também não são recomendados como primeira linha por possuírem absorção lenta, porém pode ser utilizado como prevenção de reações bifásicas. Os broncodilatadores são recomendados apenas quando houver sintomas respiratórios, porém não são eficazes em obstrução de vias aéreas superiores e cardiovasculares. O estudo conclui que a maioria das recomendações sobre o manejo de anafilaxia possui evidência fraca e que necessitam de mais estudos.
World allergy organization anaphylaxis guidance 2020 ¹⁹	Manter as diretrizes de anafilaxia alinhadas com o conhecimento atual, atualizando o documento de posição da Organização Mundial de Alergia (WAO) de 2011 e incorporando novas indicações.	A administração intramuscular de adrenalina no vasto lateral do quadríceps é o tratamento de primeira linha. Remover o contato do alérgeno causador da reação. Avaliar vias aéreas, respiração, circulação, pele e estado mental. O suporte médico de emergência deve ser acionado assim que identificados os sintomas de anafilaxia.	A via endovenosa em bolus não é recomendada. Podendo ser utilizada apenas se houver preparo adequado por profissional de saúde e/ou auxílio de bomba infusora. A dosagem adequada para bebês com menos de 10 kg é de 0,01 mg/kg. Para crianças de 1 a 5 anos, a dose deve ser de 0,15mg. De 6 a 12 anos, deve ser de 0,3mg. Para adolescentes e adultos a dose deve

		O indivíduo deve ser colocado em decúbito dorsal para o chão e deve ter os membros inferiores elevados.	ser de 0,5mg. A utilização de broncodilatadores e a reposição de fluidos endovenosos são recomendadas de acordo com a sintomatologia apresentada por cada indivíduo. O uso de glicocorticoides tem se mostrado controverso, porém são amplamente utilizados para prevenção de reações bifásicas e de prolongamento de sintomas.
Optimizing Adrenaline Administration in Anaphylaxis: Clinical Practice Considerations and Safety Insights²⁰	Fornecer uma visão geral abrangente sobre o uso clínico de AAls no manejo da anafilaxia, abordando considerações de segurança e o perfil farmacocinético/ farmacodinâmico dos dispositivos disponíveis. O artigo também visa destacar o papel dos AAls na melhoria dos resultados para os pacientes durante emergências anafiláticas.	A administração intramuscular da adrenalina a 0,01 mg/kg, com dose máxima de 0,5 mg, é o tratamento de primeira linha para o manejo de anafilaxia. Deve haver repetição da dose a cada 5-10 minutos caso não haja melhora dos sintomas até a estabilização do quadro.	O estudo não recomenda a administração endovenosa da adrenalina devido ao risco de sobredosagem e potencial de causar reações cardiovasculares. Deve ser restrito ao uso por profissionais de saúde em situações específicas. O estudo defende e avalia a eficiência, confiabilidade e praticidade dos AAl de adrenalina em situações de emergência.
Alternatives to Injectable Adrenaline for Treating Anaphylaxis²¹	Descrever as limitações e as barreiras ao uso de AAl e, em seguida, resumir os dados atuais sobre dispositivos que	Administração intramuscular de adrenalina através do uso de AAl é a recomendação padrão ouro. Os sprays nasais e	O estudo reforça a administração da adrenalina intramuscular como principal medida de emergência, principalmente em

	utilizam vias alternativas de administração (nasal, sublingual, transcutânea) para o tratamento da anafilaxia.	fármacos sublinguais de adrenalina surgem como alternativa aos AAI.	casos de anafilaxia causada por alimentos. Expõe as limitações que o uso de AAI oferece, como sub ou sobredosagem, erros e dificuldades relacionados ao armazenamento e disponibilidade. Apresenta alternativas para a utilização de adrenalina que envolvem a via sublingual, intranasal e transcutânea.
10 practical priorities to prevent and manage serious allergic reactions: GA2LENANACare and EFA Anaphylaxis Manifesto²²	Apresentar 10 prioridades práticas para melhorar a vida de pessoas em risco de reações alérgicas graves, incentivando a colaboração entre organizações de saúde, educação e do setor alimentício.	Distanciar o Indivíduo do alérgeno causador da reação. Colocar o indivíduo em decúbito dorsal com elevação de membros inferiores. Se estiver com alterações respiratórias, deve ser colocado sentado. Utilizar adrenalina intramuscular na região externa da coxa assim que os sintomas indicarem necessidade ou se houver dúvida da necessidade. A utilização de adrenalina via intranasal também pode ser uma alternativa. Utilização de anti-histamínicos	O estudo explicita as reações anafiláticas como agente que transforma a vida do indivíduo e de sua família, destacando medidas necessárias para a prevenção e ação mediante as anafilaxias.

		para sintomas cutâneos, se necessário.	
CSACI position statement: transition recommendations on existing epinephrine autoinjectors ²³	Discutir a dosagem de epinefrina em AAI para pacientes adultos e pediátricos e fornecer uma recomendação, baseada na falta de estudos comparativos para a prescrição do AAI de 0,50mg em pacientes com peso $\geq 45\text{kg}$.	O tratamento de primeira linha para a anafilaxia é a administração da adrenalina intramuscular na região anterolateral da coxa na dosagem 0,01mg/kg com a dose máxima de 0,5 mg.	O estudo destaca a fabricação dos AAI em doses fixas de 0,15 mg, 0,3 mg e 0,5 mg, o que pode gerar sub ou sobredosagem. Além da dosagem fixa, outro problema dos AAI que o estudo aponta é o comprimento das agulhas que pode não alcançar o tecido intramuscular.
Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update ²⁴	Fornecer uma atualização das diretrizes para o tratamento agudo, diagnóstico e manejo de pacientes com anafilaxia, voltada para todos os profissionais de saúde. O objetivo também é ressaltar a necessidade de um acompanhamento adequado após uma anafilaxia, com base na imprevisibilidade das reações.	Interromper o contato com o alérgeno. Administração de adrenalina intramuscular na face externa da coxa na dosagem de 0,15 mg a 0,6mg de acordo com o peso do indivíduo, com repetição de dose a cada 5 a 10 minutos caso não haja melhora do caso.	Reforça a adrenalina via intramuscular como tratamento de primeira linha em casos de anafilaxia. Afirma que a utilização de outras drogas vasoativas, como vasopressina, dopamina e noradrenalina não são tão eficazes como a adrenalina, portanto não devem ser utilizadas em casos de anafilaxia. Os anti-histamínicos devem ser utilizados apenas quando não há risco de vida, portanto não devem ser primeira escolha em casos agudos de anafilaxia. Glicocorticóides devem ser utilizados de forma secundária e só deve ser utilizado após a

			estabilização dos sinais vitais.
--	--	--	----------------------------------

Fonte: Autores (2025).

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados (n=10) reforça, de forma unânime, a adrenalina intramuscular através do uso de autoinjetores de adrenalina (AAI) como a medida de primeira linha em reação anafilática causada por alimentos. Porém, apenas 8 especificam a dose correta a ser utilizada e 7 especificam o local de aplicação na região da coxa. Somente 5 recomendam a reaplicação entre 5 e 15 minutos caso não haja melhora dos sintomas. Ainda, 4 reforçam a necessidade de interromper o contato com o alérgeno causador da reação. Apenas 2 falam sobre a conduta de posicionar o indivíduo em decúbito dorsal com elevação de membros inferiores.

Os glicocorticoides/corticoides foram citados em 6 artigos como tratamento de segunda linha e os anti-histamínicos em apenas 3. A administração de adrenalina por outras vias alternativas foi abordada em 4 estudos, enquanto a avaliação da utilização dos AAI foi analisada em 3.

Todos os 10 estudos analisados nessa revisão de escopo evidenciam que a medida de primeiros socorros mais recomendada e eficaz em casos de anafilaxia é a utilização de AAI para a administração de adrenalina intramuscular na região do vasto lateral da coxa, com a dosagem sendo de 0,01 mg/kg na concentração 1:1000 com máximo 0,5 mg ao total, ou seja, a dosagem máxima que o indivíduo deve receber é de 0,5 mg por vez, sendo altamente recomendada a reaplicação após 5 minutos até a estabilização do caso se houver piora ou não apresentar melhora dos sintomas. Os achados também evidenciam que o método mais utilizado, principalmente fora do contexto hospitalar mas também dentro dele, de administração de adrenalina é através dos AAI, que funcionam com a dosagem pré definida de 0,15 mg, 0,3 mg ou 0,5 mg.

Porém, Ebisawa *et al.*²⁰ e Li *et al.*²³ fornecem uma análise crítica aos AAI, apontando

que as doses pré definidas, o comprimento das agulhas, o armazenamento e a disponibilidade dos dispositivos pode comprometer o manejo adequado da reação e interferir diretamente na dosagem de adrenalina ofertada e na qualidade do socorro prestada para o indivíduo. No entanto, somente Pouessel e Neukirch²¹ e Muraro *et al.*²² fornecem uma alternativa aos AAI quando apresentam a via intranasal através da utilização de sprays de adrenalina, mostrando que a opção até o momento tem se mostrado segura e necessita de mais estudos para avaliar sua eficácia.

Ainda, pode-se constatar que anti-histamínicos, corticosteroides e glicocorticoides devem ser utilizados de maneira complementar à adrenalina intramuscular pois se mostram efetivos no alívio de sintomas leves, como a urticária, porém não são eficazes para o manejo do comprometimento dos sintomas dos sistemas cardiovascular e respiratórios. Portanto, não devem ser utilizados como medidas de primeiros socorros ou de primeira escolha em casos de anafilaxia provocada por alimentos. Essa constatação é defendida também por Wallace²⁵, que afirma que o uso dos corticosteroides e anti-histamínicos são muito comuns no cotidiano, porém o seu uso é fortemente desencorajado em casos de emergência anafilática por não oferecer benefícios relacionados a sintomas críticos como os que envolvem o sistema cardiovascular.

Vale ressaltar, ainda, que nas bases de dados não foram encontrados estudos provenientes da América Latina, contestando uma deficiência de estudos e informações aplicados à realidade desses países. A escassez de pesquisas sobre o assunto na região também limita as recomendações de primeiros socorros que podem ser aplicadas e difundidas na região.

Ebisawa *et al.*²⁰, ainda, evidencia que somente 32% dos países no mundo possuem disponibilidade de AAI, sendo os principais fabricantes da América do Norte e Europa. Essa constatação fortalece o que demonstra os achados que, apesar de serem de grande relevância para o manejo de anafilaxia, o fornecimento para a América Latina é deficiente, o que pode dificultar o manejo das reações com adrenalina intramuscular, o

que abre espaço para que os tratamentos alternativos e de segunda linha como o uso de glicocorticoides, anti-histamínicos e broncodilatadores de seja preferido muitas vezes. Porém, o presente estudo ressalta que esses tratamentos não são reconhecidos como de primeira linha e podem até mesmo mascarar os reais sintomas de anafilaxia, podendo levar a um desfecho indesejado.

Ainda vale destacar que os achados se encontram, em sua maioria, voltados para o público profissional e com foco na conduta no ambiente hospitalar. Apenas o texto de Muraro *et al.*²² explicita o comprometimento com a utilização de linguagem acessível e de fácil compreensão para o público não profissional. Isso reforça a necessidade e importância do enfermeiro, profissional responsável pelo cuidado mais próximo do paciente, de adaptar as orientações para que a pessoa alérgica seja capaz de saber o que fazer quando se deparar com uma reação anafilática.

CONCLUSÃO

A anafilaxia causada por alimentos é uma reação potencialmente fatal que atinge a vida de muitas pessoas. Portanto, é crucial o conhecimento sobre a identificação dos sintomas e o correto manejo dessa situação pois salva vidas e deve ser propagada de maneira adequada e acessível para as pessoas em geral.

Os achados dessa revisão evidenciam que o padrão ouro nos primeiros socorros de anafilaxia alimentar é a administração de adrenalina intramuscular na região da coxa. Essa, por sua vez, é muito comum de ser realizada com o auxílio de AAI. No entanto, um empecilho identificado foi a escassez de disponibilidade desses dispositivos principalmente em países da América Latina. Ainda, há uma barreira geográfica muito grande no conhecimento difundido sobre o tema, pois os estudos, em sua maioria, estão centrados na Europa, América do Norte e Ásia. Ademais, há uma nítida predileção do público para o qual as recomendações são destinadas, sendo o público não profissional não sendo considerado em quase nenhum dos estudos presentes.

Sendo assim, esse estudo evidenciou que existem claras lacunas no conhecimento sobre anafilaxia alimentar, tornando evidente a necessidade de novos estudos e diretrizes que abordam a realidade dessa reação em locais como América Latina e África.

Conclui-se, ainda, que os estudos abordam de maneira veemente o manejo intra hospitalar havendo poucas recomendações sobre o manejo fora desse ambiente, que é o mais comum quando se trata de anafilaxias causadas por alimentos.

Por fim, vale ressaltar que saber manejar e lidar com a anafilaxia é uma conduta fundamental na vida do indivíduo alérgico, portanto é de suma importância que o enfermeiro assuma o seu papel como educador em saúde para tornar o acesso à informação mais difundido e acessível.

REFERÊNCIAS

1. Abbas M, Moussa M, Akel H. Type I hypersensitivity reaction [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 oct 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>
2. Karaaslan C, Mayorga C, Baerenfaller K, Escribese MM. Systems biology approach to the immunology of asthma and allergy [editorial]. Front Immunol [Internet]. 2022 Feb 14;13:857403. doi: 10.3389/fimmu.2022.857403
3. Tedner SG, Asarnoj A, Thulin H, Westman M, Konradsen JR, Nilsson. Food allergy and hypersensitivity reactions in children and adults—A review. J Intern Med [Internet]. 2021 Dez 7 [cited 2025 oct 10];291(3):283-302. doi:10.1111/joim.13422
4. Dribin TE, Motosue MS, Campbell RL. Overview of Allergy and Anaphylaxis. Emerg Med Clin North Am [Internet]. 2021 oct 29 [cited 2025 oct 10];40(1):1-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.08.007>
5. Turner PJ, Arasi S, Ballmer-Weber B, Conrado AB, Deschildre A, Gerdt J, et al. Risk factors for severe reactions in food allergy: Rapid evidence review with meta-analysis. Allergy [Internet]. 2022 Set [cited 2025 sept 26];77(9):2634-52. Doi: 10.1111/all.15318.
6. Hermisdorf JA, Moura ECR, Oliveira CMB, Leal PC, Gama MEA, Silva DS et al. Fatores que influenciam o manejo inadequado da anafilaxia em emergências pediátricas: revisão integrativa da literatura. Res Soc Dev [Internet]. 2024 [acesso em 15 set 2025];13(11): e132131147459. doi:10.33448/rsd-v13i11.47459

7. Ferreira PB, Porto IS, Santo FH, Figueiredo NM, Enders BC, Cameron LE, et al. Health education for hospitalized patient in nursing care: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 Out [acesso em 25 set 2025];75(2): e20200459. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0459
8. Batista GB, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JL, Cabral FD. Estrutura intelectual da autonomia profissional dos enfermeiros na literatura latino-americana: estudo bibliométrico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2025 Mar 28 [acesso em 28 set 2025];30: e96377. doi: 10.1590/ce.v30i0.96377
9. Costa DA, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saude Publica Goias* [Internet]. 2020 [acesso em 28 set 2025];6(3): e6000012. doi: [10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012](https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012)
10. Bahna SL. History of food allergy and where we are today. *World Allergy Organ J* [Internet]. 2024 Mai [cited 2025 sept 15];17(5): 100912. doi: <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2024.100912>
11. Spolidoro GCI, Amara YT, Ali MM, Nyassi S, Lisik D, Ioannidou A et al. Frequency of food allergy in Europe: an updated systematic review and meta-analysis. *Allergy* [Internet]. 2023 Fev [cited 2025 sept 15];78(2):351-68. doi: 10.1111/all.15560
12. Sicherer SH, Warren CM, Dant C, Gupta RS, Nadeau KC. Food Allergy from Infancy through Adulthood. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2020 Jun [cited 2025 set 14];8(6):1854-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.02.010>
13. Tanno LK, Clark E, Mamodaly M, Cardona V, Ebisawa M, Asontegui I, et al. Food-induced anaphylaxis morbidity: Emergency department and hospitalization data support preventive strategies. *Pediatr Allergy Immunol* [Internet]. 2021 Nov [cited 2025 ago 2];32(8):1730-42. doi: 10.1111/pai.13578
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [cited 2025 ago 2];372(71). doi: 10.1136/bmj.n71
15. Peddi NC, Muppalla SK, Sreenivasulu H, Vuppalapati S, Komuravelli M, Navab R. Navigating Food Allergies: Advances in Diagnosis and Treatment Strategies. *Cureus* [Internet]. 2024 Mar 24 [cited 2025 ago 2];16(3):e56823. doi: 10.7759/cureus.56823
16. Berni Canani R, Caffarelli C, Calvani M, Martelli A, Carucci L, Cozzolino T, et al. Diagnostic therapeutic care pathway for pediatric food allergies and intolerances in Italy: a joint position paper by the Italian Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (SIGENP) and the Italian Society

- for PediatricAllergyandImmunology (SIAIP). Ital J Pediatr [Internet]. 2022 Jun 10 [cited 2025 sept 23];48(87): 2-16. doi: 10.1186/s13052-022-01277-8
17. Li X, Ma Q, Yin J, Zheng Y, Chen R, Chen Y, et al. A Clinical PracticeGuideline for theEmergency Management ofAnaphylaxis (2020). Front Pharmacol [Internet]. 2022 Mar 27 [cited 2025 sept 13];13:845689. doi: 10.3389/fphar.2022.845689
 18. Dodd A, Hughes A, Sargant N, Whyte AF, Soar J, Turner PJ. Evidence update for thetreatmentofanaphylaxis. Resuscitation [Internet]. 2021 Jun [cited 2025 oct 23];163:86-96. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.04.010
 19. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World AllergyOrganizationAnaphylaxisGuidance 2020. World AllergyOrgan J [Internet]. 2020 Out [cited 2025 oct 12];13(10):100472. doi: 10.1016/j.waojou.2020.100472
 20. Ebisawa M, Muraro A, Worm M, Katelaris CH, Pouessel G, Ring J et al. OptimizingAdrenalineAdministration in Anaphylaxis: Clinical PracticeConsiderationsandSafety Insights. Clin TranslAllergy [Internet]. 2025 Ago 6 [cited 2025 aug 18];15(8):e70085. Doi: 10.1002/clt2.70085
 21. Pouessel G, Neukirch C. AlternativestoInjectableAdrenaline for TreatingAnaphylaxis. Clin ExpAllergy [Internet]. 2024 Nov 24 [cited 2025 aug 22];55(1):36-51. doi: 10.1111/cea.14598
 22. Muraro A, De Silva D, Podesta M, Anagnostou A, Cardona V, Halcken S et al. 10 practicalprioritiestopreventandmanageseriousallergicreactions: GA2LEN ANACareand EFA Anaphylaxis Manifesto. Clin TranslAllergy [Internet]. 2024 Nov 29 [cited 2025 aug 12];14(12):e70009. doi: 10.1002/clt2.70009
 23. Li LD, Abrams EM, Lavine E, Hildebrand K, Mack DP. CSACI position statement: transitionrecommendationsonexistingepinephrineautoinjectors. AllergyAsthma Clin Immunol [Internet]. 2021 Dez 13 [cited 2025 sept 2];17(130). doi:10.1186/s13223-021-00634-2
 24. Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, et al. Guideline (S2k) onacutetherapyand management ofanaphylaxis: 2021 update. Allergo J Int [Internet]. 2021 Jan 28 [cited 2025 aug 12];30:1-25. doi: 10.1007/s40629-020-00158-y
 25. Wallace DV. Knowledge gaps in thediagnosisand management ofanaphylaxis. Ann AllergyAsthmaImmunol [Internet]. 2023 [cited 2025 sep 12];131:151-69. doi:10.1016/j.anai.2023.05.010