



Análise da qualidade de vida em pacientes pediátricos com alergia alimentar

Quality of life assessment in pediatric patients with food allergy

Analice Val de Paula¹, Lídia Lacerda Guimarães¹, Leticia Luisa Mattos²,
Luiza Elian Reis², Érica Godinho Menezes², Wilson Rocha Filho¹

RESUMO

Introdução: A alergia alimentar pode afetar o bem-estar dos pacientes e de seus familiares. Esse trabalho busca, por meio de questionário validado, investigar a qualidade de vida desses pacientes, acompanhados em um centro de tratamento multidisciplinar. **Métodos:** Pacientes entre 0 e 18 anos, monitorados no Ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital Infantil João Paulo II entre 2012 e 2017, foram selecionados para responder a um questionário de avaliação de qualidade de vida com coleta de informações acerca do tipo de alergia, sua apresentação clínica, presença de dermatite atópica, prescrição ou não de *kit* de Adrenalina®, tempo de acompanhamento no serviço e tempo de acompanhamento por nutricionista. **Resultados:** Foram incluídos 77 pacientes, com idade média de 3,38 anos, em sua maioria revelando qualidade de vida regular (43%) e com acompanhamento no Serviço inferior a seis meses (52%). Daqueles acompanhados por nutricionista, 52,4% o faziam há menos de seis meses. Alergia IgE mediada foi identificada em 51% dos sujeitos da pesquisa, com 66,66% dos mesmos sob prescrição de *kit* de Adrenalina®. Não houve associação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e as variáveis analisadas. **Conclusão:** O questionário de qualidade de vida é um importante instrumento de avaliação de pacientes com alergia alimentar, permitindo traçar o perfil dos mesmos e atuar individualmente nos quesitos que impactam negativamente o seu dia a dia.

Descritores: Criança, hipersensibilidade alimentar, qualidade de vida, saúde da criança.

ABSTRACT

Background: Food allergy can affect the well-being of patients and their families. **Objective:** To investigate the quality of life of patients with food allergy followed up at a multidisciplinary treatment center using a validated questionnaire. **Methods:** Patients aged 0 to 18 years followed up at the Food Allergy Outpatient Clinic of João Paulo II Pediatric Hospital between 2012 and 2017 were invited to answer a quality-of-life assessment questionnaire for information on type of allergy, clinical presentation, presence of atopic dermatitis, prescription of an epinephrine kit, duration of follow-up at the clinic, and duration of follow-up with a dietitian. **Results:** A total of 77 patients were included, with a mean age of 3.38 years. Most participants rated their quality of life as fair (43%) and had less than 6 months of outpatient follow-up (52%). From those meeting with a dietitian, 52.4% had less than 6 months of follow-up. Immunoglobulin E (IgE)-mediated allergy was identified in 51% of participants, and 66.66% of them required an epinephrine kit. There was no statistically significant association between quality of life and the study variables. **Conclusion:** A quality-of-life assessment questionnaire is an important tool for evaluating patients with food allergy, allowing us to profile these patients and to act individually on issues that might negatively impact their daily lives.

Keywords: Child, food hypersensitivity, quality of life, child health.

1. Hospital Infantil João Paulo II - Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH - Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A alergia alimentar é definida como uma resposta imune anormal a proteínas alimentares, podendo ser mediada por IgE, parcialmente mediada por IgE, ou não mediada por IgE^{1,2}. Afeta mais crianças do que adultos e sua prevalência vem aumentando globalmente nos últimos anos, estimada em aproximadamente 6% em crianças abaixo de três anos de idade, e 3,5% em adultos³. Pacientes portadores desta condição têm risco de evoluir com reações graves que, se não tratadas adequadamente, podem até mesmo ser fatais.

A restrição da ingestão da proteína alimentar alérgica é primordial para o tratamento, o que requer disciplina por parte do paciente e de sua família. São exemplos de cuidados constantes a serem observados: fazer leitura minuciosa de rótulos de produtos manufaturados, estar atento à possibilidade de contaminação cruzada de alimentos, e restringir algumas atividades escolares e sociais que envolvem ingestão alimentar⁴. Mais ainda, crianças com anafilaxia devem ser orientadas a portar consigo solução de epinefrina, bem como seus responsáveis deverão receber treinamento adequado para utilizá-la quando e se necessário. O diagnóstico de alergia alimentar pode, portanto, comprometer a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, sendo comum também o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos secundários⁵⁻⁷. Tal evolução pode ser observada especialmente em crianças em idade escolar⁸.

Muitos questionários de avaliação de qualidade de vida vêm sendo propostos para crianças e adolescentes portadores de alergia alimentar, buscando-se melhor compreensão do impacto do diagnóstico e de seu tratamento no cotidiano dos mesmos e de suas famílias⁹⁻¹². É neste contexto que o presente estudo se desenvolveu, visando, por meio da aplicação de questionário validado, investigar a qualidade de vida de pacientes assistidos em um centro de referência em tratamento multidisciplinar de alergia alimentar.

Métodos

Desenho do estudo e população

Trata-se de estudo transversal, descritivo, conduzido no Ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), no período de 2012 a 2017. Este centro oferece atendimentos por equipe profissional multidisciplinar, composta

por médicos de diferentes especialidades (pediatras, alergistas, gastroenterologistas pediátricos, dermatologistas), enfermeiras e nutricionistas.

Foram incluídos pacientes com idade entre 0 e 18 anos, com diagnóstico de alergia alimentar confirmado através da história clínica, mostrando relação de causa e efeito irrefutável, além de reprodutibilidade dos sintomas a partir da exposição repetida ao alimento suspeito. Quando necessário, realizou-se teste alérgico cutâneo de leitura imediata e dosagem de IgE específica para o alimento, ou ainda teste de provocação oral. Pacientes com alergia alimentar não IgE mediada foram incluídos quando apresentavam história clínica reprodutível e irrefutável ao alimento em questão. Quando necessário estes pacientes foram submetidos a teste de provocação oral para confirmação diagnóstica. O diagnóstico de esofagite eosinofílica (EoE) foi confirmado pelos achados macroscópicos obtidos por endoscopia digestiva alta, complementados por histologia evidenciando ≥ 15 eosinófilos por campo. Todos os pacientes foram submetidos à coleta específica de dados (pessoais e relacionados ao acompanhamento da doença em questão), registrados em formulário próprio.

Pacientes com histórico de anafilaxia receberam *kit* de Adrenalina[®] e seus pais e/ou cuidadores foram treinados no manejo correto de um plano de ação. Pacientes e/ou familiares e/ou cuidadores que se mostraram incapazes de preencher adequadamente os questionários, bem como pacientes portadores de doenças congênitas e/ou sistêmicas passíveis de comprometer a qualidade de vida, foram excluídos do estudo.

Questionário de Qualidade de Vida

Questionários padronizados, originalmente construídos em inglês, propostos por DunnGalvin e cols.⁹ e específicos para avaliação da qualidade de vida na alergia alimentar, foram aplicados aos pacientes e a seus pais, cuidadores ou responsáveis legais, cuidando-se para que o preenchimento fosse feito pelo mesmo responsável ao longo de todo o estudo. Em um primeiro momento realizamos a validação do questionário para a língua portuguesa em nosso serviço. Durante a tradução e adaptação dos questionários à língua portuguesa, solicitou-se que eles fossem preenchidos, pelo mesmo cuidador, em duas ocasiões, com no máximo uma semana de intervalo entre eles. Constatou-se uma concordância acima de 90% entre os dois preenchimentos. A seguir, passa-

ram a ser aplicados a cada três meses. Questionários de pacientes entre 0 e 12 anos de idade foram preenchidos exclusivamente pelos pais ou cuidadores, enquanto aqueles de pacientes entre 13 e 18 anos de idade foram preenchidos parte pelos próprios pacientes e parte por seus pais/cuidadores.

Em linhas gerais, as perguntas abordaram três domínios envolvidos na doença: seu impacto emocional, a presença de ansiedade alimentar e as possíveis limitações sociais e dietéticas. Para cada item avaliado são apresentadas opções de quantificação do comprometimento da qualidade de vida do paciente, através de numeração que varia de um (ausente) a seis (grau extremo). O resultado final se dá pela média da soma dos valores médios obtidos em cada um dos domínios. Valores entre zero e dois indicam qualidade de vida boa; entre três e quatro, qualidade de vida regular; entre cinco e seis, qualidade de vida ruim (Anexos 1, 2 e 3).

Tabela 1

Qualidade de vida na população estudada

Classificação da qualidade de vida	Frequência	
	n	%
Melhor qualidade de vida	31	40,3
Qualidade de vida regular	33	42,8
Qualidade de vida ruim	13	16,9

Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados através do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), para Windows, versão 16.0. Consideraram-se as seguintes variáveis: descrição da qualidade de vida (ruim, regular ou boa); tempo de acompanhamento no Serviço; histórico de acompanhamento por nutricionista (e sua duração); tipo de alergia (IgE mediada, não IgE mediada, ou mista); diagnóstico de acordo com a apresentação clínica da alergia e prescrição de *kit* de Adrenalina®. Os testes estatísticos utilizados para análise foram Qui-quadrado (χ^2), *t* de Student e Kruskal-Wallis. O valor de $p < 0,05$ foi considerado como limiar de significância estatística.

Resultados

Inicialmente foram selecionados 90 pacientes, dos quais 13 (14,4%) foram excluídos seja por falha no seguimento clínico ou preenchimento incorreto dos questionários. O estudo baseou-se, portanto, nos dados de 77 pacientes, dos quais 41 (53,2%) são do sexo masculino e 36 (46,8%) do sexo feminino, com idade média de 3,38 anos (Figura 1).

A qualidade de vida (Tabela 1) foi analisada no contexto das seguintes variáveis: tempo de acompanhamento no Serviço; acompanhamento ou não por uma nutricionista (e sua duração); classificação e apresentação clínica da alergia; prescrição ou não de *kit* de Adrenalina® (Tabelas 2 e 3). Quando se analisa o tempo de acompanhamento dos pacientes no Serviço (Tabela 4), tem-se que 22 (28,5%) eram monitorados há mais de 12 meses, para 15 (19,5%) o período variava entre seis e 12 meses, e para 40

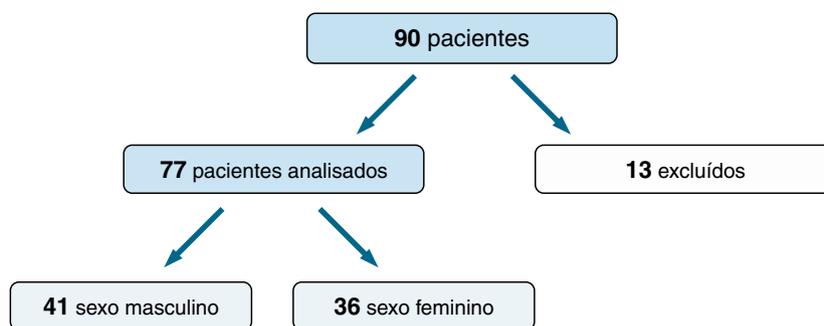


Figura 1
Pacientes selecionados

(52%) o acompanhamento era inferior a seis meses. Dentre estes últimos, 19 pacientes (47,5%) revelaram qualidade de vida “boa”, 15 (37,5%) “regular”, e seis (15,0%) “ruim” após o diagnóstico e acompanhamento. Dos 15 pacientes com tempo de acompanhamento entre seis e 12 meses, seis (40,0%) apresentaram qualidade de vida “boa”, seis (40,0%) “regular”, e três

(20,0%) “ruim”. Por fim, os 22 pacientes com tempo de acompanhamento no serviço superior a 12 meses classificaram-se, em relação à qualidade de vida, como: 6 “boa” a (27,3%); 12 regular (54,5%); e 4 ruim (18,2%). Não se observou associação estatisticamente significativa entre as variáveis qualidade de vida e tempo de acompanhamento no Serviço” ($p = 0,602$).

Tabela 2

Descrição da população estudada

Características	n	%
Acompanha com nutricionista		
Sim	42	54,5
Não	35	45,5
Kit adrenalina®		
Sim	26	33,8
Não	51	66,2
Dermatite atópica		
Sim	31	40,8
Não	45	59,2
Sem informação	1	–
Tempo acompanhamento no serviço		
< 6 meses	40	52
6–12 meses	15	19,5
>12 meses	22	28,5
Tempo acompanhamento com nutricionista		
< 6 meses	22	52,4
6–12 meses	9	21,4
>12 meses	11	26,2
Não se aplica	35	–
Tipo de alergia		
IgE mediado	39	50,6
Não mediado por IgE	20	26,0
Alergia mista	18	23,4
Apresentação clínica da alergia		
Proctite	12	15,6
FPIES	8	10,4
Esofagite eosinofílica	3	3,9
Alergia IgE mediada	39	50,6
Dermatite atópica como apresentação única	15	19,5

Do total da amostra, 42 pacientes (54,5%) estiveram sob os cuidados de uma nutricionista por períodos variáveis (Tabela 5): 22 com tempo de acompanhamento inferior a seis meses (52,4%); 9 entre seis e 12 meses (21,4%); 11 superior a 12 meses (26,2%). Quando se avalia a qualidade de vida desses pacientes, 19 (45,2%) classificaram-se como “boa”,

18 (42,9%) como “regular”, e cinco pacientes (11,9%) revelaram qualidade de vida “ruim”. Não foi observada associação estatisticamente significativa ($p = 0,382$) entre as variáveis “qualidade de vida” e “acompanhamento por uma nutricionista”, tampouco entre “qualidade de vida” e “tempo de acompanhamento por uma nutricionista” (Tabela 6). Dos 22 pacientes com

Tabela 3

Comparações entre acompanhamento com nutricionista, *kit* de adrenalina®, dermatite atópica, tempo de acompanhamento no serviço, tempo de acompanhamento com nutricionista, tipo de alergia, apresentação clínica da alergia e a classificação da qualidade de vida (QV)

Características	QV Boa	QV Regular	QV Ruim	Valor p
Acompanha com nutricionista				
Sim	19 (45,2%)	18 (42,9%)	5 (11,9%)	0,382
Não	12 (34,3%)	15 (42,9%)	8 (22,8%)	
<i>Kit</i> adrenalina®				
Sim	8 (30,8%)	13 (50%)	5 (19,2%)	0,503
Não	23 (45,1%)	20 (39,2%)	8 (15,7%)	
Dermatite atópica				
Sim	13 (41,9%)	13 (41,9%)	5 (16,2%)	0,934
Não	17 (37,8%)	20 (44,4%)	8 (17,8%)	
Tempo acompanhamento				
< 6 meses	19 (47,5%)	15 (37,5)	6 (15%)	0,602
6-12 meses	6 (40%)	6 (40%)	3 (20%)	
> 12 meses	6 (27,3%)	12 (54,5%)	4 (18,2%)	
Acompanhamento c/ nutricionista				
< 6 meses	13 (59,1%)	8 (36,4%)	1 (4,5%)	0,257
6-12 meses	3 (33,3%)	4 (44,5%)	2 (22,2%)	
>12 meses	3 (27,2%)	6 (54,6%)	2 (18,2%)	
Tipo de alergia				
IgE mediado	12 (30,8%)	19 (48,7%)	8 (20,5%)	0,082
Não mediado por IgE	11 (55%)	9 (45%)	0 (0)	
Alergia mista	8 (44,4%)	5 (27,8%)	5 (27,8%)	
Apresentação clínica				
Proctite	7 (58,4%)	5 (41,6%)	0 (0)	0,232
FPIES	4 (50%)	4 (50%)	0 (0)	
Esofagite eosinofílica	1 (25%)	0 (0)	2 (75%)	
Alergia IgE mediada	12 (30,8%)	19 (48,7%)	8 (20,5%)	
Dermatite atópica	7 (46,6%)	5 (33,4%)	3 (20%)	

período de acompanhamento por uma nutricionista igual ou inferior a seis meses, 13 (59,1%) revelaram qualidade de vida “boa”, oito (36,4%) “regular”, e um (4,5%) “ruim”. Naqueles com tempo de acompanhamento entre seis e 12 meses, três pacientes (33,3%) apresentaram qualidade de vida “boa”, quatro (44,5%) “regular”, e dois (22,2%) “ruim”. Por fim, três pacientes com tempo superior a 12 meses revelaram qualidade de vida “boa”, seis (54,6%) classificaram-se como “regular”, e dois (18,2%) como “ruim” (Tabela 5).

A alergia IgE mediada foi identificada em 39 pacientes, sendo que 12 deles (30,8%) revelaram qualidade de vida “boa”, 19 (48,7%) “regular” e oito

(20,5%) “ruim”. Já dos 20 pacientes com alergia não mediada por IgE, 11 (55,0%) apresentaram-se com qualidade de vida “boa”, e nove (45,0%) “regular”. Finalmente, dos 18 pacientes com alergia mista, oito (44,4%) apresentaram qualidade de vida “boa”, cinco (27,8%) “regular”, e cinco (27,8%) “ruim”. Não se observou associação estatisticamente significativa entre as variáveis “qualidade de vida” e “tipo de alergia alimentar” (Tabela 7).

A apresentação clínica do quadro alérgico foi outra variável analisada, obtendo-se os seguintes resultados: 12 pacientes com proctite (15,6%), com sete pacientes (58,4%) revelando qualidade de vida

Tabela 4

Relação entre o período de tempo de acompanhamento e qualidade de vida (QV)

	< 6 meses	6-12 meses	>12 meses
QV Boa	19 (47,5%)	6 (40%)	6 (27,3%)
QV Regular	15 (37,5%)	6 (40%)	12 (54,5%)
QV Ruim	6 (15%)	3 (20%)	4 (18,2%)
Total	40 (52%)	15 (19,5%)	22 (28,5%)
Valor p		0,602	

Tabela 5

Tempo de acompanhamento com nutricionista e qualidade de vida (QV)

	< 6 meses	6-12 meses	>12 meses
QV Boa	13 (59,1%)	3 (33,3%)	3 (27,2%)
QV Regular	8 (36,4%)	4 (44,5%)	6 (54,6%)
QV Ruim	1 (4,5%)	2 (22,2%)	2 (18,2%)
Total	22 (52,4%)	9 (21,4%)	11 (26,2%)
Total		42 (54,5%)	
Valor p		0,257	

“boa” e cinco “regular”; 8 pacientes com síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar - FPIES (10,4%), com quatro pacientes (50%) com qualidade de vida “boa” e quatro (50%) “regular”; 3 pacientes com esofagite eosinofílica (3,9%), dentre os quais um (25%) apresentou qualidade de vida “boa” e dois (75%) “ruim”; 39 pacientes com alergia IgE mediada propriamente dita (50,6%), dos quais 12 (30,8%) revelaram qualidade de vida “boa”, 19 (48,7%) “regular”, e oito (20,5%) “ruim”; 31 pacientes com dermatite atópica (40,2%), com 13 (41,9%) apresentando qualidade de vida “boa”, 13 (41,9%) “regular”, e cinco (16,2%) “ruim”; 15 pacientes com dermatite atópica como

manifestação única (19,5%), sete destes (46,68%) cursaram com qualidade de vida “boa”, cinco (33,4%) “regular”, e três (20%) “ruim”. Também não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis “qualidade de vida” e “apresentação clínica da alergia alimentar” (Tabela 8).

Kits de Adrenalina® foram prescritos para 26 (66,66%) dos 39 pacientes com alergia IgE mediada. Destes, oito (30,8%) apresentaram qualidade de vida “boa”, 13 (50%) “regular”, e cinco (19,2%) “ruim”. Mais uma vez não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas (Tabela 9).

Tabela 6

Relação entre acompanhamento por uma nutricionista e qualidade de vida (QV)

	Acompanha com nutricionista	Não acompanha com nutricionista
QV Boa	19 (45,2%)	12 (34,3%)
QV Regular	18 (42,9%)	15 (42,9%)
QV Ruim	5 (11,9%)	8 (22,8%)
Total	22 (52,4%)	9 (21,4%)
Valor p	0,382	

Tabela 7

Relação entre fisiopatologia da alergia alimentar e qualidade de vida (QV)

	Alergia IgE mediada	Alergia não-mediada por IgE	Alergia mista
QV Boa	12 (30,8%)	11 (55,0%)	8 (44,4%)
QV Regular	19 (48,7%)	9 (45,0%)	5 (27,8%)
QV Ruim	8 (20,5%)	2 (22,2%)	5 (27,8%)
Total	39 (50,6 %)	20 (26,0%)	18 (23,4%)
Valor p	0,082		

Tabela 8

Relação entre diagnóstico de alergia alimentar e qualidade de vida (QV)

	Proctite	FPIES	Esofagite eosinofílica	Alergia IgE mediada	Dermatite atópica	Dermatite atópica como manifestação única
QV Boa	7 (58,4%)	4 (50%)	1 (25%)	12 (30,8%)	13 (41,9%)	7 (46,68%)
QV Regular	5 (41,6%)	4 (50%)	0	19 (48,7%)	13 (41,9%)	5 (33,4%)
QV Ruim	0	0	2 (75%)	8 (20,5%)	5 (16,2%)	3 (20%)
Total	12 (15,6%)	8 (10,4%)	3 (3,9%)	39 (50,6%)	31 (40,2%)	15 (19,5%)
Valor p			0,232			

FPIES = síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar.

Observa-se ainda que a maior parte dos pacientes analisados eram acompanhados no Serviço por um período inferior a seis meses, revelando qualidade de vida “boa”. Já a maioria dos pacientes acompanhados por período superior a 12 meses consideraram sua qualidade de vida “regular”. Do total de pacientes, aproximadamente metade (50%) fazia acompanhamento com nutricionista, em sua maioria por tempo inferior a seis meses, e revelaram qualidade de vida “boa”.

Quando se analisa os pacientes em relação ao tipo de alergia alimentar, tem-se que aproximadamente 50% apresentavam alergia IgE mediada, com qualidade de vida “regular”. Já aqueles com alergia não mediada por IgE ou mista revelaram, em sua maioria, qualidade de vida “boa”. A alergia IgE mediada e a dermatite atópica foram os principais tipos de apresentação clínica de alergia alimentar identificados, com qualidade de vida variando entre “boa” e “regular”, mesmo nas demais apresentações

Tabela 9Relação entre prescrição de *kit* de Adrenalina® para pacientes com alergia IgE mediada

	Recebeu <i>Kit</i> de adrenalina®
Qualidade de vida boa	8 (30,8%)
Qualidade de vida regular	13 (50%)
Qualidade de vida ruim	5 (19,2%)
Total	26 (66,66%)
Valor p	0,503

clínicas. Dentre os que receberam prescrição de *kits* de Adrenalina®, a qualidade de vida “regular” foi a mais prevalente.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre nenhuma das variáveis analisadas e a qualidade de vida dos pacientes em estudo.

Discussão

A qualidade de vida das crianças com diagnóstico de alergia alimentar vem sendo objeto de estudos nos últimos anos, o que levou ao desenvolvimento de muitos questionários como ferramenta de avaliação do impacto da doença e de seu tratamento no indivíduo e naqueles que o cercam.

Questionários genéricos são aqueles que avaliam a qualidade de vida associada à saúde utilizando quatro domínios básicos (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). São ferramentas que permitem comparações entre grupos diferentes, constituídos tanto por indivíduos saudáveis como por portadores de doenças diversas^{13,14}. Avery e cols., por exemplo, compararam um grupo de crianças alérgicas a amendoim com outro grupo composto por crianças portadoras de diabetes mellitus dependentes de insulina. Observou-se maior incidência e níveis (intensidade) mais elevados de ansiedade nos componentes do grupo “alérgicos a amendoim”¹⁵. Calsbeek¹⁶, por sua vez, comparou 98 indivíduos com alergia alimentar com outros 758 portadores de doenças gastrointestinais crônicas, verificando que crianças e adolescentes do primeiro grupo sofreram um impacto diário maior na escola e em suas atividades recreativas quando comparadas com os pacientes com outras doenças digestivas não alérgicas. Estudo conduzido na Holanda também comparou escores gerais de qualidade de vida entre indivíduos com alergia alimentar, síndrome do intestino irritável, diabetes mellitus, artrite reumatoide e asma. O grupo com alergia alimentar revelou pior qualidade de vida em relação aos pacientes com diabetes mellitus, e qualidade de vida superior àqueles com asma, artrite reumatoide e síndrome do intestino irritável¹⁶.

Os resultados dos estudos baseados em avaliação genérica de qualidade de vida sugerem que os efeitos emocionais observados em pacientes com alergia alimentar são difíceis de se comparar com os de indivíduos portadores de outras doenças crônicas. Características distintas do paciente com alergia alimentar podem levar a graus mais elevados de ansiedade, mas parecem causar, no entanto, menor impacto na socialização desses indivíduos

quando comparados àqueles com doença crônica não episódica^{5,17}.

Estudos baseados em fatores específicos de qualidade de vida na alergia alimentar, por sua vez, evidenciam fatores capazes de impactar o dia a dia do paciente, tais como a prescrição de Adrenalina®, a história de anafilaxia e a percepção de responsabilidade em cuidar de sua própria saúde. Nesse sentido, DunnGalvin e cols.⁹ desenvolveram dois questionários de qualidade de vida, sendo um deles destinado a crianças de 0 a 12 anos e o segundo para pacientes de 12 a 18 anos. Os questionários foram confeccionados na Universidade College Cork, na Irlanda, a partir de cinco etapas: a primeira compreendeu a enumeração de itens e conteúdos que captam precisamente as preocupações dos pais, o que foi possível a partir de pesquisas a grupos de apoio, escuta de especialistas e revisão da literatura; em seguida aplicou-se a metodologia de impacto clínico para reduzir o número de itens do questionário, através da avaliação da frequência (número de pais endossando cada item em particular), da importância (média das notas dadas pelos pais para cada questão) e da importância global (frequência vs. importância) de cada item avaliado; na terceira etapa, os itens foram submetidos a análises para se definir as escalas dos questionários, os quais foram divididos em três domínios diferentes (de acordo com a abordagem): impacto emocional, ansiedade alimentar e limitações sociais e dietéticas; na etapa 4, validação do questionário, foram usados o Questionário de Saúde da Criança e a Medida Independente de Alergia Alimentar; por fim, a quinta e última etapa caracterizou-se pela validação cultural, com a aplicação do questionário nos pacientes da Universidade Duke nos Estados Unidos^{9,18}.

A importância da atuação multidisciplinar (pediatra, alergista, nutricionista e psicólogo) no tratamento da alergia alimentar vem sendo progressivamente evidenciada¹⁹. Destaca-se aqui o papel do nutricionista na busca de melhor qualidade de vida para pacientes, seus familiares e/ou cuidadores^{9,20,21}. Para a Sociedade Italiana de Nutrição Pediátrica, assim como para a Sociedade Italiana de Alergia e Imunologia Pediátrica, é essencial que as crianças submetidas a dietas de exclusão sejam acompanhadas regularmente pelo nutricionista¹⁹, com reavaliações periódicas programadas para se checar as necessidades nutricionais, as adaptações impostas pela idade e a adesão à dieta¹⁹. O plano de seguimento deve ser estabelecido com base na idade

e no padrão de crescimento²². O nutricionista tem, assim, papel central, a fim de suprir os nutrientes cuja restrição foi imposta pela dieta (lembrando que cada faixa etária exige uma atenção especial para determinado nutriente), além de auxiliar os pais nos preparos das refeições, o que diminui a ansiedade e melhora a qualidade de vida²².

A alergia alimentar pode também desencadear distúrbios psicológicos nos pacientes e em seus familiares²³. O receio constante de reações anafiláticas e a necessidade de vigilância para se prevenir exposições a alérgenos geram tensão e são preditores de angústia⁷. Ravid e cols. demonstraram que tais pacientes e suas famílias são frequentemente mais ansiosos e angustiados e têm pior qualidade de vida em relação à população geral⁵.

Buscou-se assim, neste estudo, determinar a qualidade de vida e traçar o perfil psicológico dos pacientes nele incluídos. No que se refere à qualidade de vida, não foi observada uma associação estatisticamente significativa com as variáveis analisadas, o que difere de dados publicados internacionalmente, que revelam associação entre o acompanhamento com nutricionista, a prescrição e treinamento do uso de Adrenalina® e o tempo de acompanhamento no serviço com um aprimoramento na qualidade de vida do paciente com alergia alimentar. O pequeno tamanho da amostra estudada (77 pacientes), bem como o seu curto período de seguimento e consequentemente o número de vezes que o questionário foi preenchido, poderia justificar essa divergência de resultados e realçam a necessidade de expansão da oferta de suporte nutricional prolongado aos pacientes acompanhados no Ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)- FHEMIG.

Nosso estudo também não avaliou se a qualidade de vida variava de acordo com o alimento em questão e se alergia a múltiplos alimentos poderia influenciar negativamente na qualidade de vida.

Ficou claro também, a partir deste estudo, a necessidade por suporte psicológico dos pacientes do referido Ambulatório, que, infelizmente, não conta com tal Serviço. De acordo com os dados disponíveis, essa carência parece contribuir para que 59,7% dos indivíduos analisados tenham qualidade de vida regular ou ruim.

Conclusão

O questionário de qualidade de vida é uma importante ferramenta de monitoramento de pacientes com diagnóstico de alergia alimentar, uma vez que permite individualizar seu perfil e evidenciar fatores que impactam negativamente no bem estar cotidiano.

Apesar de trabalhos publicados apontarem associação direta entre determinadas variáveis e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos em questão, o presente estudo não constatou o mesmo, mas ficou evidente a necessidade de maior suporte psicológico aos pacientes acompanhados no Ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)- FHEMIG.

Estudos envolvendo populações maiores e por tempo prolongado de acompanhamento deverão ser estimulados, buscando-se explorar e mesmo identificar outras variáveis capazes de aprimorar as intervenções terapêuticas e, consequentemente, a qualidade de vida de crianças portadoras de alergia alimentar.

Anexo 1

Questionário de Qualidade de Vida na Alergia Alimentar - Crianças de 0 a 12 anos

ANEXO 1

Questionário de Qualidade de Vida na Alergia Alimentar

Crianças de 0 a 12 anos

Resposta dos pais

(FAQoL-PF)

Instruções aos Pais

- A seguir são situações sugeridas pelos pais que afetam a qualidade de vida de seus filhos devido a alergia alimentar.
- Favor indicar qual o impacto cada situação tem na qualidade de vida de seu(sua) filho(a) marcando um X nas opções numeradas de 0 a 6.

Opções de resposta

0 = nenhum

1 = um pouco

2 = levemente

3 = moderado

4 = muito

5 = bastante

6 = extremo

Esse questionário é anônimo e será identificado por um código numérico, preservando sua identidade.

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

Se seu(sua) filho(a) tem de 0 a 3 anos, favor responder a seção A

Se seu(sua) filho(a) tem de 4 a 6 anos, favor responder Seção A e B

Se seu(sua) filho(a) tem 7 anos ou mais, favor responder Seção A, B e C.

Código:

SEÇÃO A : para todas as idades

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, o(a) meu(minha) filho(a) se sente							
1	Ansioso(a) e preocupado(a) ao comer						
2	Diferente das outras crianças						
3	Frustrado(a) por não poder comer as comidas que quer						
4	Com medo de experimentar comidas novas						
5	Incomodado(a) com o fato de que eu esteja preocupado(a) com a possibilidade dele(a) ter uma reação com o alimento						

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, meu(minha) filho(a).....							
6	Passa mal (fisicamente)						
7	Apresenta distúrbios emocionais						
8	Tem poucas opções de alimentos para comer						

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, meu(minha) filho(a) tem sido prejudicado(a) por.....							
9	Receber mais atenção do que as outras crianças da idade dele(a)						
10	Ter que amadurecer mais rápido que as outras crianças da idade dele(a)						
11	Ter seu ambiente mais limitado que as outras crianças da idade dele(a)						

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, o ambiente social do(a) meu(minha) filho(a) é restrito devido a limitações em.....							
12	Encontrar restaurantes seguros em que possamos ir em família						
13	Encontrar locais de férias que possamos ir tranquilamente em família						
14	Nas atividades escolares de outras pessoas (como dormir fora de casa, festas, brincar, etc.)						

SEÇÃO B: somente para crianças com idade de 4 a 12 anos

Código:

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, a participação do(a) meu(minha) filho(a) é limitada.....							
15	Na escola, quando envolve atividades ou eventos relacionados a comida (lanches, festas etc.)						

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, meu(minha) filho(a) se sente.....							
16	Ansioso(a) quando vai a lugares diferentes						
17	Incomodado(a) com o fato de ter que ser cuidadoso com o que vai comer						
18	"Excluído(a)" de atividades envolvendo comida						
19	Chateado(a) que os passeios da família são limitados						
20	Preocupado(a) em comer, acidentalmente, um alimento que possa causar alergia nele(a)						
21	Ansioso(a) quando se alimenta com adultos ou crianças que não conhece						
22	Frustrado(a) pelas limitações da sua vida social						

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, meu(minha) filho(a).....							
23	É mais ansioso(a) do que as outras crianças da mesma idade						
24	É mais cuidadoso(a) que as outras crianças da mesma idade						
25	Menos confiante em situações sociais que as outras crianças da mesma idade						
26	Deseja não ter mais alergia alimentar						

SEÇÃO C : somente para crianças de 7 a 12 anos

Código:

	Nenhum → Extremo						
	0	1	2	3	4	5	6
Por causa da alergia alimentar, meu(minha) filho(a) sente se.....							
27	Preocupado(a) com o seu futuro (oportunidades, relacionamentos)						
28	Preocupado(a) com o fato das pessoas não entenderem a gravidade de sua alergia alimentar						
29	Preocupado(a) com a pequena quantidade de informação nos rótulos de produtos						
30	Limitado(a) pela alergia alimentar						

Anexo 3

Folhas de respostas

ANEXO 3

QQV Folha de Respostas (0-3 anos)

1. Impacto emocional Domínio		2. Ansiedade alimentar Domínio		3. Limitações sociais e dietéticas Domínio	
Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)
Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo	
Q. 2		Q. 1		Q. 3	
Q. 6		Q. 4		Q. 8	
Q. 7		Q. 5		Q. 12	
Q. 9				Q. 13	
Q. 10				Q. 14	
Q. 11					
Total		Total		Total	
Total / 6 = Pontos do domínio impacto emocional (IE)		Total / 3 = Pontos do domínio ansiedade alimentar (AA)		Total / 5 = pontos do domínio limitações sociais e dietéticas (LSD)	
Pontos do domínio IE=		Pontos do domínio AA=		Pontos do domínio LSD =	

QQV Score final = (Pontos do domínio IE+ Pontos do domínio AA+Ponto do domínio LSD) / 3

QQV Score final = (____ + ____ + ____) / 3 = ____

QQV Folha de Respostas (4-6 anos)

1. Impacto emocional Domínio		2. Ansiedade alimentar Domínio		3. Limitações sociais e dietéticas Domínio	
Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)
Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo	
Q. 2		Q. 1		Q. 3	
Q. 6		Q. 4		Q. 8	
Q. 7		Q. 5		Q. 12	
Q. 9		Q. 16		Q. 13	
Q. 10		Q. 17		Q. 14	
Q. 11		Q. 20		Q. 15	
Q. 23		Q. 21		Q. 18	
Q. 24				Q. 19	
Q. 25				Q. 22	
Q. 26					
Total		Total		Total	
Total / 10 = Pontos do domínio impacto emocional (IE)		Total / 7 = Pontos do domínio ansiedade alimentar (AA)		Total / 9 = pontos do domínio limitações sociais e dietéticas (LSD)	
Pontos do domínio IE=		Pontos do domínio AA=		Pontos do domínio LSD =	

QQV Score final = (Pontos do domínio IE+ Pontos do domínio AA+Ponto do domínio LSD) / 3

QQV Score final = (____ + ____ + ____) / 3 = ____

QQV Folha de Respostas (7-12 anos)

Impacto Emocional Domínio		Ansiedade alimentar Domínio		Limitações sociais e dietéticas Domínio	
Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)
Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo	
Q. 2		Q. 1		Q. 3	
Q. 6		Q. 4		Q. 8	
Q. 7		Q. 5		Q. 12	
Q. 9		Q. 16		Q. 13	
Q. 10		Q. 17		Q. 14	
Q. 11		Q. 20		Q. 15	
Q. 23		Q. 21		Q. 18	
Q. 24		Q. 29		Q. 19	
Q. 25				Q. 22	
Q. 26					
Q. 27					
Q. 28					
Q. 30					
Total		Total		Total	
Total / 13 = Pontos do domínio impacto emocional (IE)		Total / 8 = Pontos do domínio ansiedade alimentar (AA)		Total / 9 = pontos do domínio limitações sociais e dietéticas (LSD)	
Pontos do domínio IE=		Pontos do domínio AA=		Pontos do domínio LSD =	

QQV Score final = (Pontos do domínio IE+ Pontos do domínio AA+Ponto do domínio LSD) / 3

QQV Score final = (____ + ____ + ____) / 3 = ____

QQV Folha de Respostas (12-18 anos)

1. Impacto emocional Domínio		2. Ansiedade alimentar Domínio		3. Limitações sociais e dietéticas Domínio	
Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)	Pergunta	Ponto (0-6)
Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo		Coloque os pontos de cada pergunta abaixo	
Q. 2		Q. 1		Q. 3	
Q. 6		Q. 4		Q. 8	
Q. 7		Q. 5		Q. 12	
Q. 9		Q. 17		Q. 13	
Q. 10		Q. 18		Q. 14	
Q. 11		Q. 20		Q. 15	
Q. 24		Q. 22		Q. 16	
Q. 25		Q. 30		Q. 19	
Q. 26				Q. 21	
Q. 27				Q. 23	
Q. 28				Q. 31	
Q. 29					
Q. 32					
Total		Total		Total	
Total / 13 = Pontos do domínio impacto emocional (IE)		Total / 8 = Pontos do domínio ansiedade alimentar (AA)		Total / 11 = pontos do domínio limitações sociais e dietéticas (LSD)	
Pontos do domínio IE=		Pontos do domínio AA=		Pontos do domínio LSD =	

QQV Score final = (Pontos do domínio IE+ Pontos do domínio AA+Ponto do domínio LSD) / 3

QQV Score final = (____ + ____ + ____) / 3 = ____

Referências

- Tordesillas L, Berin MC, Sampson HA. Immunology of Food Allergy. *Immunity*. 2017 Jul 18;47(1):32-50. doi: 10.1016/j.immuni.2017.07.004.
- da Silva RT, de Silva ATPF, de Oliveira NC, de Oliveira MVL, de Souza Mendonça JJ. Alergias alimentares na infância: sistema imunológico e fatores envolvidos. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(9):66324-66342.
- Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2018 Jan;141(1):41-58. doi: 10.1016/j.jaci.2017.11.003.
- Itschul AS, Scherrer DL, Muñoz-Furlong A, Sicherer SH. Manufacturing and labeling issues for commercial products: relevance to food allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Sep;108(3):468. doi: 10.1067/mai.2001.117794.
- Ravid NL, Annunziato RA, Ambrose MA, Chuang K, Mullarkey C, Sicherer SH, et al. Mental health and quality-of-life concerns related to the burden of food allergy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2012 Feb;32(1):83-95. doi: 10.1016/j.iac.2011.11.005.
- Ostblom E, Egmar AC, Gardulf A, Lilja G, Wickman M. The impact of food hypersensitivity reported in 9-year-old children by their parents on health-related quality of life. *Allergy*. 2008 Feb;63(2):211-8. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01559.x.
- 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 Aug;65(8):933-45. doi: 10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x.
- Thörnqvist V, Middelveld R, Wai HM, Ballardini N, Nilsson E, Strömquist J, et al. Health-related quality of life worsens by school age amongst children with food allergy. *Clin Transl Allergy*. 2019 Feb 7;9:10. doi: 10.1186/s13601-019-0244-0.
- DunnGalvin A, de BlokFlokstra BM, Burks AW, Dubois AE, Hourihane JO. Food allergy QoL questionnaire for children aged 0-12 years: content, construct, and cross-cultural validity. *Clin Exp Allergy*. 2008 Jun;38(6):977-86. doi: 10.1111/j.1365-2222.2008.02978.x.
- Koot H, Wallander J. Quality of Life in Child and Adolescent Illness: Theoretical and Developmental Issues in Quality of Life for Children and Adolescents [E-book]. 1ª ed. Reino Unido: Routledge; 2001. 26 p. ISBN: 9781315800592.
- Cohen BL, Noone S, Muñoz-Furlong A, Sicherer SH. Development of a questionnaire to measure quality of life in families with a child with food allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Nov;114(5):1159-63. doi: 10.1016/j.jaci.2004.08.007.
- Higginson IJ, Carr AJ, Carr AJ, Higginson IJ, Robinson PG. The clinical utility of quality of life measures. In *Quality of life*. London: BMJ Books. 2003. p. 63-78.
- Valentine AZ, Knibb RC. Exploring quality of life in families of children living with and without a severe food allergy. *Appetite*. 2011 Oct;57(2):467-74. doi: 10.1016/j.appet.2011.06.007.
- Mendonça RB, Solé D, DunnGalvin A, Len CA, Sarni ROS. Evaluation of the measurement properties of the Brazilian version of two quality-of-life questionnaires in food allergy - for children and their parents. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96(5):600-6. doi:10.1016/j.jpmed.2019.04.005.
- Avery NJ, King RM, Knight S, Hourihane JO. Assessment of quality of life in children with peanut allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2003 Oct;14(5):378-82. doi: 10.1034/j.1399-3038.2003.00072.x.
- Calsbeek H, Rijken M, Bekkers MJ, Dekker J, van Berge Henegouwen GP. School and leisure activities in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact of burden of disease. *Int J Behav Med*. 2006;13(2):121-30. doi: 10.1207/s15327558ijbm1302_3.
- Awasthi S, Agnihotri K, Chandra H, Singh U, Thakur S. Assessment of Health-Related Quality of Life in school-going adolescents: validation of PedsQL instrument and comparison with WHOQOL-BREF. *Natl Med J India*. 2012 Mar-Apr;25(2):74-9.
- van der Velde JL, Flokstra-de Blok BM, Vlieg-Boerstra BJ, Oude Elberink JN, Schouten JP, DunnGalvin A, et al. Test-retest reliability of the Food Allergy Quality of Life Questionnaires (FAQLQ) for children, adolescents and adults. *Qual Life Res*. 2009 Mar;18(2):245-51. doi: 10.1007/s11136-008-9434-2.
- Giovannini M, D'Auria E, Caffarelli C, Verduci E, Barberi S, Indinnimeo L, et al. Nutritional management and follow up of infants and children with food allergy: Italian Society of Pediatric Nutrition/Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology Task Force Position Statement. *Ital J Pediatr*. 2014 Jan 3;40:1. doi: 10.1186/1824-7288-40-1.
- Teufel M, Biedermann T, Rapps N, Hausteiner C, Henningsen P, Enck P, et al. Psychological burden of food allergy. *World J Gastroenterol*. 2007 Jul 7;13(25):3456-65. doi: 10.3748/wjg.v13.i25.3456.
- Klennert MD, Robinson JL. Addressing the psychological needs of families of food-allergic children. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2008 May;8(3):195-200. doi: 10.1007/s11882-008-0033-7.
- Mazzocchi A, Venter C, Maslin K, Agostoni C. The Role of Nutritional Aspects in Food Allergy: Prevention and Management. *Nutrients*. 2017 Aug 9;9(8):850. doi: 10.3390/nu9080850.
- Sicherer SH, Noone SA, Muñoz-Furlong A. The impact of childhood food allergy on quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2001 Dec;87(6):461-4. doi: 10.1016/S1081-1206(10)62258-2.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Correspondência:
Wilson Rocha Filho
E-mail: wrocha2227@gmail.com