

Alergia ao leite de vaca: análise da percepção dos pais sobre a dieta e impacto na qualidade de vida.

Trabalho de conclusão de programa de Residência médica em Pediatria pelo Hospital Materno Infantil de Brasília – DF.

Autor principal:

Andressa Mary Cardoso de Sousa

Orientadora:

Isadora de Carvalho Trevizoli

Brasília
2019

Resumo:

Objetivo: Avaliar a percepção dos pais das crianças com alergia ao leite de vaca sobre as restrições e permissões na dieta e se há impacto na qualidade de vida.

Metodologia: Foram aplicados dois questionários para os pais que acompanhavam no Hospital da Criança de Brasília (HCB): em um foi questionado critérios clínicos-epidemiológicos, frequência em que liam os rótulos e ingestão inadvertida de leite na dieta; em seguida foram apresentadas fotos de dezesseis alimentos do mercado, questionando se o alimento é permitido ou não na dieta da criança com restrição à proteínas do leite de vaca. No segundo, foi aplicado o Food Allergy Quality of Life Questionnaire- Parent Form (FAQL-PF) e avaliado a qualidade de vida da criança. Foi realizada revisão de prontuários para coleta de outras variáveis clínico-epidemiológicas.

Resultados: Obteve-se uma amostra no total de 25 pais entrevistados. Sobre a renda familiar, 80% ganhavam de meio a 2 salários mínimos mensais. 4% de 5 a 10 e 16% acima de 10 salários mínimos; no quesito escolaridade, 8% responderam ter fundamental incompleto, 40% fundamental completo, 16% ensino médio completo e nível superior completo representava 36% da amostra. A respeito dos sintomas que levaram ao diagnóstico, os gastrointestinais como vômitos (52%), distensão abdominal (44%), diarreia (40%) e enterorragia (24%) ocorreram com maior frequência; urticária e angioedema representaram 20% e 12% respectivamente. A anafilaxia foi apresentada por 16% dos pacientes. Em relação ao questionário alimentar, a média dos acertos foi de 13,16. O grau de escolaridade ou a renda familiar não influenciaram no maior ou menor número de acertos dos alimentos. Em relação a qualidade de vida os escores variaram de 0,57 a 6,00. A média foi de 2,85 +- 1,41 e quando correlacionados os dados de acertos dos alimentos com a qualidade de vida, não houve significância estatística ($p=0.064$). A presença de anafilaxia teve impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes com ALV ($p=0,009$), enquanto a presença de urticária ($p = 0,101$) ou enterorragia ($p = 0,321$) não demonstrou impacto.

Conclusão: Constatou-se que os pais que acompanham no HCB tem um conhecimento satisfatório sobre a dieta das crianças; e renda e escolaridade não afetaram essa percepção; porém chama a atenção a tendência para dietas mais restritivas, necessitando o reforço nas orientações tanto nas consultas com a equipe multiprofissional quanto com a equipe médica a fim de não só evitar as exposições aos alérgenos mas também evitar restrições dietéticas desnecessárias, principalmente naquelas crianças com anafilaxia onde verificou-se uma pior qualidade de vida.

Palavras-Chave:

Alergia ao leite de vaca, qualidade de vida, restrição alimentar, leitura de rótulo, alergia alimentar.

1. Introdução

A alergia ao leite de vaca (ALV) é a alergia alimentar mais comum, afetando de 2 a 3% das crianças nascidas a cada ano no mundo e é frequentemente acompanhada por outras alergias alimentares ¹. Tem ocorrido aumento da prevalência da alergia alimentar nas últimas duas décadas, especialmente nos países desenvolvidos, o que constitui uma “segunda onda” da epidemia da alergia. A “primeira” ocorreu nas últimas décadas do século XX e consistiu no aumento da asma, rinite alérgica e sensibilização por inalação².

A ALV é uma reação adversa às proteínas encontradas no leite de vaca, caseína ou proteínas do soro, mediada por mecanismos imunológicos e reprodutível ³.

Pode ser classificada em imunoglobulina E (IgE), não IgE mediada (mediada por células) ou mista (IgE e células). As reações das IgE mediadas geralmente ocorrem imediatamente (de minutos a horas) após a ingestão, enquanto as não IgE mediadas podem levar dias para se desenvolver, mas ainda envolvem o sistema imunológico⁴.

Atualmente o tratamento consiste no controle dietético com a remoção da proteína alergênica da dieta. Todos os laticínios devem ser removidos da dieta da criança ou de uma mãe que amamenta um lactente com diagnóstico de ALV. Os pais devem ser aconselhados e educados na leitura de rótulos e todos os produtos lácteos bem como qualquer alimento que tenha as seguintes componentes no rótulo: caseína, soro de leite, lactalbumina e albumina devem ser restringidos ⁴.

O tratamento com dieta restritiva alivia os sintomas e tem boa resposta clínica, mas pode ter consequências negativas sobre a criança e a família. Em relação a restrição, deve-se ter cautela com os dois extremos: a criança que não segue as restrições e, portanto, fica vulnerável a déficits no ganho pondero-estatural; e aquela que faz restrições desnecessárias com comprometimento nutricional e da qualidade de vida no aspecto psicossocial⁵⁻⁷.

Outro aspecto importante na abordagem holística do paciente é avaliar o impacto do diagnóstico e do tratamento na qualidade de vida da criança com ALV e sua família. A inclusão da perspectiva dos pacientes está sendo cada vez mais reconhecida como importante meta da medicina baseada em evidências⁴. O conhecimento sobre esse impacto pode impedir complicações e melhorar a qualidade do atendimento.

2. Objetivos:

Objetivo geral:

Avaliar a percepção dos pais sobre a dieta das crianças portadoras de alergia ao leite de vaca e o impacto na qualidade de vida desses pacientes.

Objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento dos pais sobre a dieta das crianças portadoras de alergia ao leite de vaca.
- Avaliar quais fatores afetam o conhecimento sobre a dieta.
- Avaliar quais fatores afetam a qualidade de vida.

3. Metodologia:

Trata-se de um estudo de série de casos, analítico, transversal onde na amostra se incluem os pais de pacientes com diagnóstico de ALV com até 12 anos de idade que acompanham nos ambulatórios de Gastroenterologia e Alergia Pediátrica do Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Crterios de inclusão: crianças com diagnóstico de ALV e seus pais que aceitaram participar deste estudo e que estão em dieta de restrição ao leite de vaca.

Crterios de exclusão: pais de crianças que não aceitaram participar deste estudo ou que não compareceram a consulta do período da coleta de dados. Pais de crianças portadores de qualquer tipo de necessidade especial que os torne incapaz psicologicamente ou fisicamente de responderem ao questionário e os pais de crianças que não são alfabetizados. Foram excluídas as crianças com outras alergias alimentares a fim de diminuir o fator de confundimento no questionário.

Coleta de dados (revisão do prontuário): Foram coletados os seguintes dados a partir de revisão do prontuário: idade, gênero, antropometria, tempo de acompanhamento, quais os sintomas ocorrem na exposição do alérgeno, se a criança apresentava outras comorbidades e o tipo de alergia (IgE mediada, não IgE mediada ou mista).

Aplicação de questionários: Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário de qualidade de vida em crianças portadores de alergia alimentar Food Allergy Quality of Life Questionnaire- Parent Form (FAQL-PF) já traduzido para a língua portuguesa e em processo de validação no Brasil.⁹ O questionário FAQL-PF é composto por perguntas feitas aos familiares e possui três seções divididas por faixa etária: 0 a 3 anos, 4 a 6 anos e maior que 7 anos, onde os pais são instruídos a quais seções responderem de acordo com a faixa etária de seu filho e assim numa escala de 0 a 6 respondem as perguntas. Quanto menor o escore, melhor a qualidade de vida e quanto maior, pior a qualidade de vida.^{1,4,8}

Um segundo questionário foi aplicado com perguntas sobre o nível socioeconômico, escolaridade, frequência da leitura de rótulos e frequência de ingestão inadvertida de produtos contendo leite de vaca e derivados. Em seguida foram mostrados fotos e rótulos de dezesseis produtos industrializados comuns do mercado sendo questionado se era permitido ou não o consumo pela criança baseada na dieta de restrição ao leite de vaca. Dos produtos, sete alimentos eram sabidamente permitidos na dieta e nove eram proibidos.

Aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE):

Todos os pacientes e/ou seus responsáveis foram esclarecidos quanto ao estudo, bem como assinaram o TCLE.

Análise estatística: Os dados foram descritos como média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e proporções em frequência para as qualitativas. O teste de qui-quadrado foi utilizado para verificar possíveis associações entre variáveis categóricas. A análise estatística foi feita com o *software* SPSS versão 18. As diferenças entre as variáveis comparadas foram consideradas estatisticamente significantes quando menor que 5% ($p < 0,05$).

4. Resultados

Foram incluídos um total de 25 crianças com diagnóstico de ALV em dieta de restrição ao leite de vaca e seus pais.

4.1 Dados clínicos e epidemiológicos

As idades das crianças variaram de 4 meses a 12 anos, com uma média de 4,0 (+- 3,3) anos. Dessa população, 72% (n=18) eram do gênero masculino e 28% (n=7) eram do gênero feminino. O tempo médio de acompanhamento nos ambulatórios do HCB foi de 1,2 +- 1,3 anos.

Quanto ao tipo de alergia, 88% (n=22) eram do tipo não-IgE mediadas e 12% (n=3) eram IgE mediadas.

Quando questionado sobre a renda familiar, 80% (n=20) responderam ganhar de meio a 2 salários mínimos mensais. 4% (n=1) de 5 a 10 e 16%(n=4) ganhavam acima de 10 salários mínimos.

Quanto ao grau de escolaridade, 8% (n=2) responderam ter fundamental incompleto, 40% (n=10) fundamental completo e 16% (n=4) ensino médio completo, enquanto nível superior completo representava 36%(n=9) da amostra.

Das crianças portadoras de ALV, 92%(n=23) eram eutróficas e os outros 8% (n=2) tinham risco de sobrepeso.

Em relação aos sintomas que levaram ao diagnóstico, os gastrointestinais como vômitos (52%; n=13), distensão abdominal (44%; n=11), diarreia (40%; n=10) e enterorragia (24%; n=6) ocorreram com maior frequência; urticária e angioedema representaram 20% (n=5) e 12% (n=3) respectivamente. Da amostra estudada, 16% (n=4) apresentaram anafilaxia.

Das comorbidades associadas estudadas, a sibilância, e rinite alérgica apresentaram maior frequência, com 32% (n=8) e 16% (n=4) respectivamente.

4.2 Conhecimento sobre a dieta sem leite de vaca e derivados

Na avaliação dos alimentos, dois pais (8%) acertaram todas as perguntas (16/16), obtendo assim as maiores pontuações. Três pais obtiveram as pontuações mais baixas (10/16). A média dos acertos foi de 13,16 +-1,81. As pontuações estão demonstradas no gráfico I.

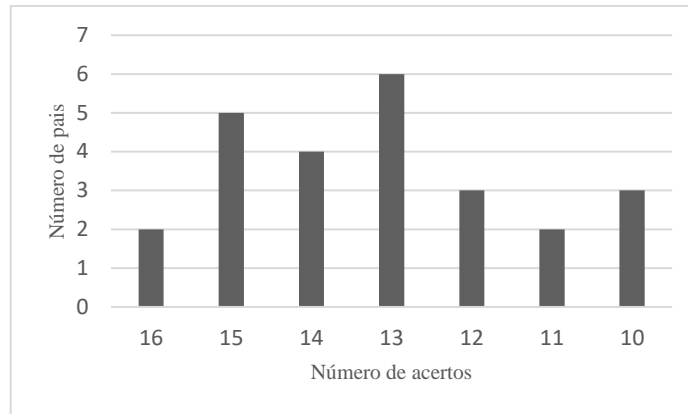


Gráfico I - Frequência do número de acertos pelos pais

Dos alimentos sabidamente permitidos na dieta de restrição ao leite de vaca, a média de pais que responderam que a criança podia consumir foi de $2,2 \pm 1,65$ (acertos); e dos sabidamente proibidos, a média que respondeu que a criança não podia consumir(acertos) foi de $0,64 \pm 1,25$.

O produto com maior número de acertos foi a margarina com leite (100% (n=25)) e o produto com maior número de erros foi o biscoito de água e sal sem leite onde 56%(n=14) não consumiam. As frequências e percentis de todos os alimentos estão demonstrados nas tabelas I e II.

Alimento	n	%
Biscoito sem leite	14	56%
FAA	9	36%
Leite de amêndoas	9	36%
Chocolate em pó sem leite	7	28%
Margarina sem leite	7	28%
Leite de coco	5	20%
Leite de arroz	4	16%

Tabela I- Alimentos permitidos e não consumidos

Alimento	n	%
Biscoito com leite	4	16%
Complemento nutricional com leite	4	16%
Iogurte com lactose	2	8%
Iogurte sem lactose	2	8%
Manteiga clarificada	1	4%
Leite em pó sem lactose	1	4%
Leite de cabra	1	4%
Fórmula infantil com leite	1	4%
Manteiga com leite	0	0%

Tabela 2

II – Alimentos proibidos e consumidos

Sobre a frequência de leitura de rótulos, 68% (n=17) responderam que sempre lerem os rótulos, 20% (n=5) quase sempre e 12% (n=3) algumas vezes.

Quanto à pergunta: “quando você vai comer fora com seu filho com qual frequência você pergunta se as comidas oferecidas possuem leite e/ou derivados” 87,5% (n=21) responderam que sempre perguntam, 8,3% (n=2) quase sempre e 4,2% (n=1), nunca. Questionado sobre a frequência que a comida vem errada (contendo leite), 4% (n=1) referiram que sempre vem errada, 16% (n=4) quase sempre, 48% (n=12) algumas vezes e 32% (n=8) nunca.

Quando questionados sobre alguma ingestão inadvertida na escola, 13%(n=8) responderam que quase sempre ocorre, 34,8%(n=8) algumas vezes e 52,2(n=12) nunca.

Na análise estatística para correlacionar se o grau de escolaridade ou a renda familiar levariam a um maior número de acertos no questionário, não houve diferença com significância estatística em relação a nenhum dos alimentos (Anexo III e IV).

4.3 Qualidade de vida

Em relação a qualidade de vida os escores variaram de 0,57 a 6,00. A média foi de 2,85 +- 1,41.

Quando correlacionados os dados de acertos dos alimentos com a qualidade de vida, não houve significância estatística. ($p=0.064$). O fato de não ingerir alimentos permitidos também não gerou impacto negativo na qualidade de vida ($p = 0.364$)(tabela III).

	Qualidade de vida	
	R ²	<i>p</i>
Acertos de alimentos	0,1407	0,0646
Alimentos permitidos e não consumidos	0,04589	0,3645

Tabela III. Relação entre acertos de alimentos e qualidade de vida

Efeito R² projetado como pequeno (0.2), médio (0.5) ou grande (> 0.8).

A manifestação clínica de anafilaxia teve impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes com ALV ($p=0,009$), enquanto a presença de urticária ($p = 0,101$) ou enterorragia ($p = 0,321$) não tiveram impacto, conforme demonstrado na tabela IV.

		Qualidade de vida	<i>p</i>
Anafilaxia	Presente	4,48 (±1,29)	0,009
	Ausente	2,54 (±1,22)	
Urticária	Presente	3,78 (±1,64)	0,101
	Ausente	2,62 (±1,29)	
Enterorragia	Presente	2,34 (±1,45)	0,321
	Ausente	3,01 (±1,40)	

Tabela IV. Manifestações clínicas e qualidade de vida

5. Discussão

5.1. Dados clínicos e epidemiológicos:

Quando analisamos a renda e a escolaridade, mais de 80% dos pais recebiam renda menor que dois salários mínimos e 82% apresentavam no mínimo fundamental completo. Esse dado se aproxima de valores encontrados em outros estudos¹¹⁻¹³.

No presente estudo, os sintomas gastrointestinais apresentaram maior frequência, seguido dos de pele (urticária); a sibilância e a rinite alérgica se apresentaram como as principais comorbidades associadas. Esses dados são corroborados por outros estudos em crianças com alergia ao leite de vaca onde mostram que aproximadamente metade deles tem eczema atópico, e 25% a 50% são afetados por algum acometimento do trato gastrointestinal e outras manifestações clínicas são menos comuns¹⁴. Também foi enfatizado em outro estudo que os médicos devem perguntar sobre outros sintomas de atopia, como dermatite atópica ou rinite alérgica sazonal e asma em crianças mais velhas¹⁵.

Na amostra 72% eram do gênero masculino e 28% eram do gênero feminino, mostrando maior predileção pelo gênero masculino, como já evidenciado em outros estudos no Brasil, onde 65% dos pacientes eram do gênero masculino ao passo que 60% eram do gênero feminino¹⁰.

A grande maioria das crianças desse estudo, se encontravam eutróficas (92%) apesar de em alguns estudos existir uma grande preocupação quanto a questão nutricional devido ao risco para baixa ingestão de cálcio e de energia o que pode comprometer o estado nutricional da criança submetida à mesma⁵⁻⁷.

5.2. Conhecimento sobre a dieta sem leite de vaca e derivados

Os pais das crianças acompanhados por ALV, em dieta de restrição, alcançaram no geral, bom percentil de acertos. Chama atenção que o maior número de erros foi relacionado à alimentos que são permitidos para uma criança com ALV, como como o biscoito de água e sal sem leite, leite de amêndoas, leite de coco e chocolate em pó sem leite, porém não são consumidos, demonstrando que as crianças muitas vezes são submetidas a uma dieta mais restritiva do que deveria ser, o que é muito comum na prática clínica. Já na identificação dos alimentos proibidos, como na margarina com leite que obteve 100% de acerto, no iogurte com ou lactose e leite de cabra, que obtiveram mais de 90% de acerto, o índice de acertos foi alto, demonstrando que os pais

tem bom conhecimento em identificar os alimentos que contém leite, fato esse que também já foi demonstrado em outros estudos¹³.

Weber et. al relata que na identificação de alimentos permitidos e não permitidos na dieta isenta de leite de vaca e derivados, verificou-se que há uma tendência dos indivíduos em acertar a identificação de produtos que contenham leite de vaca na composição. Esta identificação afasta o perigo de contato com o alérgeno; no entanto, por outro lado, a classificação de alimentos permitidos como sendo proibidos torna a dieta ainda mais restritiva¹³.

O alimento com maior erro foi biscoito de água e sal, sem leite na sua composição. Duas explicações podem justificar esse fato: o fato de muitos biscoitos conterem leite ou o termo “estabilizante estearoil 2 – lactil lactato de sódio” no rótulo, que possa ter causado algum grau de confundimento para os pais. Em ambos os casos, reforça-se a necessidade de orientar a importância da leitura correta de rótulos.

Neste estudo, 88% dos pais afirmaram ler os rótulos sempre ou quase sempre. No Brasil tem-se poucos estudos que abordam a percepção sobre a leitura de rótulos alimentares¹⁶. Simons et. al relatou que os rótulos dos ingredientes eram “sempre” ou “frequentemente” lidos por 99% dos consumidores na hora da compra de um alimento para uma criança portadora de alguma alergia alimentar e 94% na hora de cozinhar¹⁷. A educação da família é fundamental. Até o presente momento, evitar a presença do alérgeno na dieta é a única maneira de evitar uma reação. Dessa forma, a leitura do rótulo é a pedra angular do manejo da alergia alimentar¹⁸.

No estudo, mais de 95% dos pais responderam que sempre ou quase sempre perguntam se a comida tem leite quando comem fora e aproximadamente metade afirmaram que, às vezes, a comida vem com leite ou derivados, apesar da orientação. Convencer o garçom que as alergias alimentares são reais e obter informações precisas sobre os ingredientes enquanto comer fora de casa são apenas dois exemplos das dificuldades que os indivíduos com alergias alimentares podem encontrar¹⁸. Também pode-se extrapolar para situações em casas de familiares ou amigos como Yonamine et. al relata em seu estudo em que uma das mães referiu que as pessoas de seu convívio não acreditaram que seu filho tinha a alergia e ofereceram leite de vaca contra as suas ordens¹¹.

Além disso, 47% responderam como quase sempre ou as vezes ocorre dieta inadvertida na escola, contendo leite. Furlong-Munoz relataram que na escola o leite era a causa mais

comum de reações em pré-escolas (32%)¹⁸. Ao ingressar na escola, os professores e outros funcionários envolvidos tem papel fundamental na colaboração com o tratamento¹⁰.

O paciente e a família devem aprender como ler rótulos, adaptar receitas e educar outros membros da família, prestadores de cuidados infantis e professores. Decisões como qual restaurante ir ou onde passar as férias começam a ter um novo significado visto que as decisões familiares devem se basear nas restrições alimentares da criança¹⁸. A conscientização da comunidade sobre o impacto da alergia alimentar deve ser estimulada bem como treinamentos nas escolas e políticas públicas a fim de desenvolver um regulamento adaptado sobre rotulagem e regras em restaurantes¹⁹.

O grau de escolaridade ou a renda familiar não influenciaram no maior ou menor número de acertos dos alimentos, demonstrando que a abordagem pela equipe assistencial foi adequada, independentemente da situação sócio-econômica e cognitiva dos pais.

5.3. Qualidade de vida

Já em relação à qualidade de vida, não houve associação entre menor número de acertos pelos pais e pior qualidade de vida e, provavelmente, o fato da maioria dos pais terem um bom conhecimento sobre a dieta contribuiu para esse resultado.

Dos sintomas clínicos, o fator que demonstrou associação foi na presença de anafilaxia, mostrando uma pior qualidade de vida naquelas crianças que a apresentaram. Como os sintomas da anafilaxia são graves e ameaçam a vida, gera um stress maior nos pais preocupados com o risco de ingestão inadvertida de alimentos contendo leite ou derivados.

6. Conclusão

Conclui-se do presente estudo que os pais dos pacientes atendidos no HCB, tem um bom conhecimento sobre a dieta da criança com restrição de leite de vaca e derivados, bem como da rotulagem dos produtos, porém ainda há erros, mostrando uma tendência para dietas mais restritivas do que o necessário. Não houve correlação entre grau de escolaridade e renda com o conhecimento da dieta. O grau de erros nos alimentos não mostrou impacto na

qualidade de vida. A manifestação de alergia alimentar como anafilaxia teve impacto negativo na qualidade de vida.

7. Referências bibliográficas:

1. MIKKELSEN, Andrea et al. The Food hypersensitivity famiLy ImPact (FLIP) questionnaire - development and first results. **Pediatric Allergy And Immunology**, [gotemburgo], v. 24, n. 6, p.574-581, 2 ago. 2013.
2. SILVA, Luciana Rodrigues; FERREIRA, Cristina Targa; CARVALHO, Elisa de. **Manual de Residência em Gastroenterologia pediátrica**. Barueri: Manole, 2018.
3. MOUSAN, Grace; KAMAT, Deepak. Cow's Milk Protein Allergy. **Clinical Pediatrics**, [detroit], v. 55, n. 11, p.1054-1063, 31 ago. 2016.
4. WALSH, Joanne et al. **Differentiating milk allergy (IgE and non-IgE mediated) from lactose intolerance: understanding the underlying mechanisms and presentations**. British Journal Of General Practice, [norwich], v. 66, n. 649, p.609-611, 28 jul. 2016.
5. MEDEIROS, Lilian, et al. **Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados**. J Pediatr (Rio J) 80:363-70. 2004.
6. INFANTE Dámaso, TORMO Ramón. **Risk of inadequate bone mineralization in diseases involving long-term suppression of dairy products**. J Pediatr Gastroenterol 30:310-3 Nutr. 2000.
7. HIDVÉGI, Edit et al. **Slight Decrease in Bone Mineralization in Cow Milk-Sensitive Children**. Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, [s.l.], v. 36, n. 1, p.44-49, jan. 2003
8. MIKKELSEN, Andrea et al. Monitoring the impact of cow's milk allergy on children and their families with the FLIP questionnaire - a six-month follow-up study. **Pediatric Allergy And Immunology**, [gotemburgo], v. 26, n. 5, p.409-415, 27 jul. 2015.
9. MENDONÇA, Raquel. **Questionários de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Crianças com Alergia Alimentar e de seus pais**. 2017. 113 f. Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.
10. BINSFELD, Bruna de Lima et al. **Conhecimento da rotulagem de produtos industrializados por familiares de pacientes com alergia a leite de vaca**. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 296-302, Sept. 2009
11. YONAMINE, Glauce Hiromi et al. **Perceptions of caregivers of patients with cow's milk allergy regarding the treatment**. Journal Of Human Growth And Development, v. 23, n. 1, p.58-64, 23 jan. 2013.

12. MCBRIDE, Charissa; MCBRIDE-HENRY, Karen; VAN WISSEN, Kim. **Parenting a child with medically diagnosed severe food allergies in New Zealand: The experience of being unsupported in keeping their children healthy and safe.** Contemporary Nurse, [s.l.], v. 35, n. 1, p.77-87, abr. 2010.
13. WEBER, Thabata et al. **Desempenho de pais de crianças em dieta de exclusão do leite de vaca na identificação de alimentos industrializados com e sem leite vaca.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 83, n. 5, p. 459-464, Oct. 2007.
14. KOLETZKO, Sibilly. et al. **Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children.** Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, [s.l.], v. 55, n. 2, p.221-229, ago. 2012
15. LUDMAN, S.; SHAH, N.; FOX, A. T.. **Managing cows' milk allergy in children.** Bmj, [s.l.], v. 347, n. 161, p.5424-5424, 16 set. 2013.
16. CÂMARA, Maria et al. **Academic production on food labeling in Brazil.** Pan Am J Public Health 23:52-8.2008.
17. SIMONS, Elinor et al. **Impact of ingredient labeling practices on food allergic consumers.** Ann Allergy Asthma Immunol., New York, v 96 n. 5, p 426-8, nov. 2005.
18. FURLONG-MUÑOZ, Anne. **Daily Coping Strategies for Patients and Their Families.** Pediatrics, 111 (Supplement 3) 1654-1661; Jun 2003
19. WASSENBERG, Jacqueline et al. **Parent perceived quality of life is age-dependent in children with food allergy.** Pediatric Allergy And Immunology,, v. 23, n. 5, p.412-419, 3 maio 2012.