



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

**Ciências da Saúde**

**Avaliação da qualidade de vida das crianças com  
alergia às proteínas do leite de vaca dos 0-12 anos**

**Ana Sofia da Silva Cavaco Garcia Videira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutor Ricardo Jorge Barros da Costa

Coorientador: Professor Doutor Dário Jorge Conceição Ferreira

**Covilhã, abril de 2018**

# Dedicatória

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em tudo e sem eles eu não teria conseguido chegar onde cheguei.

# Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Costa, por ter aceite este desafio e por toda a ajuda a tornar real as ideias ainda soltas que tinha quando o abordei.

Ao meu coorientador, Professor Dário Ferreira, a quem devo bastante pois sem a sua ajuda este trabalho não seria possível.

À Dra. Constança, pela ajuda incondicional, pela paciência e pela esperança que sempre me deu de que tudo iria correr bem.

À Dra. Alzira, por toda a ajuda dada na obtenção de amostra no Hospital de São Teotónio, por ter sempre uma palavra amiga e um coração do tamanho do mundo.

À Dra. Rita, pela disponibilidade e ajuda na aplicação de questionários no Hospital Sousa Martins.

Aos meus pais, a minha profunda gratidão por todo o apoio, paciência, amor e dedicação ao longo de toda a minha vida.

Ao Filipe, companheiro desta caminhada, pela paciência em aturar as minhas neuras quando as coisas não corriam bem, pelo apoio e pela ajuda a manter a sanidade mental.

Aos meus amigos, por terem estado presentes ao longo de todo o tempo e por trazerem sempre alguma alegria aos meus dias.

Ao Afonso, que, num jantar, ficou muito triste porque todas as sobremesas continham leite e na inocência dos seus 5 anos faz a seguinte pergunta “Mãe, não me podes dar um comprimido que me faça deixar de ser alérgico ao leite para eu comer tudo o que quero?”. Estas palavras tocaram no coração de todos e sem elas este projeto não teria iniciado.

A todos, obrigada!

# Resumo

**Introdução:** A alergia às proteínas do leite de vaca é a alergia alimentar mais comum na primeira infância. As principais manifestações surgem ao nível do sistema gastrointestinal, cutâneo e respiratório. O tratamento desta alergia passa pela evicção completa do alérgeno. Sendo que o leite de vaca entra na composição de diversos produtos alimentares, e sendo o leite uma das bases da cadeia alimentar, torna-se relevante refletir sobre a qualidade de vida das crianças com tal alergia. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida destas crianças e determinar os fatores que influenciam.

**Materiais e métodos:** Estudo transversal e descritivo constituído por 23 crianças com alergia às proteínas do leite de vaca. A cada progenitor ou representante legal foi aplicado um questionário, sendo pedido que respondessem às perguntas imaginando a perspetiva da criança. A análise estatística foi realizada no IBM SPSS *Statistics* 24.0. O nível de confiança foi fixado em 95%, sendo considerados significativos valores de prova inferiores a 5%.

**Resultados:** Das 23 crianças da amostra, 60.87% são meninos e 39.13% são meninas, 39.13% têm entre 0-3 anos, 39.13% têm entre 4-6 anos e 21.74% têm entre 7-12 anos. Apenas 26.1% mostrou ser alérgica a mais alimentos. 26.1% das crianças já tiveram uma reação anafilática. No que refere a alterações na qualidade de vida, houve alterações significativas ao nível geral e também ao nível emocional, conforme a idade. Não se verificou alterações dependentes do sexo, número de alérgenos e reações anafiláticas. Contudo existe uma correlação entre a qualidade de vida e o número de sistemas afetados. Existe ainda relação entre a qualidade de vida e a preocupação dos pais e das crianças sobre segurança. O estado de saúde dos pais e da criança, preocupação dos pais com a saúde emocional da criança, nível de stress dos pais e família e as limitações das atividades também se relacionam com a qualidade de vida da criança.

**Discussão:** Alguns dos resultados vão ao encontro da bibliografia no que refere à influência da idade, à preocupação e stress aumentados dos pais e familiares e à limitação nas atividades sobre a qualidade de vida das crianças. Contudo os restantes resultados não são apoiados pela literatura.

**Conclusões:** Apesar de haver conclusões discordantes da bibliografia, mantém-se o alerta para a importância de estudos de avaliação de qualidade de vida dado serem uma medida adequada para averiguar o peso da alergia na vida dos pacientes.

# Palavras-chave

Alergia alimentar, leite de vaca, alergia às proteínas do leite de vaca, qualidade de vida, crianças.

# Abstract

**Introduction:** Cow's milk protein allergy is the most common alimentary allergy in early infancy. The main symptoms arise in the gastrointestinal, cutaneous and respiratory system. The treatment of this allergy involves the eviction of the allergen. Since that cow's milk is in the composition of many alimentary products, and since milk is one of the basis of the alimentary chain, it's relevant to think about the quality of life of children with this allergy. The main goal of this project is the evaluations of the quality of life of these children and determine the factors that influence.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 23 children with cow's milk allergy. Each questionnaire was applied to each parent or legal representative, and they were asked to answer the questions imagining the child's perspective. Statistical analysis of the data was performed in the IBM SPSS *Statistics* 24.0. The confidence level was set at 95% and the test values were considered as significant when lower than 5%.

**Results:** Of the sample of 23 children, 60.87% are boys and 39.13% are girls, 39.13% are between the ages of 0-3 years old, 39.13% are between the ages of 4-6 years and 21.74% are between the ages of 7-12 years. Only 26.1% showed to be allergic to more foods. 26.1% of children have had an anaphylactic reaction. Regarding the changes in quality of life, there were significant changes at a general level and at an emotional level, according to age. There were no changes depending on gender, number of allergens and anaphylactic reactions. However, there is a correlation between the quality of life and the number of affected systems. There is also a relation between the quality of life and the concern of parents and children about safety. Parents' and children's health status, parents' concern about the child's emotional health, parental and family stress levels, and the limitations of activities also relate to the child's quality of life.

**Discussion:** Some of the results are in line with the literature referring to the influence of age, of the increased concern and stress of parents and family, and of the limitation of activities on the children's quality of life. However, the remaining results are not supported by the literature.

**Conclusions:** Although there are discordant conclusions from the literature, the importance of quality of life assessment studies is still important because they are an adequate measure of the allergy burden in patients' lives.

## Keywords

Alimentary allergy, cow's milk, cow's milk protein allergy, quality of life, children

# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
1. Introdução .....	1
1.1 Objetivos .....	2
1.1.1 Objetivos específicos .....	2
2. Materiais e métodos .....	3
2.1 Participantes e Procedimento .....	3
2.2 Material .....	3
2.3 Análise estatística .....	4
3. Resultados.....	5
3.1 Caracterização da amostra .....	5
3.2 Avaliação da qualidade de vida das crianças participantes no estudo .....	9
3.3 Avaliação da relação entre as características da alergia e o impacto na qualidade de vida das crianças.....	11
3.4 Avaliação da relação entre a preocupação dos pais, stress familiar e a limitação nas atividades com a qualidade de vida das crianças.....	11
4. Discussão .....	18
5. Conclusões .....	21
5.1 Limitações .....	21
5.2 Perspetivas futuras.....	22
6. Bibliografia.....	23
7. Anexos .....	26
Anexo 1 .....	26
Anexo 2 .....	33

# Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição das crianças participantes segundo o sexo e a idade .....	5
Figura 2 - Distribuição de alergias alimentares concomitantes.....	6
Figura 3 - Distribuição das crianças que tiveram uma reação anafilática de acordo com a altura da mesma. ....	9

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos alimentos alérgicos .....	6
Tabela 2 - Distribuição dos sintomas apresentados pelas crianças com APLV .....	7
Tabela 3 - Distribuição dos sintomas por sistema apresentados pelas crianças com APLV .....	8
Tabela 4 - Distribuição da sensação causada pelo facto de ser possuidor de uma caneta de autoadministração de adrenalina .....	9
Tabela 5 - Alteração da qualidade de vida das crianças participantes no estudo.....	10
Tabela 6 - Análise comparativa das alterações na qualidade de vida entre os grupos etários	10
Tabela 7 - Relação entre as características da alergia e o impacto na QLV das crianças .....	11
Tabela 8 - Preocupações dos pais acerca da segurança das crianças e preocupação das mesmas acerca da sua própria segurança.....	12
Tabela 9 - Verificação da existência de diferenças significativas entre a preocupação dos pais e das crianças acerca da segurança .....	13
Tabela 10 - Correlação entre a QLV total e a preocupação dos pais e das crianças face à segurança.....	14
Tabela 11 - Descrição dos pais acerca do seu estado de saúde bem como do seu filho .....	14
Tabela 12 -Preocupação doa pais acerca da saúde física bem como da saúde emocional da criança .....	15
Tabela 13 - Nível de stress que a alergia da criança provoca.....	16
Tabela 14 - Quanto a alergia alimentar limitou o tipo de atividades .....	16
Tabela 15 - Correlação entre a alteração total da QLV e o estado de saúde, preocupação com a saúde, níveis de stress e limitação de atividades.....	17

# Lista de Acrónimos

AA	Alergia alimentar
AAs	Alergias alimentares
APLV	Alergia às proteínas do leite de vaca
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
DRACMA	Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy
DSCM	Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition
FAQLQ-PF	Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Parent Form
HSM	Hospital Sousa Martins
LM	Leite materno
PLV	Proteínas do Leite de Vaca
QLV	Qualidade de vida

# 1. Introdução

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) é a alergia alimentar (AA) mais comum na primeira infância (1-3). A sua prevalência no primeiro ano de vida varia conforme os estudos, de acordo com o DRACMA esta encontra-se entre 1.9-4.9%, já segundo a ESPGHAN a mesma fica entre 2-3%, estas diferenças podem refletir apenas diferenças na metodologia dos diferentes estudos (1,4,5). Geralmente, esta AA surge aquando da introdução de alimentos ou fórmulas que contenham as proteínas do leite de vaca (PLV) (1).

Relativamente à patogénese, a alergia pode ter, ou não, mediação por imunoglobulinas IgE. As reações IgE mediadas são geralmente imediatas, ocorrendo entre minutos a 2 horas após o consumo de PLV, enquanto as reações não IgE mediadas são tardias, podendo levar mais de 48h a desenvolver (3,5-9). Pode ocorrer uma combinação de reações imediatas e tardias no mesmo paciente face à mesma exposição alérgica (5,9).

A APLV pode provocar sintomas em 3 principais sistemas, Cutâneo, Gastrointestinal ou Respiratório, sendo o primeiro o mais afetado e o último o menos (1,7,10).

O diagnóstico desta patologia inicia-se pela história clínica acompanhada da inexistência de outra explicação para a sintomatologia sendo confirmada através de testes cutâneos (*skin prick tests*), análises sanguíneas com medição de IgE sérica específica e da eliminação do alérgico da dieta, com posterior prova de provocação oral (3-5,11,12).

Uma característica desta alergia é ter taxas de remissão de aproximadamente 45-56% a 1 ano, 60-77% a 2 anos e 84-87% a 3 anos (1). Aos 6 anos ou mais a prevalência diminui para menos de 1% (5,7). Apesar dos valores poderem variar conforme os estudos, todos mostram que a APLV tem um bom prognóstico (1,7,13,14).

O tratamento mais seguro passa pela evicção das PLV (4,5,12,13). Em caso de lactente alimentado com leite materno (LM), a mãe deve fazer evicção alimentar de produtos contendo leite de vaca (15). Caso a alimentação não seja por LM, existem fórmulas extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos que asseguram uma dieta livre de PLV, sendo as de aminoácidos recomendadas em casos graves ou em crianças que tiveram reação alérgica com a fórmula extensamente hidrolisada (12,15). Existem ainda fórmulas de soja, que, por questões nutricionais, não são recomendadas nos primeiros 6 meses (3,5,6). No entanto, aquando da diversificação alimentar, a evicção de alimentos contendo PLV torna-se difícil dado que muitos produtos alimentares contêm leite de vaca ou apenas pequenas quantidades de PLV que podem não estar mencionados nos rótulos (13). Adicionalmente à prevenção também é essencial ter um plano de emergência caso haja uma reação alérgica por ingestão acidental de PLV (12,16,17).

Tratando-se então da AA mais comum na infância bem como do alérgico entrar na composição de diversos produtos alimentares é relevante averiguar acerca do impacto de tal alergia na qualidade de vida (QLV) das crianças. Contudo, atualmente apenas existem estudos sobre o impacto na QLV de crianças com AAs em geral ou outras AAs em particular que não a APLV.

No entanto, há aspetos que são transversais às AAs, como por exemplo, o tratamento limitado e as potenciais consequências em caso de ingestão acidental do alérgico, vivendo as crianças e famílias em constante vigilância (17). Às atividades diárias junta-se a leitura de rótulos, preocupação relativa à contaminação acidental dos alimentos com fontes de alérgicos bem como, a ingestão acidental dos mesmos (17,18). A constante vigilância e preocupação com a exposição e ameaça de uma reação anafilática é uma fonte de ansiedade, podendo ter um impacto tremendo na QLV da família e da criança com uma AA (16-19).

## **1.1 Objetivos**

Este estudo tem por objetivo principal avaliar a QLV das crianças com APLV bem como analisar os fatores que a possam influenciar, nas áreas de influência do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), Hospital Sousa Martins (HSM) e Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV).

### **1.1.1 Objetivos específicos**

1. Caracterização da amostra;
2. Avaliação da qualidade de vida das crianças participantes no estudo;
3. Avaliação da relação entre as características da alergia e o impacto na qualidade de vida das crianças;
4. Avaliação da relação entre a preocupação dos pais, stress familiar e limitação nas atividades com a qualidade de vida das crianças.

## 2. Materiais e métodos

### 2.1 Participantes e Procedimento

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, utilizando uma amostra acidental e por conveniência, constituída por 23 crianças, que recorreram aos serviços de Pediatria do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (DSCM) do CHCB, HSM e CHTV. As crianças das diferentes instituições foram agrupadas na mesma amostra.

A recolha dos dados decorreu no período entre abril de 2017 e janeiro de 2018, sendo aplicados 25 questionários, tendo sido excluídos 2 por falta de respostas. Cada questionário teve duração de aproximadamente 10 minutos. O critério de inclusão do estudo foi crianças entre os 0 e os 12 anos de idade com APLV que recorreram aos serviços dos três hospitais acima mencionados.

Os questionários foram preenchidos por um dos progenitores ou representante legal dos menores, recebendo informação sobre os objetivos do estudo, e a confidencialidade dos dados foi assegurada através do consentimento informado.

Os questionários e consentimento informado foram aprovados pela Comissão de Ética dos três hospitais onde o estudo decorreu.

### 2.2 Material

A cada progenitor ou representante legal foi aplicado um questionário (anexo 1) elaborado a partir do *Translation and Cultural adaptation to Portuguese of Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Parent Form* (FAQLQ-PF) que se trata da tradução e adaptação à realidade Portuguesa do FAQLQ-PF, um questionário validado, específico para AAs, que permite aos pais demonstrar como a AA afeta a vida do seu filho, na perspetiva da criança (20,21). É pedido aos pais que respondam a cada item imaginando a perspetiva da criança. O questionário contém ainda itens acerca da preocupação parental, stress familiar e impacto nas atividades familiares como resultado da AA (21). Sendo este um questionário geral sobre AAs foi realizada uma adaptação do mesmo à APLV, nomeadamente no que concerne aos sintomas específicos da mesma e aos alimentos adicionais aos quais a criança pode ser alérgica. O mesmo foi enviado à autora da adaptação portuguesa do FAQLQ-PF para aprovação e autorização da sua utilização (anexo 2).

O questionário encontra-se dividido em 4 secções. As secções A, B e C representam o questionário principal de avaliação da QLV e que no total perfazem 30 itens classificados numa escala de Likert de 7 pontos em que 0=nada, 1=muito pouco, 2=ligeiramente, 3=moderadamente, 4=bastante, 5=muito e 6=extremamente. A crianças dos 0-3 anos aplica-se apenas a secção A, correspondendo a 15 itens. A crianças dos 4-6 anos aplica-se a secção A e B, correspondendo a 26 itens. A crianças dos 7-12 anos aplica-se as secções A, B e C, correspondendo a 30 itens. A secção D aplica-se a crianças de todas as idades estando esta

secção dividida em três partes: 1- A alergia alimentar do filho; 2 - Preocupações do inquirido e do filho acerca de segurança; 3- A preocupações como pai/mãe. Os 30 itens presentes nas secções A, B e C são depois classificados em três subescalas: Impacto Emocional (13 itens), Ansiedade Alimentar (8 itens) e Limitações Dietéticas e Sociais (9 itens); O impacto clínico total, bem como das três subescalas é avaliado através da média e de acordo com os três grupos etários referidos, 0-3 anos, 4-6 anos, 7-12 anos (21).

### **2.3 Análise estatística**

A análise estatística dos dados foi realizada no IBM SPSS *Statistics* 24 para *Microsoft Windows*®. Para efeitos de análise aplicaram-se os testes de análise de variâncias, ANOVA, teste-t, teste do qui-quadrado, teste da binomial, teste de Friedman, coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. O nível de confiança foi fixado em 95% sendo os testes considerados significativos para valores de prova inferiores a 5%.

# 3. Resultados

## 3.1 Caracterização da amostra

No que respeita à obtenção da amostra, foram aplicados 25 questionários sendo excluídos 2 por falta de preenchimento. Assim sendo, obteve-se uma amostra de 23 crianças com APLV dos 0-12 anos.

Pela análise da amostra verifica-se uma média de idades de  $4,6 \pm 3,4$  anos, pertencendo 9 crianças (39,13%) à faixa etária dos 0-3 anos, 9 crianças (39,13%) à faixa etária dos 4-6 anos e 5 crianças (21,74%) à faixa etária dos 7-12 anos.

Em relação ao sexo, a amostra é constituída por 14 crianças do sexo masculino (60,87%) e 9 crianças do sexo feminino (39,13%). Relativamente às meninas, 4 pertenciam à faixa etária dos 0-3 anos, 3 pertenciam à faixa etária dos 4-6 anos e 2 pertenciam à faixa etária dos 7-12 anos. Relativamente aos meninos, 5 pertenciam à faixa etária dos 0-3 anos, 6 pertenciam à faixa etária dos 4-6 anos e 3 pertenciam à faixa etária dos 7-12 anos. Quanto ao preenchimento dos questionários, 7 foram preenchidos pelo pai (30,43%) e 16 foram preenchidos pela mãe (69,57%). Na figura 1 apresenta-se um gráfico com a distribuição da amostra por sexo e grupo etário.

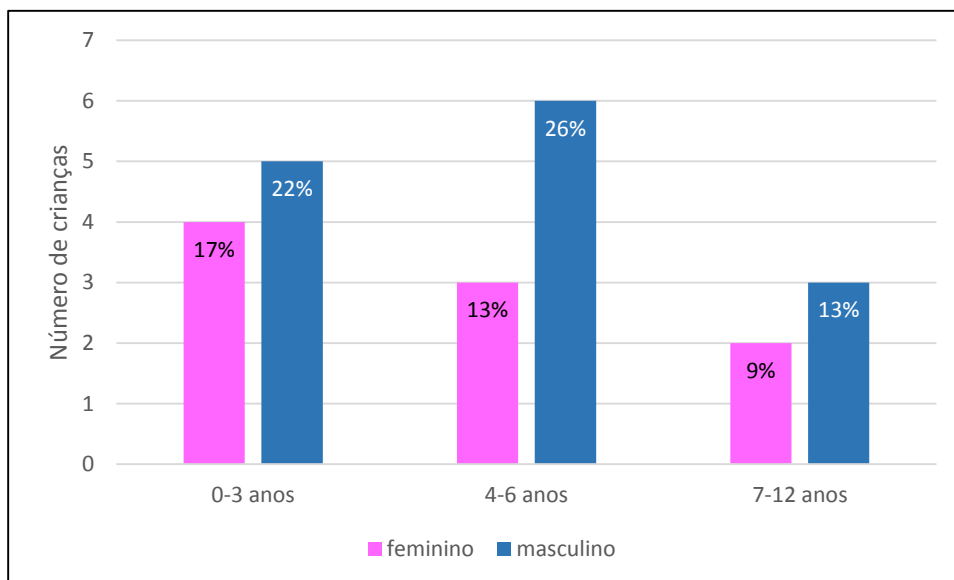


Figura 1 - Distribuição das crianças participantes segundo o sexo e a idade

No que concerne ao local de recolha dos questionários, foram recolhidos 11 questionários no CHCB (47,8%), 8 no CHTV (34,8%) e 4 questionários no HSM (17,4%).

Relativamente a outras alergias concomitantes, apenas 6 crianças (26,1%) eram alérgicas a mais alimentos além dos que contêm PLV. Como se pode verificar pelo gráfico da figura 2, metade destas crianças com AAs concomitantes eram apenas alérgicas a mais um alimento, sendo cada uma das restantes 3 crianças alérgicas a 2, 4 e 5 alimentos.

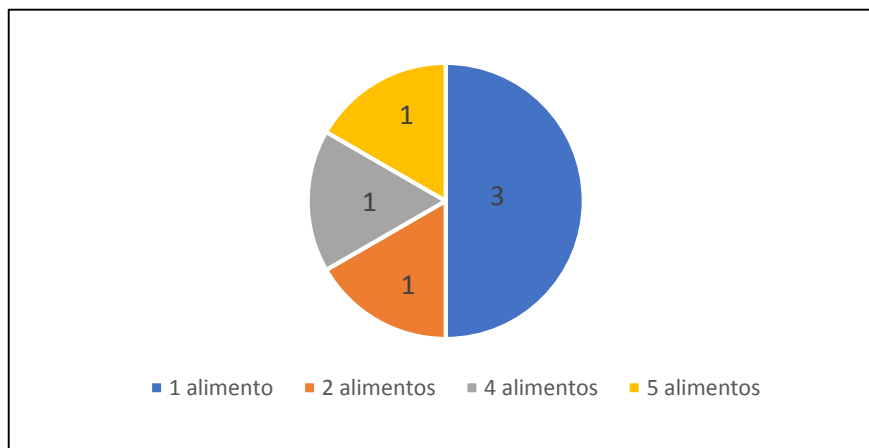


Figura 2 - Distribuição de alergias alimentares concomitantes.

A AA concomitante mais comum, como se pode ver na tabela 1, é ao ovo, com 4 crianças tendo alergia ao mesmo. O segundo alimento mais comum ao qual as crianças apresentam alergia concomitante é a soja, com duas crianças alérgicas à mesma. Os restantes alimentos foram referidos apenas uma vez.

Tabela 1 - Distribuição dos alimentos alérgicos

Alergias alimentares concomitantes	(n=)
Ovo	4
Soja	2
Clara de ovo	1
Batata	1
Maçã	1
Banana	1
Trigo	1
Centeio	1
Cevada	1
Kiwi	1

Ao analisar a amostra relativamente aos sintomas verificou-se que em 4 questionários nada foi referido quanto à sintomatologia alérgica da criança. Assim sendo são considerados 4 omissos e 19 válidos no que diz respeito aos sintomas. Como se pode verificar pela tabela 2, a maioria das crianças apresenta mais que um sintoma, sendo que apenas 7 crianças (36,8%) apresentam um único sintoma associado à alergia. Como se pode verificar a quantidade máxima de sintomas, 12, é apresentada apenas por uma criança (5,3%), sendo que as restantes crianças têm entre 2 a 5 sintomas associados. Na tabela 3, podemos verificar a frequência com que cada sistema apresentava sintomas. Como se pode verificar pela tabela 3, sintomas do aparelho gastrointestinal são mencionados 21 vezes pelos inquiridos, sintomas do foro cutâneo são mencionados também 21 vezes, sintomas do foro respiratório são mencionados 8 vezes e sintomas vasovagais são mencionados apenas 2 vezes pelos inquiridos.

Tabela 2 - Distribuição dos sintomas apresentados pelas crianças com APLV

Números de sintomas	Número de crianças	Percentagem	Percentagem válida
Válido 1	7	30,4	36,8
2	5	21,7	26,3
3	2	8,7	10,5
4	3	13,0	15,8
5	1	4,3	5,3
12	1	4,3	5,3
Total	19	82,6	100,0
Omisso Sem resposta	4	17,4	
Total	23	100,0	

Tabela 3 - Distribuição dos sintomas por sistema apresentados pelas crianças com APLV

<b>CUTÂNEOS</b>	<b>21</b>
Eczema	9
Urticária	6
Angioedema	3
Outros: Edema da pálpebra	1
Inchaço do lábio	2
<b>GASTROINTESTINAIS</b>	<b>21</b>
Vômitos	3
Cólicas	7
Diarreia	5
Diarreia com sangue	1
Náuseas	3
Obstipação	1
Outros: Sangramento da Língua	1
<b>RESPIRATÓRIOS</b>	<b>8</b>
Pieira	1
Tosse	1
Rinite	4
Edema laríngeo	2
<b>VASOVAGAIS</b>	<b>2</b>
Sensação de desmaio	1
Palpitações	1

Relativamente às reações anafiláticas, apenas 6 inquiridos afirmam que a criança já teve uma reação (26,1%), contra os 17 que afirmam que nunca ter ocorrido uma reação anafilática (73,9%). Dos que responderam “sim”, 2 afirmam ter tido a reação anafilática há cerca de 6-12 meses (33,3%), e os restantes 4 afirmam ter tido há mais de 2 anos (66,7%). Nenhuma criança sofreu uma reação anafilática recentemente. Esta distribuição é demonstrada pela figura 3. Relativamente à resposta rápida contra a anafilaxia, apenas 4 das 23 crianças eram portadoras de uma caneta de autoadministração de adrenalina (17,4%). Relativamente à questão acerca da ansiedade provocada pela posse de uma caneta de autoadministração de adrenalina, 2 inquiridos afirmaram não ter nenhuma ansiedade (50%), enquanto outros dois afirmaram que a caneta provocava ansiedade à criança (50%). Relativamente à questão acerca do conforto oferecido pela mesma caneta, dois inquiridos afirmam que a caneta traz conforto para si (50%), enquanto outros dois afirmam que a caneta traz conforto tanto para si como para a criança (50%). Esta distribuição pode ser observada na tabela 4.

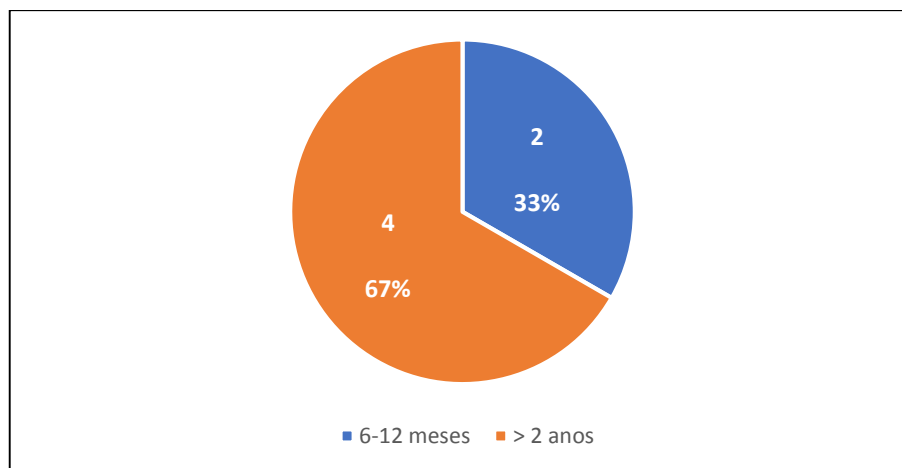


Figura 3 - Distribuição das crianças que tiveram uma reação anafilática de acordo com a altura da mesma.

Tabela 4 - Distribuição da sensação causada pelo facto de ser possuidor de uma caneta de autoadministração de adrenalina

O facto de ter uma Anapen® ou Epipen® causa?	Para si	Para o seu filho	Ambos	Nenhum	Total
Conforto...	n=2	n=0	n=2	n=0	n=4
Ansiedade...	n=0	n=2	n=0	n=2	n=4

### 3.2 Avaliação da qualidade de vida das crianças participantes no estudo

Na tabela 5 podemos verificar os scores referentes à QLV das crianças participantes no estudo, por grupo etário bem como para todas as idades no geral. Estes scores foram calculados com base na média das perguntas referentes a cada componente, que foram classificadas através de uma escala de Likert (0-7).

Tabela 5 - Alteração da qualidade de vida das crianças participantes no estudo

Idades \ QLV	QLV total	Ansiedade alimentar	Impacto emocional	Limitações dietéticas e sociais
Todas as idades	1,94 (±1,19)	1,96 (±1,58)	1,71 (±1,10)	2,14 (±1,53)
0-3 anos	1,19 (±0,90)	1,11 (±1,45)	0,87 (±0,85)	1,59 (±1,65)
4-6 anos	2,17 (±0,95)	2,24 (±1,20)	2,01 (±0,73)	2,25 (±1,35)
7-12 anos	2,87 (±1,37)	2,98 (±1,90)	2,69 (±1,06)	2,96 (±1,54)

De seguida procedeu-se à verificação da existência de diferença significativa na QLV entre os diferentes grupos etários. Através da aplicação de uma análise de variância verificou-se que existem diferenças significativas na alteração da QLV a nível do Impacto Emocional, entre os grupos etários 0-3 e 4-6 anos ( $p=0.034$ ) e os grupos etários 0-3 e 7-12 anos ( $p=0.004$ ) e na alteração total da QLV, entre os grupos etários 0-3 e 7-12 anos ( $p=0.028$ ), como exposto na tabela 6. Entre os restantes grupos não existem diferenças significativas ( $p>0.05$ ), para  $\alpha=0.05$ . Os pressupostos para a realização do teste foram todos verificados.

Tabela 6 - Análise comparativa das alterações na qualidade de vida entre os grupos etários

	Grupo etário em anos	Grupo etário em anos	Diferença média	Erro padrão	Valor p	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Impacto emocional	0-3	4-6	-1,140740	0,40210	0,034	-2,2035	-0,780
		7-12	-1,82194	0,47577	0,004	-3,0794	-0,5645
QLV total	0-3	7-12	-1,68293	0,57401	0,028	-3,2001	-0,1658

De seguida, comparou-se a QLV com base no sexo em busca de alguma diferença. Verificou-se, através do teste t, que não existiam diferenças significativas na QLV com base no sexo da criança ( $p>0.05$ ).

Por fim, procedeu-se a uma análise de variâncias que corroborou com os resultados acima apresentados e ainda mostrou que não existem diferenças significativas para a interação conjunta do sexo e grupo etário com a alteração da QLV ( $p>0.05$ ).

### 3.3 Avaliação da relação entre as características da alergia e o impacto na qualidade de vida das crianças

Em primeiro lugar, através do teste-t, tentou-se perceber se havia diferença entre a QLV das crianças não alérgicas a mais alimentos além dos que contêm PLV e as crianças alérgicas a mais alimentos além dos que contêm PLV. Sendo  $p > 0.05$  concluiu-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Através do teste-t, procurou-se ainda verificar se o facto de já ter tido uma reação anafilática tinha impacto na QLV. Sendo  $p > 0.05$  conclui-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente à sintomatologia, através do teste do qui-quadrado foi possível averiguar acerca da existência de diferenças na distribuição dos sintomas, tendo-se verificado que os sintomas não se encontravam equitativamente distribuídos pelos diferentes sistemas orgânicos ( $p=0,00$ ). Através do teste da binomial considera-se que, ao nível de confiança de 95%, o sistema cutâneo é afetado em 27-55%, o sistema gastrointestinal é afetado em 27-55%, o sistema respiratório é afetado em 6-29% e por fim o vasovagal é afetado em 0,4-14% das crianças. Por fim tentou-se correlacionar o número de sistemas orgânicos afetados pela alergia com a alteração geral da QLV, tendo-se obtido uma correlação positiva e forte entre as variáveis com um Coeficiente de Correlação de Pearson,  $R= 0,776$  ( $p=0$ ).

Na tabela 7 apresenta-se a informação resumida dos fatores que têm relação com a alteração na QLV e dos que não têm relação.

Tabela 7 - Relação entre as características da alergia e o impacto na QLV das crianças

	Relação com a qualidade de vida
Alergia a mais alimentos além dos que contêm PLV	Sem relação
Reação anafilática	Sem relação
Número de sistemas afetados	Correlação positiva forte

### 3.4 Avaliação da relação entre a preocupação dos pais, stress familiar e a limitação nas atividades com a qualidade de vida das crianças

A tabela 8, mostra, através da mediana, a preocupação dos pais acerca da segurança da criança, bem como a preocupação da mesma acerca da sua segurança. Como referido

anteriormente, a questões da opinião da criança foram respondidas pelos progenitores ou representantes legais imaginando a perspectiva da mesma.

Tabela 8 - Preocupações dos pais acerca da segurança das crianças e preocupação das mesmas acerca da sua própria segurança

Qual pensa ser a probabilidade de o seu filho...?	Todos os grupos etários	0-3 anos	4-6 anos	7-12 anos
1)...acidentalmente ingerir o alimento ao qual é alérgico?	M = 3	M=3	M=3	M=4
2)...ter uma reação grave se ingerir o alimento ao qual é alérgico?	M = 3	M=3	M=5	M=3
3)...no futuro morrer devido à sua alergia alimentar após uma ingestão?	M = 2	M=2	M=3	M=0
4)...se tratar a si próprio com eficácia ou receber tratamento eficaz por outras pessoas (incluindo administração de Anapen®) se tiver uma ingestão acidental do alimento ao qual é alérgico?	M = 3	M=3	M=3	M=3
<b>Que probabilidade o seu filho pensa que tem de...?</b>				
1)...acidentalmente ingerir o alimento ao qual é alérgico?	M = 2	M=2	M=2	M=5
2)...ter uma reação grave se ingerir o alimento ao qual é alérgico?	M = 3	M= 2	M=3	M=2
3)...no futuro morrer devido à sua alergia alimentar após uma ingestão?	M = 1	M=1	M=1	M=1
4)...se tratar a si próprio com eficácia ou receber tratamento eficaz por outras pessoas (incluindo administração de Anapen®) se tiver uma ingestão acidental do alimento ao qual é alérgico?	M = 3	M=3	M=2	M=3

De seguida, através do teste de Friedman, investigou-se acerca da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as preocupações dos pais e a preocupação das crianças acerca da sua segurança devido à APLV. Ao nível de significância de 5% verifica-se que existe diferença significativa entre a preocupação dos pais e das crianças no que concerne a ingestão acidental dos alimentos com PLV, ter uma reação grave após ingestão de alimentos com PLV e ainda a possibilidade de morte devido à alergia ( $p < 0.05$ ). Isto significa que os pais são significativamente mais preocupados que as crianças nestes três pontos relativos à sua segurança. Quanto ao autotratamento ou receção de ajuda de terceiros após a ingestão de PLV, ao nível de significância habitual, não houve diferença significativa entre a preocupação de pais e filhos ( $p = 0.157$ ). O mesmo tipo de análise foi feito para os diferentes grupos etários. Todos os resultados encontram-se expostos na tabela 9.

Tabela 9 - Verificação da existência de diferenças significativas entre a preocupação dos pais e das crianças acerca da segurança

	Todos os grupos etários	0-3 anos	4-6 anos	7-12 anos
Ingestão acidental do alergénio	Diferença significativa	Sem diferença	Sem diferença	Sem diferença
Reação grave após ingestão do alergénio	Diferença significativa	Diferença significativa	Diferença significativa	Sem diferença
Morte futura devido à APLV face a ingestão do alergénio	Diferença significativa	Sem diferença	Diferença significativa	Sem diferença
Tratar a si próprio ou receber tratamento após ingestão do alergénio	Sem diferença	Sem diferença	Sem diferença	Sem diferença

De seguida analisou-se a correlação entre os níveis de preocupação sobre a segurança com a alteração total da QLV das crianças. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman percebe-se que existe uma correlação positiva moderada entre a alteração total da QLV e preocupação dos pais face à possibilidade de ter uma reação grave após ingestão do alergénio,  $R=0.508$  ( $p=0.013$ ), existe ainda uma correlação positiva e também moderada entre a alteração total da QLV e a preocupação dos pais face à possibilidade de morte futura devido à APLV,  $R=0.427$  ( $p=0.042$ ). No que toca às preocupações das crianças existe também uma correlação positiva moderada entre a alteração total da QLV com a preocupação face à ingestão acidental do alergénio,  $R=0.444$  ( $p=0.034$ ).

Quando se correlaciona as alterações da QLV com as preocupações acerca de segurança, mas por grupo etário, verifica-se que apenas existem correlações entre a alteração total da QLV e as preocupações dos pais ou crianças na faixa etária dos 0-3 anos. Existe uma correlação positiva e forte entre a alteração total da QLV e a preocupação dos pais face a possibilidade de uma reação grave, com  $R=0.731$  ( $p=0.025$ ), uma correlação positiva e forte entre a alteração total da QLV a preocupação dos pais com a possibilidade de morte, sendo  $R=0.742$  ( $p=0.022$ ). No que toca às preocupações das crianças dos 0-3 anos face à segurança verifica-se uma correlação positiva e moderada entre a alteração total da QLV a preocupação da criança com a ingestão acidental de PLV, com  $R=0.690$  ( $p=0.040$ ) e uma correlação positiva e forte entre a alteração total da QLV com a preocupação de uma reação grave perante a ingestão acidental de PLV, com  $R=0.846$  ( $p=0.004$ ).

Na tabela 10 encontra-se o resumo dos resultados acima descritos.

Tabela 10 - Correlação entre a QLV total e a preocupação dos pais e das crianças face à segurança

		QLV total todas as idades	QLV total 0- 3 anos
Preocupação dos pais	Preocupação face a uma reação grave após ingestão do alergénio	Positiva e moderada	Positiva e forte
	Preocupação face à possibilidade de morte futura devido à APLV após a ingestão do alergénio	Positiva e moderada	Positiva e forte
Preocupação das crianças	Preocupação face a ingestão acidental do alergénio	Positiva e moderada	Positiva e moderada
	Preocupação face a uma reação grave após ingestão do alergénio	Sem correlação	Positiva e forte

A tabela 11 mostra as respostas fornecidas relativamente à descrição do estado de saúde do inquirido e da respetiva criança. Em ambos os casos a mediana é de 4, ou seja, classificam o estado de saúde de ambos como “Bom”. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman constata-se que existe uma correlação negativa e moderada entre as duas questões acima mencionadas e a alteração total da QLV da criança. No caso do estado de saúde do progenitor verifica-se  $R=-0,546$  ( $p=0,007$ ) e no caso do estado de saúde da criança verifica-se  $R=-0,487$  ( $p=0,018$ ). Conclui-se assim que, a alteração na QLV da criança vai ser tanto maior quanto pior for o seu estado de saúde, bem como o dos pais.

Tabela 11 - Descrição dos pais acerca do seu estado de saúde bem como do seu filho

	Estado de saúde do inquirido	Estado de saúde do filho
Muito má (0)	n=1	n=0
Má (1)	n=0	n=1
Não muito boa (2)	n=1	n=1
Razoável (3)	n=7	n=6
Boa (4)	n=5	n=8
Muito boa (5)	n=7	n=6
Excelente (6)	n=2	n=1
Mediana	4	4

A tabela 12 mostra as respostas fornecidas relativamente à preocupação dos pais acerca da saúde emocional bem como da saúde física da criança. Em ambos os casos a mediana é de 3, ou seja, classificam a sua preocupação como “Bastante”. À semelhança da análise anterior, também se procurou estabelecer relação entre a preocupação dos pais nestes dois últimos aspetos e a alteração total da QLV da criança. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman verificou-se, apenas, a existência de uma correlação moderada positiva entre a alteração da QLV e a preocupação dos pais com a saúde emocional do filho com  $R= 0,465$  ( $p=0,025$ ).

Tabela 12 -Preocupação do pais acerca da saúde física bem como da saúde emocional da criança

	Saúde emocional	Saúde física
Nada (0)	n=2	n=1
Um pouco (1)	n=1	n=1
Mais ou menos (2)	n=4	n=4
Bastante (3)	n=7	n=10
Muito (4)	n=9	n=7
Mediana	3	3

A tabela 13 mostra as respostas fornecidas acerca do nível de stress causado pela AA a cada um dos elementos com quem a criança convive. Como se pode verificar, a mediana para o stress relatado pelo inquirido, bem para o stress sentido pelo companheiro é igual, sendo classificado como “Bastante”, já o stress sentido pela família é classificado como “Mais ou menos”. Estudou-se também a existência de correlação entre o stress causado pela alergia e a alteração na QLV total da criança, tendo-se nos três casos obtido uma correlação positiva moderada, com valores  $R=0,425$  ( $p=0,043$ ),  $R=0,525$  ( $p=0,010$ ) e  $R=0,498$  ( $p=0,016$ ), respeitantes aos casos referentes ao inquirido, companheiro e família, respetivamente.

Tabela 13 - Nível de stress que a alergia da criança provoca

	Ao inquirido	Ao seu companheiro/a	À sua família
Nada (0)	n=1	n=1	n=3
Um pouco (1)	n=4	n=5	n=5
Mais ou menos (2)	n=5	n=3	n=6
Bastante (3)	n=6	n=9	n=6
Muito (4)	n=7	n=5	n=3
Mediana	3	3	2

A tabela 14 mostra as respostas fornecidas acerca da limitação do tipo de atividades em que a criança pode participar devido à AA, bem como a limitação das que pode fazer em família. Como se pode verificar a mediana nos dois casos é igual, sendo assim classificada a limitação como “Um pouco”. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman verifica-se que existe correlação positiva moderada entre a alteração total da QLV e a limitação tanto das atividades em família como as que atividades em que a criança pode se participar. No caso da limitação das atividades em família,  $R= 0,637$  ( $p=0,001$ ) e no caso da limitação das atividades em que a criança pode participar,  $R= 0,641$  ( $p=0,001$ ).

Tabela 14 - Quanto a alergia alimentar limitou o tipo de atividades

	Que podem fazer em família?	Em que o seu filho pode participar?
Nada (0)	n=8	n=10
Um pouco (1)	n=4	n=2
Mais ou menos (2)	n=5	n=5
Bastante (3)	n=3	n=3
Muito (4)	n=3	n=3
Mediana	1	1

Na tabela 15 apresenta-se um resumo dos resultados relevantes em relação ao Coeficiente de Correlação de Spearman, acima descritos.

Tabela 15 - Correlação entre a alteração total da QLV e o estado de saúde, preocupação com a saúde, níveis de stress e limitação de atividades

	QLV total
Estado de saúde de pai/mãe e estado de saúde da criança	Correlação negativa moderada
Preocupação de pai/mãe com a saúde emocional do filho	Correlação positiva moderada
Nível de stress que a alergia causa ao inquirido, companheiro/a e família	Correlação positiva moderada
Limitação das atividades em família e das atividades em que a criança pode participar	Correlação positiva moderada

## 4. Discussão

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo avaliar a QLV das crianças com APLV dos 0-12 anos que recorreram ao serviço de pediatria do DSCM de três diferentes hospitais, CHCB, HSM e CHTV.

Como referido anteriormente existem diversos estudos sobre a QLV relacionada com AAs no geral ou outras que não a APLV em específico, havendo, no entanto, aspetos que são comuns no que toca à gestão do tratamento da AA e passíveis assim de analisar.

Na presente amostra verificou-se que existia diferença estatisticamente significativa na alteração da QLV a nível emocional entre o grupo de crianças dos 0-3 e dos 4-6 anos, bem como entre o grupo de crianças dos 0-3 e dos 7-12 anos, verificando-se um impacto maior nos grupos etários de maior idade. Verificou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa na alteração total da QLV entre as crianças dos 0-3 anos e as crianças dos 7-12 anos, ou seja, entre o grupo mais novo e o grupo mais velho, sendo as crianças mais velhas as que demonstraram maior impacto na QLV. Relativamente ao sexo não se verificou que existissem diferenças significativas na QLV entre meninos e meninas. Estes resultados estão, de certa forma, de acordo com o trabalho de *Wassenberg J et al*<sup>22</sup> sobre AAs no geral, que afirma que o impacto de uma AA na QLV pode diferir com a idade, sendo menor em crianças mais novas, contudo o mesmo trabalho afirma ainda que o sexo feminino apresenta piores scores de QLV, indo assim contra os achados do presente estudo (22). Adicionalmente, num estudo de *Dunn Galvin et al*<sup>21</sup>, é dito que existem diferenças no impacto na QLV a nível emocional dependente do sexo e da idade conjuntamente, sendo que os pais de meninos até aos 6 anos relataram valores mais altos de alteração da QLV emocional, e, por outro lado, também a nível emocional os pais de meninas relatam que é na faixa etária dos 7-12 anos que existe maior impacto (21). Vai assim contra os achados na presente amostra, tendo em conta que a mesma não apresentou diferença significativa na QLV com base no sexo e idade combinados. A presente amostra demonstrou diferenças apenas com base na idade em que a nível emocional havia uma maior afetação nos grupos dos 4-6 anos e dos 7-12 anos quando comparados ao grupo dos 0-3 anos e a nível geral as crianças mais velhas também eram mais afetadas, indo este último facto ao encontro do trabalho de *Wassenberg J et al*<sup>22</sup>, de que crianças mais novas sofrem menor impacto.

Relativamente a alergias concomitantes, os estudos sobre alergias alimentares indicam que crianças com alergias alimentares múltiplas têm maior impacto na QLV e que o maior número de alergias alimentares está relacionado com pior a qualidade de vida (16,17,21,22). Contudo, na presente amostra verificou-se não existir diferença significativa na QLV entre crianças alérgicas apenas ao leite de vaca e crianças alérgicas a mais alimentos, não estando assim de acordo com a literatura.

De acordo com a bibliografia o sistema cutâneo é acometido em 50-70% das crianças, o gastrointestinal em 50-60% e o respiratório em 20-30% das crianças com APLV (1). Contudo, na presente amostra, verificou-se uma discrepância com os valores descritos, sendo o sistema

cutâneo afetado em 27-55%, o sistema gastrointestinal afetado em 27-55% e o sistema respiratório é afetado em 6-29% das crianças. Ainda assim, o sistema respiratório permanece como o menos afetado entre os três. Apesar de na bibliografia não ser mencionada relação entre o número de sintomas e a QLV, foi possível verificar a existência de uma correlação positiva e forte entre o número de sistemas orgânicos afetados e as alterações na QLV total, ou seja, quantos mais sistemas são afetados pela reação alérgica pior vai ser a QLV.

Ainda segundo *Wassenberg J et al*<sup>22</sup>, crianças com reações sistêmicas graves demonstraram ter uma maior deterioração na QLV (22). Sendo a anafilaxia a reação sistêmica mais grave, averiguou-se no presente trabalho se a mesma relação se mantinha, tendo-se concluído que a quantidade de reações anafiláticas não tem impacto sobre a QLV das crianças, não estando assim de acordo com os achados da bibliografia.

Como referido anteriormente o tratamento da alergia passa unicamente pela evicção do alergénio, e em caso de ingestão de alimentos com PLV, um plano de emergência que poderá envolver a administração de adrenalina (12). No que toca à evicção dos alergénios, a leitura de rótulos deve ser uma atividade integrante na rotina diária dos familiares com quem a criança convive ou até mesmo integrar a rotina da criança (17,18). A evicção dos alergénios é desafiante devido ao uso surpreendente de leite e PLV em vários produtos na indústria de preparação alimentar e devido à contaminação cruzada nas instalações de processamento (23). De acordo com as diretrizes da União Europeia a declaração de possíveis alergénios alimentares nos rótulos deve estar sempre presente (12). Contudo, é necessário formar os pais na leitura de rótulos, estar atentos a palavras que sejam sinónimas do alergénio e aconselhar o mais possível, pois eles tentam sempre garantir a segurança dos seus filhos no que toca à sua alergia (16,23). No presente trabalho os aspetos referentes à preocupação dos pais com a segurança dos filhos também foram alvo de investigação, tendo-se verificado que os pais se preocupam mais que as crianças em aspetos relativos à ingestão acidental de alimentos proibidos, a uma eventual reação grave face essa mesma ingestão bem como a possibilidade de morte. No entanto, em relação ao tratamento, tanto os pais como as crianças sentem o mesmo considerando que é provável obter tratamento eficaz. Relativamente ao impacto que a preocupação dos pais acerca da segurança pode ter na QLV, foi possível verificar, na presente amostra, que as alterações na QLV das crianças apenas se correlacionavam com a preocupação dos pais face a uma possível reação grave e face a uma possível morte devido à alergia. Por outro lado, a preocupação das crianças com a ingestão de produtos com APLV era o único fator que tinha relação com a sua QLV. Contudo estas correlações foram apenas moderadas.

De acordo com uma revisão de *Patel N et al*<sup>16</sup> acerca do impacto de AAs sobre as crianças e suas famílias, muitos pais afirmam evitar situações sociais ou haver limitação das atividades fora de casa devido ao receio, stress e planeamento necessário. Estas preocupações são agravadas pelo facto de as pessoas em geral não compreenderem as alergias alimentares e por vezes até não saberem distinguir de intolerância alimentar (16). Crianças com alergias alimentares, bem como as suas famílias, têm de enfrentar diversos desafios diários, pois as exposições acidentais são comuns e ocorrem tanto em casa como na escola ou restaurantes

(17). Assim, devido ao stress e medo relacionado com a exposição acidental ao alérgeno as crianças podem acabar por não participar em atividades como jantar fora de casa, ir a festas ou mesmo atividades desportivas, podendo, como consequência máxima ao nível relacional, levar a isolamento social. O diagnóstico de AA acaba por poder ter um impacto significativo na criança e na sua família sendo o stress e a ansiedade comuns (16,24). O presente trabalho também incidiu sobre o stress que a alergia provoca bem como a limitação das atividades, mas devido neste caso, à APLV. Verificou-se que os pais referem sentir bastante stress o que diz respeito à alergia do seu filho, e os familiares, apesar de menos, também sentem algum stress, indo ao encontro do descrito na bibliografia para AAs no geral. Verificou-se, ainda, que existe uma correlação positiva moderada entre o stress dos pais e da família com as alterações da QLV da criança, ou seja, quanto maior o stress maior o impacto. Relativamente às atividades, os inquiridos afirmam haver alguma limitação nas atividades que podem fazer em família devido à AA da criança, bem como as atividades em que a mesma pode participar. Apesar de essa limitação ser descrita como “um pouco” ela acaba por também ir ao encontro com o que é descrito nos estudos referentes ao impacto da generalidade das AAs na QLV das crianças. Aqui também se tentou relacionar com o impacto na QLV tendo-se verificado uma correlação positiva moderada, significando que a limitação das atividades tem impacto nas alterações de QLV e quanto maior a limitação, maior a deterioração na QLV.

Por fim este questionário permite-nos ainda indagar acerca do estado de saúde geral dos pais e dos filhos bem como a preocupação com a saúde física e emocional das crianças. Os resultados mostram que, na presente amostra, existe uma correlação negativa entre o estado de saúde e as alterações na QLV, isto significa que quanto pior for o estado de saúde maior vai ser o impacto negativo sobre a QLV da criança. Viu-se ainda que a preocupação dos pais com a saúde física dos filhos não tem relação com a QLV, no entanto a preocupação com a saúde emocional já tem uma relação moderada com as alterações na QLV das crianças e quanto maior a preocupação maior será o impacto.

## 5. Conclusões

A presente dissertação debruçou-se sobre a investigação da QLV relacionada com a saúde em crianças com APLV, sendo esta uma medida que permite averiguar acerca do impacto da alergia na vida das crianças (18). Apesar de muitos fatores, possivelmente influenciadores da QLV, não terem mostrado impacto no presente estudo, indo contra a bibliografia, há que assinalar que aqui se incidiu sobre uma alergia em específico e não sobre a realidade das AAs no geral, como a maioria da literatura, podendo ser um facto contribuinte para a discrepância nos achados.

Contudo, há aspetos que foram em linha com o descrito na literatura, por exemplo, a influência da idade na QLV. Contudo, falhou na demonstração da relação entre a QLV com o sexo das crianças, o número de AAs adicionais e reações graves. Aspetos referentes à maior preocupação dos pais sobre a segurança dos filhos, maior stress dos mesmos e da família e aumento na limitação das atividades foram também investigados e, à semelhança dos estudos consultados acerca de AAs, ressalva-se que, na presente amostra, a APLV em particular tem influência sobre as atividades diárias da família e da criança, indo mais longe ao mostrar um impacto negativo sobre a QLV das crianças.

Pretende-se assim alertar para a necessidade de se investigar mais acerca do impacto da patologia alérgica nas rotinas diárias da criança e família, pois, como referido anteriormente, pode haver deterioração na sua QLV não só ao nível da saúde alimentar como a nível emocional e social, podendo mesmo resultar em isolamento social.

### 5.1 Limitações

O presente trabalho de investigação teve algumas limitações que podem enviesar os resultados obtidos.

Começando pela maior limitação, o tamanho reduzido da amostra, 23 crianças. Apesar do espaço temporal dado para aplicação de questionários verificou-se alguma dificuldade na obtenção da amostra. Tratando-se de regiões do interior do país, com uma população tendencialmente mais envelhecida e com menos nascimentos do que as regiões mais litorais torna-se expectável que a população pediátrica seja mais pequena do que o idealmente pretendido. Além disso, o facto de os critérios de inclusão exigirem a presença de uma patologia em concreto, a APLV, e um intervalo etário de 0-12 anos restringe ainda mais a população, além de que não se consegue garantir que todas as crianças com APLV dos 0-12 anos das áreas da Covilhã, Guarda e Viseu são seguidas nos hospitais públicos das referentes regiões. Contudo, das crianças que recorreram aos serviços hospitalares atrás mencionados, houve ainda alguns pais ou representantes legais que não quiseram participar no estudo limitando assim a amostra.

Outra grande limitação a este estudo referente à análise de dados diz respeito ao facto de existir estudos referentes a QLV em pacientes com alergias alimentares, mas nenhum, até à presente data, referente à APLV em específico podendo tornar a crítica dos resultados enviesada devido à sua comparação com bibliografia referente à generalidade das AAs, como acima referido.

## **5.2 Perspetivas futuras**

Tendo em conta a amostra reduzida, pensa-se que futuramente seria interessante realizar o mesmo estudo em colaboração com mais hospitais de modo a ser obtida uma amostra maior e possivelmente representativa da população portuguesa, ou mesmo procurando diferenças na QLV entre as crianças de diferentes regiões. Em termos de método do estudo poderia ser ainda melhorada a abordagem aos pais ou representantes legais, nomeadamente através de uma definição mais precisa do momento de entrega dos questionários, podendo o mesmo ser aplicado enquanto os inquiridos e as crianças estiverem na sala de espera, em caso de consulta, ou a aguardar por atendimento ou exames, em casos de urgência, e não após o fim do contacto médico.

Por fim, estudos semelhantes ao presente tornam-se pertinentes no sentido em que a QLV relacionada com a saúde pode ser a única medida adequada e disponível para medir o peso da alergia na vida dos pacientes, podendo assim, neste caso em particular, alertar para a necessidade da indústria alimentar encontrar alternativas ao uso de leite de vaca, dado que, e como referido anteriormente, a evicção das PLV ser desafiante devido ao uso de leite de vaca pela indústria de preparação alimentar bem como as possíveis contaminações cruzadas aquando do processamento alimentar (18,23).

## 6. Bibliografia

1. Høst A. Frequency of cow's milk allergy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol* [Internet]. 2002 Dec;89(6 Suppl 1):33-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12487202>
2. Trendelenburg V, Enzian N, Bellach J, Schnadt S, Niggemann B, Beyer K. Detection of relevant amounts of cow's milk protein in non-pre-packed bakery products sold as cow's milk-free. *Allergy* [Internet]. 2015 May;70(5):591-7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/all.12588>
3. Vandeplass Y. Prevention and Management of Cow's Milk Allergy in Non-Exclusively Breastfed Infants. *Nutrients* [Internet]. 2017 Jul 10;9(7):731. Available from: <http://www.mdpi.com/208478>
4. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna SL, Berg A Von, Beyer K, et al. World allergy organization (WAO) diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA) guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21(SUPPL. 21):1-125.
5. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2012 Aug;55(2):221-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22569527>
6. Walsh J, Meyer R, Shah N, Quekett J, Fox AT. Differentiating milk allergy (IgE and non-IgE mediated) from lactose intolerance: understanding the underlying mechanisms and presentations. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2016 Aug 1;66(649):e609-11. Available from: <http://bjgp.org/cgi/doi/10.3399/bjgp16X686521>
7. Mousan G, Kamat D. Cows Milk Protein Allergy. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2017 Feb 13];55(11):1054-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27582492>
8. Dupont C, Soulaines P. Actualités thérapeutiques dans la prise en charge nutritionnelle de l'allergie aux protéines de lait de vache. *Arch Pediatr* [Internet]. 2017;24(12):1350-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.09.008>
9. Jo J, Garssen J, Knippels L, Sandalova E. Role of cellular immunity in cow's milk allergy: pathogenesis, tolerance induction, and beyond. *Mediators Inflamm* [Internet]. 2014;2014:249784. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25002754>
10. Host A, Halken S, Jacobsen HP, Christensen AE, Herskind AM, Plesner K. Clinical course of cow's milk protein allergy/intolerance and atopic diseases in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* [Internet]. 2002 Dec;13(s15):23-8. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=12688620](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12688620)

11. Comité Nacional de Alergia. [Food allergy in children: recommendations for diagnosis and treatment]. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018 Feb 1;116(1):82. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.S1>
12. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy [Internet]. 2014 Aug;69(8):1008-25. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/all.12429>
13. Høst A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy Some clinical, epidemiological and immunological aspects. Pediatr Allergy Immunol [Internet]. 1994 Dec;5(S6):5-36. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-3038.1994.tb00352.x>
14. Høst A. Cow's milk allergy. J R Soc Med [Internet]. 1997;90(Suppl 30):34-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296083/>
15. Fiocchi A, Dahda L, Dupont C, Campoy C, Fierro V, Nieto A. Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. World Allergy Organ J [Internet]. 2016;9(1):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40413-016-0125-0>
16. Patel N, Herbert L, Green TD. The emotional, social, and financial burden of food allergies on children and their families. Allergy Asthma Proc [Internet]. 2017 Mar 1;38(2):88-91. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/10.2500/aap.2017.38.4028>
17. Sicherer SH, Noone S a, Muñoz-Furlong A. The impact of childhood food allergy on quality of life. Ann Allergy, Asthma Immunol [Internet]. 2001 Dec;87(6):461-4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1081120610622582>
18. Antolín-Amérigo D, Manso L, Caminati M, de la Hoz Caballer B, Cerecedo I, Muriel A, et al. Quality of life in patients with food allergy. Clin Mol Allergy [Internet]. 2016;14(1):4. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84958061725&partnerID=tZOtx3y1>
19. Shaker MS, Schwartz J, Ferguson M. An update on the impact of food allergy on anxiety and quality of life. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2017 Aug;29(4):497-502. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00008480-201708000-00018>
20. Couto M, Silva D, Piedade S, Dunn Galvin A, de Blok B, Borrego LM, et al. Translation and cultural adaptation to Portuguese of Food Allergy Quality of Life Questionnaire-Parent Form (FAQLQ-PF). Clin Transl Allergy [Internet]. 2015 Mar;5(3):P101. Available from: <https://doi.org/10.1186/2045-7022-5-S3-P101>
21. DunnGalvin A, De BlokFlokstra BMJ, Burks AW, Dubois AEJ, Hourihane JOB. Food allergy QoL questionnaire for children aged 0-12 years: Content, construct, and cross-cultural validity. Clin Exp Allergy. 2008;38(6):977-86.

22. Wassenberg J, Cochard M-M, DunnGalvin A, Ballabeni P, Flokstra-de Blok BMJ, Newman CJ, et al. Parent perceived quality of life is age-dependent in children with food allergy. *Pediatr Allergy Immunol* [Internet]. 2012 Aug;23(5):412-9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-3038.2012.01310.x>
23. Davis CM, Kelso JM. Food Allergy Management. *Immunol Allergy Clin North Am* [Internet]. 2018;38(1):53-64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iac.2017.09.005>
24. Fong AT, Katelaris CH, Wainstein B. Bullying and quality of life in children and adolescents with food allergy. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2017 Jul;53(7):630-5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpc.13570>

# 7. Anexos

## Anexo 1

### **Questionário de Qualidade de Vida em crianças dos 0-12 anos com Alergia às Proteínas do Leite de Vaca** (formulário para resposta pelos pais)

#### **Instruções aos Pais**

De seguida apresentamos cenários que os pais das crianças com alergia alimentar nos descreveram como afectando a qualidade de vida das crianças, devido à alergia alimentar.

Tente imaginar cada cenário do ponto de vista dos seu filho/a.

Por favor indique quanto impacto cada cenário tem na qualidade de vida do seu filho/a, colocando uma X nos quadrados numerados de 0 a 6.

#### **Opções de Resposta**

- 0 = Nada
- 1 = Muito pouco
- 2 = Ligeiramente
- 3 = Moderadamente
- 4 = Bastante
- 5 = Muito
- 6 = Extremamente

**Todas as informações prestadas são completamente confidenciais.**

**Este questionário será identificado apenas por um código.**

---

Há 4 secções neste questionário: A, B, C, e D.

Se o seu filho/a tem entre 0 a 3 anos, por favor responda à Secção A

Se o seu filho/a tem entre 4 a 6 anos, por favor responda à Secção A e à Secção B

Se o seu filho/a tem 7 anos ou mais, por favor responda à Secção A, à Secção B e à Secção C.

Secção D : Para todas as idades.

**SECÇÃO A : Para todas as idades**

	Nada	→ Extremamente					
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho/a sente-se...</b>							
1 Ansioso/a acerca da comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Diferente das outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Frustrado pelas restrições alimentares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Com medo de experimentar alimentos que não lhe são familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Apreensiva(o) por eu estar preocupada (o) com a possibilidade de ela/ele ter uma reacção alérgica alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho/a...</b>							
6 Experiencia stress físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Experiencia stress emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tem falta de variedade na sua dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho/a é negativamente afectado por...</b>							
9 Receber mais atenção do que outras crianças da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ter de crescer mais depressa do que as outras crianças da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 O seu ambiente ser mais restrito do que o das outras crianças da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por causa da alergia alimentar, o ambiente social do meu filho é restringido por limitações:</b>							
12 Nos restaurantes que podemos frequentar em família com segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Nos destinos de férias que podemos escolher para ir em família e com segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Em actividades sociais em casa de outros (festas, brincadeiras, dormir uma noite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Em eventos escolares/pré-escolares envolvendo refeições (festas/piqueniques/almoços de turma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECÇÃO B: Só para crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos**

	Nada <span style="float: right;">Extremamente</span> →						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho sente-se...</b>							
16 Ansioso quando vai a sítios novos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Preocupada(o) por ter sempre de ser cuidadosa(o) em relação à sua alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 “Posto de parte” nas actividades que envolvam comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Incomodada(o) por a vida social da família (refeições fora, celebrações, dias fora) ser limitada pela sua alergia alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ansioso pela possibilidade de ingerir acidentalmente um alimento ao qual é alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ansioso quando faz uma refeição com adultos ou crianças que não lhe são familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Frustrado pelas restrições sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho...</b>							
23 É mais ansioso do que as crianças da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 É mais cauteloso do que as crianças da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Não é tão confiante como as crianças da mesma idade em situações sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Deseja que a sua alergia alimentar desapareça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECÇÃO C: Só para crianças entre os 7 e os 12**

	Nada <span style="float: right;">Extremamente</span> →						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Por causa da alergia alimentar, o meu filho sente...</b>							
27 Preocupação acerca do seu futuro (oportunidades, relações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Que muitas pessoas não compreendem a gravidade da alergia alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Preocupação pela escassa rotulagem nos produtos alimentares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Que a alergia alimentar limita a sua vida no geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Obrigado por completar o questionário.  
Agradecemos se pudesse responder a mais algumas perguntas...*

SECÇÃO D: Para **todas** as idades

*Parte 1 : A alergia alimentar do meu filho*

**P1. Qual é o seu sexo ?** Masculino  Feminino

**P2. Qual é o sexo do seu filho?** Masculino  Feminino

**P3. Qual a idade do seu filho?** Anos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

**P4. Além do leite de vaca, a que mais alimentos o seu filho é alérgico?**

Especifique:

**P5. O seu filho teve uma reacção anafiláctica?** Sim  Não

**P6. Se sim, quando ocorreu?**

Muito recentemente

Há 6 a 12 meses

Há cerca de 1 ano

Há cerca de 2 anos

Há mais de 2 anos

**P7(a). Foi prescrita à sua criança uma caneta de auto-administração de adrenalina ( Anapen®, EpiPen®)?**

Sim  Não

**P7(b). O facto de ter uma Anapen® ou Epipen® causa?**

(1) Conforto ... Para si  Para o seu filho

(2) Ansiedade ... Para si  Para o seu filho

**P9. Que sintomas tem o seu filho?**

Eczema	<input type="checkbox"/>	Cólicas abdominais	<input type="checkbox"/>
Urticária	<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>
Angioedema	<input type="checkbox"/>	Diarreia com sangue	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	Refluxo gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Pieira	<input type="checkbox"/>	Disfagia	<input type="checkbox"/>
Rinite	<input type="checkbox"/>	Obstipação	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	<input type="checkbox"/>	Sensação de desmaio	<input type="checkbox"/>
Edema laringeo*	<input type="checkbox"/>	Palpitações	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	Não se suster em pé	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	Outro:	<input type="checkbox"/>

\*Aperto na garganta

**P10. Com que frequência o seu filho conhece outra criança com a mesma alergia alimentar?**

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

**SECÇÃO D: Para todas as idades**

*Parte 2 : As suas preocupações e do seu filho acerca de segurança*

**Por favor responda às seguintes perguntas usando a escala de 6 pontos que se encontra no quadro à direita.**

**0 = extremamente improvável**  
**1 = muito improvável**  
**2 = improvável**  
**3 = provável**  
**4 = bastante provável**  
**5 = muito provável**  
**6 = extremamente provável**

**P1. Qual pensa ser a probabilidade de o seu filho ....?**

	Pergunta	Escala de 6 pontos						
		0	1	2	3	4	5	6
1	..... acidentalmente ingerir o alimento ao qual é alérgico ?							
2	..... ter uma reacção grave se ingerir o alimento ao qual é alérgico ?							
3	..... no futuro morrer devido à sua alergia alimentar após uma ingestão?							
4	..... se tratar a si próprio com eficácia ou receber tratamento eficaz por outras pessoas (incluindo administração de Anapen®) se tiver uma ingestão acidental do alimento ao qual é alérgico ?							

**P2. Que probabilidade o seu filho acha que tem de .....?**

	Pergunta	Escala de 6 pontos						
		0	1	2	3	4	5	6
1	..... acidentalmente ingerir o alimento ao qual é alérgico ?							
2	..... ter uma reacção grave se ingerir o alimento ao qual é alérgico?							
3	..... no futuro morrer devido à sua alergia alimentar após uma ingestão?							
4	..... se tratar a si próprio com eficácia ou receber tratamento eficaz por outras pessoas (incluindo administração de Anapen®) se tiver uma ingestão acidental do alimento ao qual é alérgico?							

SECÇÃO D: Para todas as idades

*Parte 3: As suas preocupações como pai / mãe*

**P1. Como descreveria ...**

**(A) O seu estado geral de saúde?**

Excelente  
Muito boa  
Boa  
Razoável  
Não muito boa  
Má  
Muito má


**(B) O estado geral de saúde do seu filho?**

Excelente  
Muito boa  
Boa  
Razoável  
Não muito boa  
Má  
Muito má


**P2. Por causa da alergia alimentar, quanta preocupação lhe causa a si cada um dos seguintes?**

**(A) A saúde física do seu filho**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**(B) O bem-estar emocional do seu filho**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**P3. Que nível de stress a alergia alimentar do seu filho causa ...**

**(A) A si?**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**(B) Ao seu companheiro/a?**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**(C) À sua família?**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**P4. Quanto é que a alergia alimentar do seu filho limitou o tipo de actividades...**

**(A) que podem fazer como família ?**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**(B) em que o seu filho pode participar ?**

Nada  
Um pouco  
Mais ou menos  
Bastante  
Muito


**P5. Quem respondeu a este questionário: A mãe \_\_\_\_\_ O pai \_\_\_\_\_**

## Anexo 2

No dia 31 de janeiro de 2017 às 20:17, Ana Sofia da Silva Cavaco Garcia Videira <a30565@fcsaude.ubi.pt> escreveu:  
Exma Dra Mariana Couto,

O meu nome é Ana Videira e sou aluna do 5º ano de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.  
Venho por este meio agradecer o envio o questionário através da Dra Susana Piedade.  
Como a Dra Susana deve ter referido, eu pretendo avaliar a Qualidade de Vida das Crianças com Alergia às Proteínas do Leite de Vaca. Para tal pretendia aplicar um questionário que teria por base o seu questionário de Avaliação da Qualidade de Vida nas Crianças dos 0-12 anos com Alergias Alimentares.  
Em anexo envio o questionário que pretendia aplicar salientando que a adaptação que fiz foi torná-lo mais específico para a alergia que pretendo tratar. Assim sendo gostaria de saber se me autoriza a usar esta adaptação que tem como original o seu questionário.

Com os melhores cumprimentos,  
E aguardando notícias suas,  
Ana Videira

**Mariana Couto** <marianafercouth@gmail.com>  
para Ana ▾

01/02/17 ☆ ↶

Boa tarde Ana Sofia

Pode utilizar o questionário como entender, ele está publicado e é de acesso livre. As modificações que fizer terá de explicar na sua tese, mas penso que já saberá disso muito bem.  
Resta-me só recordá-la que existem dois dispositivos de adrenalina diferentes disponíveis no mercado, a anapen e a epiPen, pelo que não deverá restringir o questionário a apenas um deles.

Cumprimentos

Mariana Couto