

ARTIGO ORIGINAL

Alergia à proteína do leite de vaca, qualidade de vida e estilos parentais

Cow's milk protein allergy, quality of life and parental style

Vanessa Korz^a, Maira M. Kremer^b, Deisi Maria Vargas^c, Carlos R. O. Nunes^d



^aMestre em Saúde Coletiva –
Fundação Universidade Regional
de Blumenau (FURB) - Santa
Catarina, Brasil.

^bGraduanda em Psicologia – FURB,
bolsista do Programa de bolsas do
Fundo de Apoio à Manutenção e
ao Desenvolvimento da Educação
Superior (Fumdes) de SC.

^cDoutora em Pediatria Docente do
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva – FURB.

^dDoutor em Psicologia Docente do
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva – FURB.

Autor correspondente
vkorz@furb.br

Manuscrito recebido: Agosto 2020
Manuscrito aceito: Novembro 2020
Versão online: Março 2021

Resumo

Introdução: A alergia à proteína do leite de vaca requer alterações dos hábitos familiares para manutenção das condições de saúde das crianças.

Objetivo: Este estudo analisou os efeitos da alergia à proteína do leite de vaca sobre a saúde de crianças, qualidade de vida de responsáveis e crianças e sobre os estilos parentais adotados.

Método: Estudo caso controle. O grupo caso foi constituído por crianças com alergia à proteína do leite de vaca, de oito meses a cinco anos de idade, e seus responsáveis, e o Grupo Controle, por crianças saudáveis, de mesma faixa etária, e seus responsáveis. Foram avaliadas a qualidade de vida da criança (TNO-AZL Preschool Children Quality of Life) e do responsável (SF-36); estilo parental (Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado); e dados socioeconômicos e de saúde da criança. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os grupos ($p < 0,05$).

Resultados: Participaram 26 díades do grupo caso e 44 do grupo controle. Crianças com alergia proteína do leite de vaca apresentaram menor qualidade de vida na dimensão saúde, pior estado nutricional, realizaram acompanhamento com maior número de profissionais da saúde. Os responsáveis do grupo caso ofereceram menor estimulação corporal às crianças. Responsáveis do grupo controle apresentaram menor qualidade de vida emocional.

Conclusão: A alergia à proteína do leite de vaca impactou na saúde e no estado nutricional das crianças, na estimulação corporal recebida pelas crianças, e na qualidade de vida emocional dos responsáveis.

Palavras-chave: hipersensibilidade a leite, qualidade de vida, relações pais-filhos, cuidado da criança.

Suggested citation: Korz V, Kremer MM, Vargas DM, Nunes CRO. Cow's milk protein allergy, quality of life and parental style. *J Hum Growth Dev.* 2021; 31(1):28-36. DOI: 10.36311/jhgd.v31.11077

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

O diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca impõe uma série de mudanças no estilo de vida familiar^{2,6,10} relacionadas à prevenção de ocorrência de respostas alérgicas¹⁰, e ao desenvolvimento de condutas a serem realizadas quando ocorrem estas respostas. Famílias com crianças com alergia à proteína do leite de vaca precisam retirar alimentos derivados do leite de toda a dieta da criança¹, o que incluem todos os chocolates, pães, iogurte, queijos e derivados, biscoitos e muitos outros mais. Além disso, dada a forte resposta alérgica, estas crianças precisam ter seus próprios utensílios, como pratos e talheres, panelas e, muitas vezes, até liquidificador. Ademais, a própria vida social dos membros da família fica potencialmente comprometida, pois a grande parte dos alimentos e utensílios nas residências demais famílias, e em ambientes de refeição fora do lar, como restaurantes, escola e lanchonetes, contém vestígios de leite de vaca, portanto são potencialmente alergênicos⁷. Ademais, devido a restrições alimentares, estas crianças podem apresentar desenvolvimento físico diferente daquelas sem alergia à proteína do leite de vaca.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

O presente estudo investigou, comparativamente, padrões de estilos parentais de adultos responsáveis por crianças com e sem alergia à proteína do leite de vaca, e condições de saúde das crianças, por meio de questionário aplicado com os responsáveis e acesso às cadernetas de saúde, e foram identificadas as seguintes diferenças: 1) os adultos responsáveis por crianças com alergia à proteína do leite de vaca adotaram posturas mais protetivas, indicadas pela maior frequência de colo e menor frequência de brincadeiras corporais com os filhos, e menor frequência de matrículas em centros de educação infantil; 2) na dimensão geral "saúde da criança", referida pelos pais no questionário de qualidade de vida, alguns dos sintomas típicos de alergia à proteína do leite de vaca foram relatados mais frequentemente por pais de crianças do grupo com alergia à proteína do leite de vaca, do que o grupo controle; 3) responsáveis por crianças com alergia à proteína do leite de vaca indicaram níveis mais altos de qualidade de vida de seus filhos do que pais de crianças controle, mesmo que tenham apresentado resultados piores para estas crianças em diversas avaliações de saúde.

O que essas descobertas significam?

O conjunto dos resultados da presente pesquisa indicam que as ações de proteção das crianças com alergia à proteína do leite de vaca, por seus responsáveis, acabaram impactando sobre diversas condições de estimulação para estas crianças, uma vez que parte das ações protetivas aparentemente geraram redução de experiências sociais com outras crianças e adultos, assim como redução de estimulação física para as crianças com alergia, por exemplo, pela diminuição de brincadeiras turbulentas, com contato físico. Tais condições de restrição transcenderam à própria alergia, estendendo-se a cenários sociais e de estimulação física que, se bem ofertados e controlados, poderiam potencializar o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças com alergia à proteína do leite de vaca.

INTRODUÇÃO

A alergia à proteína do leite de vaca é a alergia alimentar mais comum em lactentes, com uma prevalência que varia entre 2% e 5%. Apresenta-se como uma alergia transitória que evolui para tolerância em aproximadamente 85% das crianças afetadas quando atingem 3-5 anos de idade¹. Seu tratamento envolve a exclusão do leite de vaca e demais produtos alimentares comuns da infância, o que pode afetar a qualidade de vida da criança²⁻⁵ e dos demais familiares, como os pais^{2-4,6-8}, englobando aspectos emocionais, práticos, econômicos e sociais^{6,9}.

O diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca impõe uma série de mudanças no estilo de vida familiar^{2,6,10} relacionadas à prevenção de ocorrência de respostas alérgicas¹⁰, e ao desenvolvimento de condutas a serem realizadas quando ocorrem estas respostas. Famílias com crianças com alergia à proteína do leite de vaca precisam retirar alimentos derivados do leite de toda a dieta da criança¹, o que incluem todos os chocolates, pães, iogurte, queijos e derivados, biscoitos e muitos outros mais. Além disso, dada a forte resposta alérgica, estas crianças precisam ter seus próprios utensílios, como pratos e talheres, panelas e, muitas vezes, até liquidificador. Ademais, a própria vida social dos membros da família fica potencialmente comprometida, pois a grande parte dos alimentos e utensílios nas residências demais famílias, e em ambientes de refeição fora do lar, como restaurantes, escola e lanchonetes, contém vestígios de leite de vaca, portanto são potencialmente alergênicos⁷. Ademais, devido a restrições alimentares, estas crianças podem apresentar desenvolvimento físico diferente daquelas sem alergia à proteína do leite de vaca.

Todo este cenário cria uma situação propícia para influenciar mudanças nos estilos parentais, que são

as relações estabelecidas dos pais com os filhos, e que resultam em um conjunto peculiar de comportamentos ou práticas¹¹, e nos níveis de qualidade de vida, isto é, no bem-estar subjetivo relacionado aos próprios estilos de vida.

Levando-se em consideração que as culturas e tradições alimentares variam entre os países, assim como os principais alimentos alergênicos, o impacto na qualidade de vida pode divergir⁴, bem como como a maneira com que a família lida com os cuidados com a criança com alergias alimentares. Na literatura pesquisada, não se encontrou estudos avaliando estilos parentais em crianças com alergias alimentares, somente em outras doenças que exigem cuidados diferentes com a criança^{12,13}. Assim, o presente estudo objetivou analisar os efeitos da alergia à proteína do leite de vaca sobre a saúde de crianças, qualidade de vida de responsáveis e crianças e sobre os estilos parentais adotados.

MÉTODO

Tipo de estudo e amostra

É um estudo caso-controle, observacional¹⁴. A seleção do grupo caso ocorreu no serviço responsável pela distribuição de suplementos e alimentação enteral para adultos e crianças e fórmulas infantis aos pacientes da cidade. Para esta pesquisa, selecionaram-se as crianças que recebiam fórmulas destinadas a alergia à proteína do leite de vaca, com diagnóstico confirmado pelo médico, no mês de março de 2016 e que compreendiam idade entre oito meses e cinco anos, totalizando 36 crianças. As crianças controles eram indicadas pelo principal cuidador das crianças com alergia à proteína do leite de vaca, tendo

como critérios de inclusão idade entre oito meses e cinco anos e não apresentar nenhuma condição crônica que afete sua saúde.

Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos ao responsável pela criança, pai ou mãe, que foi definido pela família como o cuidador principal da criança:

a) Dados socioeconômicos e de saúde: utilizou-se parte do instrumento validado e adaptado por Fegadolli¹⁵, entretanto os pesquisadores adaptaram algumas perguntas pela característica da faixa etária desta pesquisa. Este instrumento aborda itens sobre a criança e dados socioeconômicos da família e incluía a avaliação do estado nutricional das crianças, por meio de coleta de dados mais recentes de peso e comprimento/estatura anotados na caderneta de saúde da criança, assim como a idade, em meses, que a criança possuía quando este registro foi gerado. A partir destes dados, realizou-se a avaliação do estado nutricional para os indicadores de peso para comprimento/estatura, comprimento/estatura para idade, peso para idade e Índice de Massa Corporal – IMC para idade. Os indicadores foram classificados em escore Z da Organização Mundial da Saúde¹⁶, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro¹⁷;

b) TNO-AZL Preschool Children Quality of Life (TAPQOL): questionário multidimensional capaz de avaliar a qualidade de vida de crianças pré-escolares. Contempla 43 questões de múltipla escolha, englobando domínio físico, cognitivo e emocional¹⁸. O instrumento foi desenvolvido por Fekkes *et al.*¹⁹, traduzido e validado no Brasil por Tompsen¹⁸;

c) Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36): desenvolvido por Ware e Sherbourne²⁰, traduzido e validado no Brasil por Ciconelli *et al.*²¹. É um instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, contendo 36 itens, divididos em 8 escala²¹. Nesta pesquisa, foi utilizado para avaliar a qualidade de vida do principal cuidador da criança;

d) Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado – E-CPPC: construído e validado por Martins *et al.*¹¹, é indicado para avaliar o cuidado de crianças englobando cinco dimensões (cuidados primários, contato corporal, estimulação corporal, estimulação por objetos e contato face a face) distribuídas em 25 perguntas. Este instrumento conta com duas partes, isto é, as práticas realizadas pelos pais e a importância atribuída a cada prática pelos pais. No presente estudo, foi utilizada somente a parte das práticas realizados pelos pais em razão dos objetivos desta pesquisa.

Coleta de dados

Foi realizada com agendamento telefônico prévio. Obteve-se os dados de telefone, endereço e nome dos pais das crianças caso com o setor de Entrega de Alimentação Especial. Na visita domiciliar, os procedimentos foram explicados ao responsável por cada criança, e participaram do estudo apenas aqueles que assinarem os termos de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, coletaram-se os dados com aplicação dos instrumentos de

pesquisa, com duração de 30 a 45 minutos.

Para cada criança caso, solicitou-se ao responsável a indicação de três crianças de faixa etária semelhante ao da criança caso, para serem controles da pesquisa, desde que não apresentem diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca e de outras alergias alimentares, a ser identificadas no momento da coleta de dados com estes controles. Destas três crianças, foram sorteadas duas crianças a ser convidadas para participar. Se houvesse recusa, a terceira foi convidada, ou também havendo recusa, foi convidada a terceira criança indicada por outro caso. Da mesma forma como realizado com o grupo caso, realizou-se contato telefônico para agendamento da visita para a coleta de dados, sendo que a coleta somente ocorreu após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido. Esta metodologia é indicada por Rodrigues e Werneck¹³.

Análise estatística

Os dados foram analisados por meio da aplicação de estatísticas paramétricas e não paramétricas, de acordo com seus parâmetros de utilização. Para a comparação dos grupos, iniciou-se com a determinação da normalidade de dados (teste de Kolmogorov-Smirnov). Como as variáveis se apresentaram com distribuição não normal, aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Considerou-se diferença estatisticamente significativa quando o valor de p foi menor que 0,05.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau (FURB) sob protocolo 50575615.5.0000.5370/2015, além da assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido antes da entrevista pelo responsável pela criança, consentindo com fornecer informações sobre ele(a) e sobre a criança.

RESULTADOS

Participaram do estudo 70 crianças e seus responsáveis: 26 casos e 44 controles. A Tabela 1 apresenta as variáveis descritivas dos grupos. Em ambos os grupos, o responsável da criança por responder os questionários foi a mãe (Grupo Caso n=22, 84,6%; Grupo Controle: n=40, 90,9%) e o estado civil casado/união estável prevaleceu em ambos os grupos (Grupo Caso: n=22, 84,6%; Grupo Controle: n=42, 95,5%). Menor número crianças do grupo caso frequentavam Centros de Educação Infantil do que aquelas do grupo Controle (p=0,013).

As crianças com alergia à proteína do leite de vaca tiveram diagnóstico da alergia na mediana de 3,5 meses de idade (P25=1,75; P75=6,25), com predomínio do uso de fórmula infantil parcialmente hidrolisada (n=15, 57,7%). Os grupos não diferiram quanto as variáveis de controle: idade da criança, idade do responsável, escolaridade e renda familiar (p>0,05).

A Tabela 2 mostra que, na comparação dos grupos, as crianças com alergia à proteína do leite de vaca apresentaram menor peso corporal (p=0,003), menor comprimento/estatura (p=0,018), e mais acompanhamento com mais profissionais de saúde (p=0,003). Houve

Tabela 1: Variáveis descritivas dos grupos Caso e Grupo Controle em medianas e percentis 25 e 75 ou percentual e número*.

Variáveis	Grupo Caso	Grupo controle
Idade do responsável em anos	32,0 (29,0 – 35,0)	34,0 (31,0 – 37,5)
Escolaridade do responsável		
Ensino fundamental	3,8% (n=1)	2,3% (n=1)
Ensino médio	30,8% (n=8)	20,4% (n=9)
Ensino superior	42,3% (n=11)	34,1% (n=15)
Pós-graduação	23,1% (n=6)	43,2% (n=19)
Renda familiar		
≤ 3 salários mínimos	23,2% (n=6)	13,7% (n=6)
5 a 6 salários mínimos	53,9% (n=14)	52,4% (n=23)
7 a 9 salários mínimos	7,6% (n=2)	6,8% (n=3)
10 a 12 salários mínimos	3,8% (n=1)	11,3% (n=5)
13 a 15 salários mínimos	0	11,3% (n=5)
≥ 16 salários mínimos	11,5% (n=3)	4,5% (n=2)
Idade da criança em meses	18,5 (13,0 – 21,0)	22,5 (15,5 – 37,0)
Sexo das crianças		
Feminino	42,3% (n=11)	43,2 (n=19)
Masculino	57,7% (n=15)	56,8 (n=25)
Frequência em meses em Centro de Educação Infantil	7,0 (4,0 – 12,0)	12,0 (8,0 – 24,0)
Amamentação em meses	4,0 (2,0 – 6,0)	5,0 (4,0 – 6,0)
Número de medicamentos em uso pela criança	2,0 (2,0 – 3,0)	1,5 (1,0 – 2,0)
Número de profissionais da saúde em acompanhamento	2,0 (1,0 – 2,0)	1,0 (1,0 – 2,0)

Fonte: dados da pesquisa.* Grupos não diferiram quanto às variáveis de controle presentes nesta tabela, pela comparação realizada por meio do Teste de Mann-Whitney ($p>0,05$)

Tabela 2: Estado nutricional dos grupos Caso e Controle para os indicadores peso para idade, estatura para a idade, peso para a estatura e Índice de Massa Corporal para a idade.

Variáveis	Grupo Caso	Grupo Controle	p
Peso (kg)	10,7750	11,7000	0,003*
Comprimento/Estatura (m)	0,7975	0,8350	0,018*
IMC (kg/m ²)	16,4044	16,5534	0,319
Estatura para a idade			0,064
Muito baixa estatura	3,8% (n=1)	-	
Baixa estatura	3,8% (n=1)	-	
Estatura adequada	92,3% (n=24)	100,0% (n=44)	
Peso para idade			0,040*
Muito baixo peso	-	-	
Baixo peso para a idade	7,7% (n=2)	-	
Peso adequado	92,3 % (n=24)	95,5% (n=42)	
Peso elevado	-	4,5% (n=2)	
Peso para estatura			0,051
Magreza acentuada	-	-	
Magreza	3,8% (n=1)	2,3% (n=1)	
Eutrofia	80,8% (n=21)	61,4% (n=27)	

Continuação - Tabela 2: Estado nutricional dos grupos Caso e Controle para os indicadores peso para idade, estatura para a idade, peso para a estatura e Índice de Massa Corporal para a idade.

Risco de sobrepeso	15,4% (n=15,4)	27,3% (n=12)	
Sobrepeso	-	6,8% (n=3)	
Obesidade	-	2,3% (n=1)	
IMC para idade			0,173
Magreza acentuada	-	-	
Magreza	7,7% (n=2)	2,3% (n=1)	
Eutrofia	69,2% (n=18)	63,6% (n=28)	
Risco de sobrepeso	23,1% (n=6)	25,0% (n=11)	
Sobrepeso	-	9,1% (n=4)	
Obesidade	-	-	

Fonte: dados da pesquisa. Teste de Mann-Whitney.

diferenças relevantes quando ao estado nutricional, com diferença estatisticamente significativa no indicador peso para a idade ($p=0,040$).

Referente ao estilo parental (Tabela 3), verificou-se diferença entre os grupos quanto à estimulação corporal ($p=0,012$), evidenciada pela maior frequência de colo recebida pelas crianças com alergia à proteína do leite de vaca ($p=0,022$), e menos brincadeiras corporais ($p=0,003$), que são “brincadeiras de luta e de se embolar”.

Em relação aos indicadores de qualidade de vida das crianças, informados pelos responsáveis, as crianças com alergia à proteína do leite de vaca apresentaram maior frequência de cólica ($p=0,002$) e eczema ($p=0,015$), e sentiram mais dificuldade para respirar ($p=0,042$) do que daquelas sem alergia à proteína do leite de vaca. Em suma, encontrou-se maior escore de saúde ($p=0,007$) nas crianças do grupo caso do que nas do grupo controle, considerando-se que escores mais altos, neste instrumento, significam maior frequência percebida de sintomas físicos,

que incluíram náuseas, pneumonia, otite, eczema, tosse, falta de ar, bronquite, cólica, dor de barriga, diarreia, dificuldade para respirar, presença de catarro e vômito.

Na dimensão global “comportamento”, mesmo sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,605$), os pais de crianças com alergia à proteína do leite de vaca relataram que seus filhos apresentaram níveis mais altos de irritação ($p=0,016$) e sentiam mais alegria ($p=0,041$) do que aquelas sem a alergia, isto é, em subitens daquela dimensão. Na pergunta “eu tenho paciência com meu filho”, os pais do grupo caso indicaram apresentar menores níveis de paciência ($p=0,004$), assim acreditam que seus filhos sentiam que eles tinham menos paciência ($p=0,044$). De outro lado, a qualidade de vida do responsável diferiu na dimensão “aspectos emocionais” ($p=0,003$), na qual os responsáveis do grupo caso apresentaram níveis mais altos de qualidade de vida do que os pais do grupo controle.

Tabela 3: Mediana e percentis 25 e 75 do escores do estilo parental, da qualidade de vida da criança e da qualidade de vida do responsável dos grupos Caso e Controle.

Variáveis	Case group	Control group	p
Estilo parental			
Cuidado primário	96,0 (88,0 – 100,0)	96,0 (92,0 – 100,0)	0,694
Contato corporal	88,0 (84,0 – 93,0)	84,0 (80,0 – 92,0)	0,060
Estimulação corporal	68,0 (63,0 – 73,0)	76,0 (68,0 – 80,0)	0,012*
Estimulação por objetos	72,0 (64,0 – 77,0)	76,0 (64,0 – 84,0)	0,288
Contato face a face	100,0 (83,0 – 100,0)	100,0 (93,0 – 100,0)	0,715
Qualidade de vida do responsável			
Capacidade Funcional	90,0 (80,0 – 100,0)	92,5 (80,0 – 100,0)	0,995
Aspectos físicos	100,0 (93,7 – 100,0)	100,0 (75,0 – 100,0)	0,710
Dor	67,0 (62,0 – 100,0)	72,0 (51,0 – 84,0)	0,703
Estado geral de saúde	81,0 (67,0 – 92,0)	81,0 (72,0 – 87,0)	0,956
Vitalidade	62,5 (53,7 – 81,3)	60,0 (45,0 – 70,0)	0,229
Aspectos sociais	87,5 (75,0 – 100,0)	87,5 (62,5 – 100,0)	0,694
Aspectos emocionais	100,0 (100,0 – 100,0)	100,0 (33,0 – 100,0)	0,003*
Saúde mental	76,0 (68,0 – 0,88)	78,0 (68,0 – 84,0)	0,859

Continuação - Tabela 3: Mediana e percentis 25 e 75 do escores do estilo parental, da qualidade de vida da criança e da qualidade de vida do responsável dos grupos Caso e Controle.

Qualidade de vida da criança			
Sono	25,0 (8,3 – 46,9)	18,7 (5,2 – 44,8)	0,760
Apetite	11,1 (0,0 – 23,6)	5,6 (0,0 – 26,4)	0,443
Saúde	23,7 (11,5 – 35,6)	10,9 (4,2 – 21,5)	0,007*
Comportamento	25,0 (11,3 – 32,1)	21,4 (11,9 – 30,5)	0,605
Humor	8,3 (1,4 – 14,8)	5,6 (1,8 – 11,1)	0,425
Comportamento ^a	0,0 (0,0 – 6,9)	0,0 (0,0 – 4,2)	0,603
Saúde ^a	0,0 (0,0 – 1,39)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,158
Comunicação ^a	0,0 (0,0 – 26,0)	0,0 (0,0 – 4,2)	0,252

Fonte: dados da pesquisa * Valores estatisticamente significativo ($p < 0,05$). a Categorias aplicadas em crianças maiores de 18 meses, as quais foram nomeadas pelos autores, pois na validação do instrumento no Brasil não há denominação destas categorias. Teste de Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou, comparativamente, padrões de estilos parentais de adultos responsáveis por crianças com e sem alergia à proteína do leite de vaca, e condições de saúde das crianças, por meio de questionário aplicado com os responsáveis e acesso às cadernetas de saúde, e foram identificadas haver as seguintes diferenças: 1) os adultos responsáveis por crianças com alergia à proteína do leite de vaca adotaram posturas mais protetivas, indicadas pela maior frequência de colo e menor frequência de brincadeiras corporais com os filhos, e menor frequência de matrículas em centros de educação infantil; 2) na dimensão geral “saúde da criança”, referida pelos pais no questionário de qualidade de vida, alguns dos sintomas típicos de alergia à proteína do leite de vaca foram relatados mais frequentemente por pais de crianças do grupo com alergia à proteína do leite de vaca, do que o grupo controle; 3) responsáveis por crianças com alergia à proteína do leite de vaca indicaram níveis mais altos de qualidade de vida de seus filhos do que pais de crianças controle, mesmo que tenham apresentado resultados piores para estas crianças em diversas avaliações de saúde.

Vieira e colaboradores²² evidenciaram predomínio de sintomas gastrointestinais em crianças de até 24 meses de idade com alergia à proteína do leite de vaca. Todavia os sintomas gastrointestinais foram mais frequentes em crianças menores de 6 meses de vida do que em outras idades, enquanto que as manifestações respiratórias foram mais relatadas entre 6 meses e 12 meses de idade²². Há indícios de que a presença de sintomas gastrointestinais nas crianças impacte mais emocionalmente a qualidade dos pais do que outros sintomas⁵, como a cólica relatada no presente estudo.

Quanto ao estado nutricional, o menor peso corporal do grupo caso em relação ao controle pode estar relacionado a 7,7% das crianças com alergia à proteína do leite de vaca tendo apresentado baixo peso para a idade e 4,4% das controles tendo apresentado peso elevado para a idade. Isto indica a apresentação de diferentes fatores de risco à saúde associadas às duas condições clínicas descritas. O baixo peso pode ser devido a necessidade da dieta de exclusão do leite de vaca, o que favorece o déficit pâncreo-estatural, e a ingestão inadequada de energia, proteínas e micronutrientes²³.

Vieira *et al.*²² evidenciaram déficits importantes de 15,1% de peso para a idade, 11,3% de peso para estatura e 23,9% de altura para a idade, sugerindo que a desnutrição possa acontecer em consequência da alergia à proteína do leite de vaca. Os mesmos autores não verificaram sobrepeso/obesidade nas crianças brasileiras participantes²². Aguiar *et al.*²⁴, avaliando somente crianças com alergia à proteína do leite de vaca, verificaram, pelo IMC para idade, 12,9% de magreza ou magreza acentuada, além de 67,8% de eutrofia, 15,2% de risco para sobrepeso e 4,1% de sobrepeso ou obesidade.

Birdi, Cooke e Knibb⁷ observaram que pais de crianças com alergias alimentares apresentaram maiores índices de estresse, ansiedade e depressão do que pais de crianças do grupo controle. No presente estudo, a partir das avaliações dos responsáveis, a saúde emocional dos responsáveis de crianças do grupo caso foi melhor do que aquela do grupo controle. Uma vez que muitas crianças do presente estudo já haviam sido diagnosticadas há mais de um ano antes desta pesquisa, deve ser considerado que os participantes já haviam passado por todo o processo de diagnóstico e de adaptação para as necessidades impostas pela alergia à proteína do leite de vaca, com o consequente desenvolvimento de habilidades para evitar problemas e complicações, e de controle do início dos sintomas da alergia.

O conjunto dos resultados da presente pesquisa indicam que as ações de proteção das crianças com alergia à proteína do leite de vaca, por seus responsáveis, acabaram impactando sobre diversas condições de estimulação para estas crianças, uma vez que parte das ações protetivas aparentemente geraram redução de experiências sociais com outras crianças e adultos, assim como redução de estimulação física para as crianças com alergia, por exemplo, pela diminuição de brincadeiras turbulentas, com contato físico. Tais condições de restrição transcenderam à própria alergia, estendendo-se a cenários sociais e de estimulação física que, se bem ofertados e controlados, poderiam potencializar o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças com alergia à proteína do leite de vaca.

A superproteção dos pais de crianças com alergias alimentares também foi evidenciada na literatura^{4-6,13,25}.

Pais superprotetores são vigilantes, apresentam dificuldade de separação e exercem alto nível de controle e desencorajam o comportamento independente¹¹, fatos estes apresentados pelo presente estudo. Discute-se na literatura o grau de superproteção e suas consequências. Inicialmente, a ajuda e a proteção dos pais serviriam como uma função prática, porém pode se espalhar para aspectos não necessários. Entretanto, há situações em que altos níveis de proteção poderiam ser úteis, como no caso de crianças que ainda não apresentaram a capacidade de autocuidado adequada¹³.

Williams e Hankey⁸ demonstraram que o menor monitoramento dos pais foi associado com maior idade da criança com alergias alimentares e com maior auto monitoramento das crianças no processo de ingestão alimentar. Já em crianças portadoras de doenças crônicas, observou-se redução significativa da qualidade do relacionamento entre pais e filhos quando a doença durou menos de três anos¹². Um estudo qualitativo com pais de crianças com alergias alimentares sugeriu que a esperança possa ser um fator protetivo contra o impacto emocional negativo das alergias alimentares e, com isto, a criação de um ambiente seguro para seu filho, onde a doença ficaria em segundo plano, mesmo após vivenciar o trauma, a tristeza e a ansiedade no diagnóstico de seu filho⁶.

O presente estudo apresenta dados empíricos sobre os impactos da alergia à proteína do leite de vaca sobre condições de saúde da criança, sobre qualidade de vida dos adultos responsáveis e das crianças, assim como sobre o desenvolvimento dos estilos parentais. Os achados aqui descritos podem impactar sobre os modelos de atenção integral de cuidado, por exemplo, na intersetorialidade. Na conduta nutricional, a integralidade deve contemplar a alimentação da criança nos ambientes em ela deveria permanecer, como, por exemplo, os centros de educação infantil, menos frequentados por estas crianças, conforme resultado aqui descrito. Neste sentido, pode haver associação entre a menor permanência destas crianças nos ambientes escolares, com receios dos responsáveis quanto à ingestão de alimentos com derivados e traços de leite de vaca, experiências possivelmente relacionadas a estilos

parentais mais protetivos adotados pelos responsáveis por estas crianças. Ou seja, há que se estabelecer, ou reavaliar, protocolos nos centros de educação de educação infantil para recebimento de crianças com alergia à proteína do leite de vaca, e ampla divulgação aos responsáveis pelas crianças da existência das condições de segurança para as crianças com alergia.

O presente estudo também reforça a importância da avaliação e acompanhamento do estado nutricional de crianças com alergia à proteína do leite de vaca, pelos menores valores observados de peso, comprimento/estatura e peso para a idade. Tais achados indicam necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde, como nutricionistas e médicos pediatras, no sentido de reduzir os impactos da alergia sobre o desenvolvimento das crianças, por meio da conduta dietoterápica necessária ao tratamento.

Mesmo com a pertinência dos resultados, algumas limitações devem ser consideradas neste estudo, como não atingir a expectativa de duas crianças controle para cada criança caso, mesmo fazendo contato telefônico com todos os responsáveis pelas crianças indicadas. Pode-se citar ainda o fato de a avaliação nutricional ser realizada com dados secundários da caderneta de saúde, pela possibilidade de descalibração dos equipamentos, principalmente balanças, no deslocamento para a visita domiciliar, e pelos vieses de técnicas de medidas.

Assim, os responsáveis de crianças com alergia a proteína de vaca são mais protetores e vigilantes, evidenciado pela frequência superior de colo e inferior de brincadeira corporais. A alergia se associou ao desenvolvimento de menor peso, menor estatura e menor peso para a idade, menor frequência das crianças em ambientes escolares, e elas eram acompanhadas por mais profissionais de saúde. As crianças com alergia apresentaram pior qualidade de vida na dimensão “saúde”, mas seus responsáveis apresentaram melhor qualidade de vida emocional, provavelmente relacionada ao desenvolvimento de habilidades para lidar com a própria alergia.

■ REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira De Nutrição Parenteral E Enteral – SBNPE. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia nutricional no paciente com alergia ao leite de vaca. 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_no_paciente_com_alergia_ao_leite_de_vaca.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2015.
2. Morou Z, Tatsioni A, Dimoliatis IDK, Papadopoulos NG. Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: a systematic review of the literature. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014; 24: 382-395.
3. Fathi SM, Tavakol M, Rezaei N, Movahedi M, Aghamohammadi A, Shariat M, et al. Impact of Ige-mediated food allergy on parental quality of life in Iranian patients. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 2016; 15: 372-380.
4. Antolin-Amerigo D, Manso L, Caminati M, Caballer BH, Cerecedo I, Muriel A, et al. Quality of life in patients with food allergy. *Clin Mol Allergy*. 2016; 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12948-016-0041-4>.
5. Cummings AJ, Knibb RC, King RM, Lucas JS. The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*. 2010; 65: 933-945. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x>

6. Rouf K, White L, Evans K. A qualitative investigation into the maternal experience of having a young child with severe food allergy. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012; 17: 49-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104511415636>
7. Birdi G, Cooke R, Knibb R. Quality of life, stress, and mental health in parents of children with parentally diagnosed food allergy compared to medically diagnosed and healthy controls. *J Allergy*. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1497375>
8. Williams NA, Hankey M. Implications of social support and parenting self-efficacy for food allergy-related parenting practices. *Pediatr. Allergy Immunol. Pulmonol.* 2016; 29: 74-79. DOI: <https://doi.org/10.1089/ped.2015.0618>
9. Pinto RNM, Torquato IMB, Collet N, Reichert APS, Souza Neto VL, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>
10. Yonamine GH, Contim D, Castro APBM, Jacob CMA, Pastorino A C. Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2013; 23(1), 58-64.
11. Martins GDF, Macarini SM, Vieira ML, Seidl-De-Moura ML, Bussad VSR, Cruz RM. Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF*. 2010; 15:23-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100004>
12. Minetto MF, Löhr SS. Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. *Educ Rev.* 2016; 59:49-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44791>
13. Pinquart M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *J Ped Psychol.* 2013; 38: 708-721. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst020>
14. Rodrigues LC, Werneck GL. Estudos caso-controles. In: Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 175-190
15. Fegadolli F. Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros em condições crônica: fase I [tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2008.
16. World Health Organization. *Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO, 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 76 p.
18. Tompsen AM. *Validação, adaptação e avaliação de um instrumento para medir qualidade de vida em crianças a partir de oito meses de idade até cinco anos*[dissertação]. Porto Alegre, RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.
19. Fekkes M, Theunissen NC, Brugman E, Veen S, Koopman HM, Wit JM, et al. Development and psychometric evaluation of the TAPQOL: a health-related quality of life instrument for 1-5-year-old children. *Qual Life Res.* 2000; 9: 961-972. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1008981603178>
20. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473-483. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03260127>
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39: 143-150.
22. Vieira MC, Morais MB, Spolidoro JVN, Toporovski MS, Cardoso AL, Araujo GTB, et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. *BMC Pediatr.* 2010; 10:25. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-25>
23. Steinman H. Nutritional implications of food allergies. *S Afr J Clin Nutr.* 2010; 23: S37-S41. DOI: <https://doi.org/10.1080/16070658.2010.11734268>
24. Aguiar ALO, Maranhão CM, Spinelli LC, Figueiredo RM, Maia JMC, Gomes RC, et al. Avaliação clínica e evolutiva de crianças em programa de atendimento ao uso de fórmulas para alergia à proteína do leite de vaca. *Rev Paul Pediatr.* 2013; 31: 152-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200004>
25. Indinnimeo L, Baldini L, Vittori V, Zicari AM, Castro G, Tancredi G, et al. Duration of a cow-milk exclusion diet worsens parents' perception of quality of life in children with food allergies. *BMC Pediatr.* 2013; 13: 203. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-203>

Abstract

Introduction: Cow's milk protein allergy requires changes in family habits to maintain children's health.

Objective: This study evaluated the effects of cow's milk protein allergy on the health of children, the quality of life of parents and children, and the adopted parental styles.

Methods: Control case study. The case group consisted of children with cow's milk protein allergy, from eight months to five years old, and those guardians, and the Control Group, for healthy children of the same age group, and their parents. The quality of life of the child (TNO-AZL Preschool Children Quality of Life) and the caregiver (SF-36) were evaluated; parental style (Parental Beliefs and Care Practices Scale); and socioeconomic and health data of the child. The Mann-Whitney test was used to compare the groups ($p < 0.05$).

Results: 76 dyads from the case group and 44 from the control group participated. Children with cow's milk protein allergy had a lower quality of life in the health dimension, worse nutritional status, followed up with a larger number of health professionals. Those in charge of the case group offered less body stimulation to the children. Those in the control group had a lower quality of emotional life.

Conclusions: Cow's milk protein allergy had an impact on the health and nutritional status of children, on the corporal stimulation received by the children, and on the quality of emotional life of those guardians.

Keywords: milk hypersensitivity, quality of life, parent-child relations, child care.

©The authors (2021), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.