

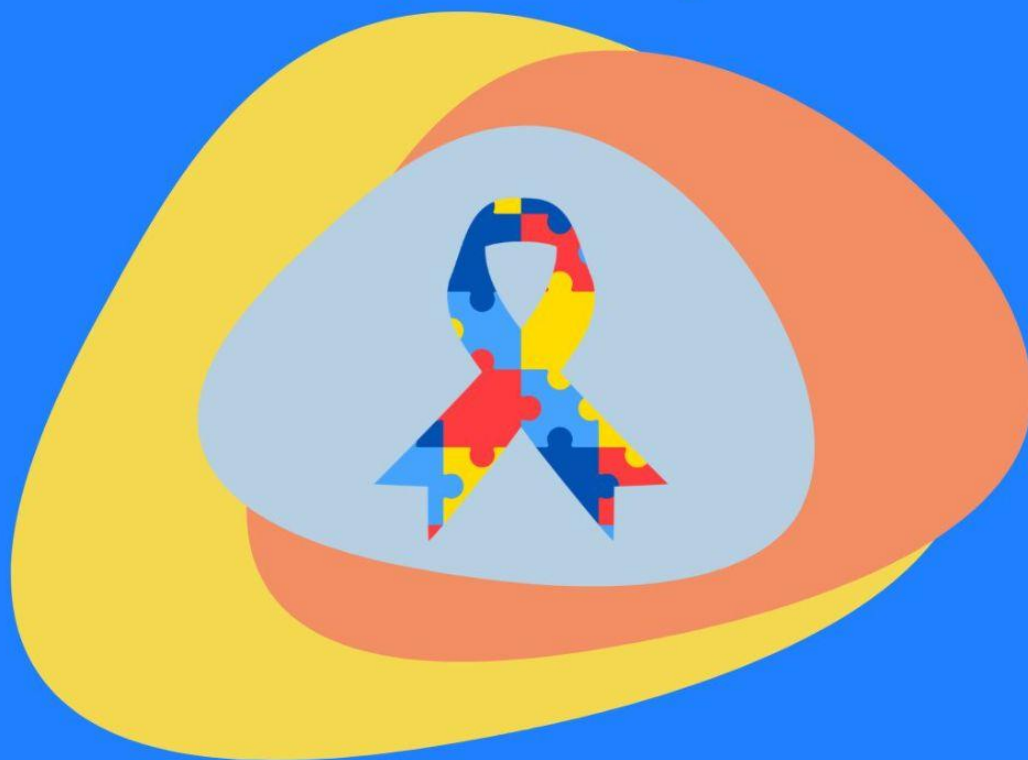
Iramirton Figuerêdo Moreira (Org.)

**Manual de Orientação de Alergia Alimentar
para Crianças portadoras do**

TRANSTORNO DO

ESPECTRO

AUTISTA



acompanhadas no Hospital Universitário

Professor Alberto Antunes



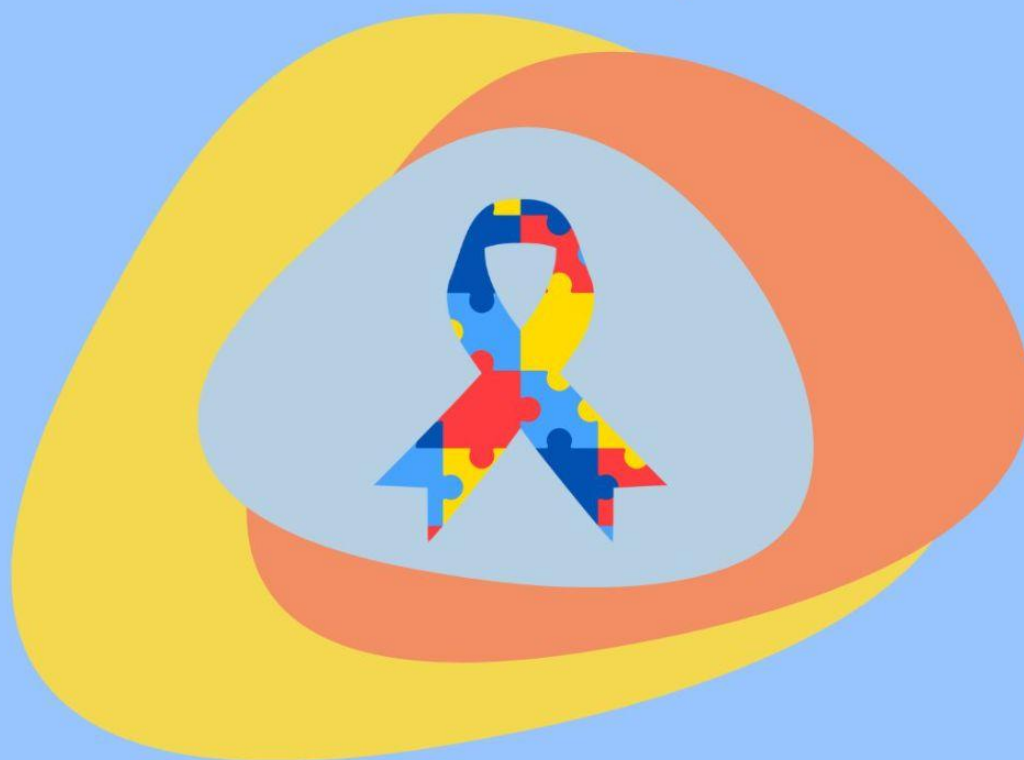
Iramirton Figuerêdo Moreira (Org.)

Manual de Orientação de Alergia Alimentar para Crianças portadoras do

TRANSTORNO DO

ESPECTRO

AUTISTA



acompanhadas no Hospital Universitário

Professor Alberto Antunes



Maceió, 2026



**Disciplina de Alergia e
Imunologia Clínica da
faculdade de Medicina da
Universidade Federal de
Alagoas**

Diagramação

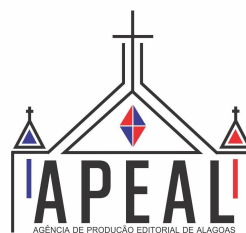
Ana Carolina Valerio Lana
(UFAL)
Beatriz Terto de Lima (UFAL)
Felipe Burity Tenório Pimentel
(UFAL)

Produção de capa

Beatriz Terto de Lima (UFAL)
Felipe Burity Tenório Pimentel
(UFAL)

Ilustração da capa

<https://pt.vecteezy.com/png-gratis/autismo>



**Agência de Produção
Editorial de Alagoas**

COMISSÃO EDITORIAL

Felippe Rocha Presado
Menezes de Barros (UEA)
Fernanda Lins de Lima
(UFAL)
Marseille Evelyn de Santana
(UFAL)
Mariana Lessa de Santa
(UFAM)

**Revisão de Língua
Portuguesa e Normalização
(ABNT)**

Ana Carolina Valerio Lana
(UFAL)
Beatriz Terto de Lima (UFAL)
Felipe Burity Tenório Pimentel
(UFAL)

Catalogação na fonte

Departamento de Tratamento Técnico
Agência de Produção Editorial de Alagoas

M294 Manual de orientação de alergia alimentar para crianças
portadoras do Transtorno do Espectro Autista acompanhadas
no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes /
Iramirton Figuerêdo Moreira (org.). – Maceió : Apeal, 2026.
85 p. : il. : color. (e-book).

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-85656-39-9.

1. Alergia alimentar. 2. Crianças. 3. Transtorno do Espectro
Autista. I. Manual. II. Moreira, Iramirton Figuerêdo, org.
III. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

CDU: 577.27:616.89(035)

Elaborada por Fernanda Lins de Lima – CRB – 4/1717



Esta obra está licenciada com uma licença *Creative Commons*. É permitido copiar, distribuir, exibir, executar, desde que seja dado crédito a autoria original. Não permitido fazer uso comercial desta obra e nem criar obras derivadas.

SUMÁRIO

1. Por que falar sobre Alergia Alimentar e Autismo?.....	5
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Ana Carolina Valerio Lana</i>	
2. Entendendo o Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	9
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Ana Carolina Valerio Lana</i>	
3. O que é alergia alimentar?.....	19
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Felipe Burity Tenório Pimentel</i>	
4. Alergia Alimentar em Crianças com TEA: O que os Pais Precisam Saber?.....	29
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Beatriz Terto de Lima</i>	
5. Sinais e Sintomas de Alergia Alimentar.....	37
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Beatriz Terto de Lima</i>	
6. O diagnóstico da alergia alimentar.....	47
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Felipe Burity Tenório Pimentel</i>	
7. Cuidados no Cotidiano e Tratamento.....	56
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Ana Carolina Valerio Lana</i>	
8. Nutrição Segura e Adequada para Crianças com TEA e Alergia Alimentar.....	62
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Felipe Burity Tenório Pimentel</i>	
9. Educação, Prevenção e Qualidade de vida.....	71
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Beatriz Terto de Lima</i>	
10. Acompanhamento de Pacientes com TEA no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.....	78
<i>Iramirton Figuerêdo Moreira e</i>	
<i>Pedro Augusto Fernández Xavier</i>	

1. Por que falar sobre Alergia Alimentar e Autismo?

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Ana Carolina Valerio Lana

O Transtorno do espectro autista (TEA) é definido como um transtorno de neurodesenvolvimento de manifestação precoce que se caracteriza pela dificuldade de interação social e comunicação, bem como pela presença de comportamentos estereotipados, repetitivos e restritos (American Psychiatric Association, 2013). É uma condição marcada por sua etiologia heterogênea e manifestação distinta entre pacientes. Nesse sentido, crianças que se enquadram no espectro autista encontram variados obstáculos em seu cotidiano a depender dos diferentes níveis de suporte individual necessário, os quais impactam diretamente em sua interação com o meio e como o processo saúde-doença se desenvolve.

No entanto, apesar da relevância e da prevalência social, os dados epidemiológicos disponíveis no país acerca desse grupo são considerados escassos, impedindo o real conhecimento das demandas e queixas dessa população, de forma a limitar o desenvolvimento de políticas públicas com enfoque na garantia de seus direitos (Dellazar *et. al.*, 2025).

Diante disso, as alergias alimentares correspondem a reações adversas promovidas pelo sistema imunológico induzida por proteínas alimentares. Essas são reprodutíveis e relacionadas à predisposição genética, além de apresentarem manifestação variada (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). No Brasil, os atuais dados disponíveis em relação à prevalência da alergia alimentar ainda são limitados, especialmente em grupos populacionais definidos, como em crianças do espectro autista, fato que dificulta a avaliação fidedigna do presente cenário nacional (Solé *et. al.*, 2018). Normalmente, as alergias

se manifestam a partir da ingestão do referido alimento, no entanto, a depender do paciente, podem ocorrer com o contato direto na pele, via inalatória ou por via indireta mediante contaminação prévia.

À vista do comprometimento imunológico variável que ocorre nos processos de hipersensibilidade alimentar, suas repercussões podem englobar desde um leve prurido na pele até anafilaxia, expondo o paciente a um risco iminente. Assim, os sintomas recorrentes de quadros alérgicos são: aparecimento de manchas avermelhadas, inchaço, prurido, tosse, congestão nasal, diarreia, cólica, fezes mucossanguinolentas, tontura, hipotensão, perda de consciência e choque anafilático (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). Nesse contexto, o diagnóstico correto acerca de uma alergia alimentar, saber como agir diante de uma crise alérgica e como manter uma dieta com as devidas precauções tornam-se essenciais para a segurança e qualidade de vida desse grupo.

Nesse sentido, torna-se fundamental destacar o papel da hipersensibilidade alimentar em crianças no espectro autista, visto seu impacto comportamental e nutricional. A alteração de hábitos alimentares já é descrita como um aspecto bem conhecido do TEA, de forma que essa seja representada por aversão, seletividade e até mesmo recusa total de alimentos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017). Como também, é observada uma elevada presença de manifestações alérgicas, tanto respiratórias quanto alimentares, em pacientes com TEA (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017), o que representa um obstáculo a mais na garantia de nutrição adequada durante a infância dessa população. Assim, além dos impactos funcionais do espectro autista, os pacientes e familiares deparam-se com queixas gastrointestinais recorrentes, como constipação, diarreia, distensão e dor abdominal, e episódios de alergia alimentar, o que os impulsiona a procurar ajuda de profissionais da área da saúde.

Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional de paciente e familiares torna-se essencial para o melhor desenvolvimento infantil, de modo que a resolução das queixas gastrointestinais e dos episódios de hipersensibilidade alimentar esteja relacionada a melhoras comportamentais dentro do TEA (Borges; Marques; Bertacco, 2020). Portanto, orientações adequadas e o manejo médico representam pontos cruciais para o crescimento saudável e garantia de qualidade de vida dos pacientes acometidos por alergias alimentares. A aplicação de dietas restritivas sem a devida indicação e a desinformação perante o manejo e a prevenção da ocorrência de reações alérgicas alimentares são problemáticas que ainda persistem no país.

Desse modo, visto a escassez de materiais informativos e de fácil acesso ao público geral, a produção desse manual busca disseminar informações valiosas acerca do diagnóstico, reconhecimento de sinais e do manejo cotidiano da alergia alimentar, visto que medidas educativas são poderosas ferramentas para ampliar o bem-estar desse grupo.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. Departamento Científico de Alergia Alimentar. **Alergia Alimentar**. [s. l.]: ASBAI, 2023. Disponível em: <http://asbai.eadbox.com/>. Acesso em: 16 fev. 2026.

BORGES, L. R.; MARQUES, A. C.; BERTACCO, R. T. A. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e hipersensibilidade alimentar: perfil nutricional e prevalência de sintomas gastrointestinais. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 48–58, 2020.

DELLAZAR, L. et al. Mind the gap: the inconceivable void on the epidemiology of autism spectrum disorders in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 47, p. 1-8, 2025. DOI: 10.47626/1516-4446-2024-3956.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Alergia. **Alergia alimentar e Transtorno do espectro autista: existe relação?** [s. l.]: SBP, 2017. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos/alergia-e-imunologia/documentos-cientificos/>. Acesso em: 16 fev. 2026.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 7-38, 2018.

2. Entendendo o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Ana Carolina Valerio Lana

Conceitos

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), como visto anteriormente, é uma patologia do neurodesenvolvimento marcada pela dificuldade nas interações sociais e presença de comportamentos atípicos (American Psychiatric Association, 2013). O TEA apresenta diferentes níveis de manifestação, os quais impactam diretamente no grau de suporte necessário e no padrão de comportamento individual de cada paciente.

Nesse sentido, crianças que se enquadram no espectro autista encontram variados obstáculos no seu dia-a-dia a depender dos diferentes níveis de apoio necessários, os quais impactam diretamente em sua interação com o ambiente e no seu desenvolvimento.

Os pacientes com TEA costumam apresentar sinais ainda na primeira infância, como comportamento retraído, pouco contato visual, ausência de resposta ao nome, indiferença aos cuidadores (Mas, 2018). Nesse contexto, a identificação precoce dos sinais e um diagnóstico conclusivo baseado em critérios clínicos é de grande benefício para os pacientes, de forma a permitir o acompanhamento multiprofissional e o desenvolvimento de intervenções terapêuticas individualizadas.

No entanto, apesar da relevância e da prevalência social, os dados epidemiológicos disponíveis no país acerca desse grupo são considerados escassos, impedindo o real conhecimento das demandas e queixas dessa população, limitando o desenvolvimento de políticas públicas que garantam seus direitos (Dellazar *et. al.*, 2025).

Diagnóstico

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) segue os critérios dispostos pela American Psychiatric Association no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5, o qual considera observações clínicas, histórico referido pelo responsável e o autorrelato que indiquem a presença das características diagnósticas centrais do TEA. É importante destacar que as dificuldades surgem logo na primeira infância, porém, podem ser mascaradas por mecanismos compensatórios. Além disso, a depender do meio em que a criança está inserida, o impacto funcional do TEA pode tornar-se evidente apenas quando as demandas sociais excedem seus limites individuais, o que torna a idade diagnóstica variável.

Os comportamentos analisados devem ser sustentados e persistentes em múltiplos contextos da história atual e prévia do paciente. O uso de instrumentos padronizados, entrevistas com cuidadores, questionários e observações clínicas são fundamentais para garantir a confiabilidade no diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014).

Desse modo, no critério A, avalia-se o déficit na comunicação e interação social do indivíduo, o qual pode ser representado por dificuldades na abordagem social, demonstração de afeto, compartilhamento de interesses, compreensão de relacionamentos e emoções (American Psychiatric Association, 2014). O entendimento e uso da linguagem verbal e não verbal, como gestos e expressões faciais, também é comprometido, assim como a má adequação em diferentes contextos sociais.

No critério B, é descrita a presença de padrões restritos e repetitivos relacionados a comportamentos, interesses e atividades. Esses padrões transparecem em ações motoras - estereotípias simples, ecolalias, alinhar e girar objetivos - inflexibilidade, rotinas ritualizadas, interesses fixos, restritos e

excessivos e resposta atípica a estímulos sensoriais, com hiperreatividade ou hiporreatividade (American Psychiatric Association, 2014).

Os níveis estabelecidos dentro do espectro e, conseqüentemente, o nível de suporte necessário são baseados a partir dos prejuízos sociais e comportamentais observados nos critérios anteriores. Dessa forma, os indivíduos são identificados como Nível 1, com a exigência de apoio, Nível 2, exigindo apoio substancial, e, por fim, Nível 3, no qual há exigência de apoio muito substancial (American Psychiatric Association, 2014).

Por fim, os critérios C, D e E do DSM 5 reiteram o aparecimento precoce da sintomatologia durante o desenvolvimento infantil, o prejuízo significativo em diversas esferas da vida e a exclusão de demais causas que justifiquem os sintomas apresentados, como deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2014). Nesse contexto, vale destacar que a deficiência intelectual pode estar associada a quadros de TEA, a qual demanda uma investigação profunda para concluir o diagnóstico.

Manifestações

Os prejuízos sociais são múltiplos e apresentam-se de forma variada a depender da idade, nível intelectual, capacidade linguística, rede de apoio e terapêutica. Com o avanço da idade, principalmente em pacientes de pequeno nível de suporte, os prejuízos podem ser mascarados e reduzidos com estratégias compensatórias na vida adulta, porém, essas, ainda sim, geram desconforto intenso e demandam grande esforço para um comportamento considerado socialmente intuitivo aos neurotípicos (American Psychiatric Association, 2014).

Os déficits na linguagem e comunicação variam desde a ausência total de fala, atrasos na linguagem, compreensão

reduzida da fala, ecolalia até a linguagem explicitamente literal. Quando presente, a linguagem costuma ser unilateral e utilizada como ferramenta para solicitar e rotular, não como forma de estabelecer vínculos.

Nesse contexto, as dificuldades socioemocionais já são evidentes em crianças pequenas, as quais têm ausência ou pouca capacidade de iniciar interações sociais e adequar-se a contextos sociais distintos. Esse déficit pode ser notado em dificuldades na escola, no estabelecimento de amizades e no meio familiar. Há ausência, uso reduzido ou atípico de gestos, contato visual, entonação e expressões faciais, de modo que a linguagem não verbal aparente ser "rígida" durante as interações. Como também, o déficit para desenvolver e compreender relações pode ser logo observado na infância, com a falta de imaginação compartilhada e jogo social, bem como a preferência por brincadeiras que seguem regras fixas ou atividades individuais (American Psychiatric Association, 2014).

Nesse contexto, é comum observar respostas motoras estereotipadas, como abanar as mãos, estalar os dedos, enfileirar e girar objetos e repetições na fala (American Psychiatric Association, 2014). Rotinas bem delimitadas e comportamentos "ritualizados" também são comuns, fato que reflete a rigidez cognitiva e a resistência perante mudanças, o que provoca intenso sofrimento em mudanças relativamente pequenas, como a introdução a algum alimento (Bourne; Mandy; Bryant-Waugh, 2022).

A resposta atípica, tanto hiperreativa quanto hiporreativa, a estímulos sensoriais manifesta-se na percepção distinta de sons, odores, cores, texturas, temperatura e gosto (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos-Jiménez, 2022). Essas reações são de importante impacto no cotidiano, comumente atreladas ao comportamento alimentar restritivo da criança e à dificuldade de atingir as metas nutricionais enfrentadas por pais e responsáveis.

Além disso, há algumas características que, quando presentes, apoiam o diagnóstico do TEA. Dentre estas, destacam-se a irregularidade de capacidades cognitivas, marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais, comportamentos disruptivos/desafiadores, autolesão e, em alguns indivíduos, episódios catatônicos (American Psychiatric Association, 2014).

Comportamentos alimentares

A alimentação, muito além da demanda nutricional fisiológica, também está intrinsecamente relacionada com o contexto socioeconômico, cultura, ambiente familiar e o prazer encontrado na culinária. No entanto, essa atividade, cotidiana e trivial para muitos, torna-se um verdadeiro desafio para crianças com TEA que lidam com problemas alimentares.

Assim, comportamentos alimentares atípicos e dificuldades na rotina de alimentação são comuns na primeira infância, principalmente até os 2 anos de idade. Esses comportamentos aparecem como seletividade alimentar, aversão, rejeição total, comportamento restritivo-evitativo, intolerância e, em casos de grande repercussão clínica, alergias alimentares (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos-Jiménez, 2022). No entanto, em neurotípicos, com o passar do tempo e contato com texturas, sabores, temperaturas e cheiros, há boa adaptação às novas experiências sensoriais, transição que não ocorre com facilidade no espectro autista.

Dessa forma, como citado, é comum que crianças com TEA apresentem respostas anormais a estímulos sensoriais, sendo essas marcadas pela hiperreatividade ou hiporreatividade. Considerando as alterações somatossensoriais presentes no TEA, estímulos táteis, visuais, olfativos, auditivos e orais tornam-se potenciais estressores para desencadear comportamentos atípicos. Nesse contexto, pode-se observar, muitas vezes, a preferência por alimentos com textura crocante,

uniforme, cores neutras, temperatura morna e sabor doce (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos-Jiménez, 2022).

Dessa forma, dentre as características centrais do espectro autista, a inflexibilidade de rotina e rigidez comportamental refletem diretamente nos hábitos alimentares (Hyman *et. al*, 2012). Assim, a necessidade inflexível de seguir padrões durante as refeições, recusa alimentar, problemas com mastigação, náusea, vômito, acúmulo de grande quantidade de alimento na boca ou mantê-los na boca por grande período sem ingerir transformam o ato de comer um verdadeiro desafio. Portanto, é fácil perceber que as alterações no âmbito alimentar no TEA possuem grande impacto funcional e na saúde desse grupo, já que, em muitos casos, a alimentação capaz de ser estabelecida não atinge as metas de macro e micronutrientes, o que pode resultar em comportamentos obsessivos disfuncionais, sobrepeso e carências nutricionais (Pavão; Cardoso, 2021).

Dentre os distúrbios nutricionais, é interessante destacar o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), o qual consiste no comportamento alimentar atípico devido à aparente falta de interesse em comer, esquia de determinadas características sensoriais da comida e/ou aversão às consequências negativas do consumo de determinados alimentos. Além dos impactos físicos, o TARE também traz consequências psicossociais aos afetados, como o isolamento social nas refeições e conflitos no ambiente familiar (Kozak *et al.*, 2023).

O comportamento restritivo também relaciona-se a crianças com neofobia alimentar, as quais apresentam grande resistência a experimentar novos alimentos e adaptar-se a novos sabores (Kozak *et al.*, 2023). Em crianças com TEA, percebe-se a continuação da neofobia além do esperado da infância, potencializando os comportamentos alimentares atípicos.

Dessa forma, percebe-se que a alimentação é um fator determinante na qualidade de vida dessas crianças, com o equilíbrio nutricional sendo de extrema importância para seu desenvolvimento e crescimento.

Comorbidades associadas

Junto ao transtorno do espectro autista, não é raro encontrar crianças com comorbidades associadas, sendo essas dos mais diversos tipos, bem como infecções frequentes (Lyll *et al.*, 2015). Essas condições, em associação ao TEA, impactam diretamente no funcionamento e desenvolvimento das crianças ao longo da infância.

Diante disso, o TEA pode estar associado a outras queixas psiquiátricas comórbidas, como transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, bem como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Distúrbios do sono, episódios de epilepsia e síndromes metabólicas também podem integrar o quadro (American Psychiatric Association, 2014).

Nesse cenário, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) frequentemente ocorre de forma concomitante, possivelmente devido à existência de suscetibilidade compartilhada, evidenciada em estudos clínicos, de imagem e genéticos (Shaw, 2024). A desatenção e hiperatividade características do TDAH exacerbam os sintomas centrais do TEA, como comportamentos repetitivos e impulsivos, agressividade e condutas autolesivas (Leader *et al.*, 2022).

Segundo Henrique *et al.* (2025), a depressão também é uma das principais condições psiquiátricas associadas ao TEA, podendo manifestar-se inclusive na infância por meio de episódios depressivos maiores, ideação suicida e automutilação. Associada à depressão, observa-se com frequência a alexitimia, caracterizada pela dificuldade de identificar e interpretar as próprias emoções e as emoções alheias, incluindo expressões

faciais. Por fim, os transtornos de ansiedade associados corroboram com as dificuldades na socialização.

Nesse cenário, além das dificuldades de manter uma alimentação equilibrada e nutritiva na rotina de crianças do espectro, sintomas abdominais são comumente relatados por familiares em consultas ambulatoriais. Dentre os distúrbios gastrointestinais, destacam-se as queixas de constipação, dor e distensão abdominal, diarreia e diarreia crônica, refluxo gastroesofágico, náusea, vômito e acalásia. Assim, é notável a relação entre a gravidade dos sintomas gastrointestinais e a piora no desenvolvimento cognitivo, irritabilidade e comportamentos restritivos desse grupo (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos-Jiménez, 2022).

Além disso, investiga-se também a associação da disbiose intestinal, defeitos de permeabilidade, processos inflamatórios e reações imunes anormais e outras alterações no eixo microbiota-intestino-cérebro no autismo, indicando associação com a fisiopatologia de distúrbios gastrointestinais e hipersensibilidade alimentar (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Cuidado em saúde

Diante desse cenário, de acordo com os diferentes níveis de suporte demandados por crianças do espectro autista, o cotidiano de todos presentes em seu convívio é alterado. As dificuldades para ganhar e manter autonomia e a necessidade de terapêuticas que contribuam para o desenvolvimento saudável na infância são elementos cruciais para melhor compreender o processo saúde-doença e, conseqüentemente, como efetivar o cuidado em saúde.

Nessa esfera, a disseminação de informação, tanto para os pacientes quanto para familiares, é uma ferramenta poderosa e transformadora de prognóstico, de forma que o diagnóstico precoce e o início do acompanhamento individualizado garanta

melhor desenvolvimento funcional das crianças. Assim, uma equipe multiprofissional composta por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e nutricionistas torna-se essencial para os obstáculos enfrentados por cada paciente (Bourne; Mandy; Bryant-Waugh, 2022).

No âmbito alimentar, especificamente, é fundamental investigar e identificar a causa central do comportamento alimentar atípico, com o uso de intervenções como reforço positivo e exposição gradual a estímulos, na tentativa de reduzir potenciais fatores estressores (Bourne; Mandy; Bryant-Waugh, 2022). Bem como, é importante ressaltar que, em casos de hipersensibilidade alimentar, o acompanhamento médico e nutricional é fundamental para prevenir reações graves e garantir qualidade de vida.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOURNE, L.; MANDY, W.; BRYANT-WAUGH, R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: a scoping review. **Developmental Medicine & Child Neurology**, [s. l.], v. 64, n. 6, p. 705-711, jun. 2022.
- DELLAZAR, L. et al. Mind the gap: the inconceivable void on the epidemiology of autism spectrum disorders in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 47, p. 1-8, 2025. DOI: 10.47626/1516-4446-2024-3956.
- HENRIQUE, E. et al. Comorbidades associadas ao transtorno do espectro autista. **DELOS: Desarrollo Local Sostenible**, [s. l.], v. 18, n. 64, p. e3905, 2025.
- HYMAN, S. L. et al. Nutrient intake from food in children with autism. **Pediatrics**, [s. l.], v. 130, n. 5, p. 1066-1073, nov. 2012.
- KOZAK, A. et al. Avoidant/Restrictive Food Disorder (ARFID), Food Neophobia, Other Eating-Related Behaviours and Feeding Practices among Children with Autism Spectrum Disorder and in Non-Clinical Sample: A Preliminary Study. **International**

Journal of Environmental Research and Public Health, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 5822, 2023.

LEADER, G. et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Irish Journal of Psychological Medicine**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 240–250, 2022.

LYALL, K. et al. Asthma and Allergies in Children With Autism Spectrum Disorders: Results From the CHARGE Study. **Autism Research**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 567-574, out. 2015.

MAS, N. A. **Transtorno do espectro autista: história da construção de um diagnóstico**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

PAVÃO, M. V.; CARDOSO, K. C. C. The influence of healthy eating in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD). **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 15, p. e61101522568, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22568.

SHAW, P. ADHD and ASD: time to split or lump? **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 181, n. 6, p. 476–478, jun. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Alergia. **Alergia alimentar e Transtorno do espectro autista: existe relação?** São Paulo: SBP, 2017. (Guia Prático de Atualização).

VALENZUELA-ZAMORA, A. F.; RAMÍREZ-VALENZUELA, D. G.; RAMOS-JIMÉNEZ, A. Food selectivity and its implications associated with gastrointestinal disorders in children with autism spectrum disorders. **Nutrients**, Basel, v. 14, n. 13, p. 2660, jun. 2022.

3. O que é alergia alimentar?

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Felipe Burity Tenório Pimentel

Reação adversa é o nome dado para o momento em que um alimento causa desconforto ao corpo, incluindo desde a azia até uma intoxicação por comida estragada. Já a maioria das outras reações que as pessoas sentem, como por exemplo a intolerância à lactose, não envolvem o sistema de defesa, mas sim o sistema digestivo, pois o organismo desse indivíduo possui uma deficiência enzimática que dificulta a digestão adequada desses alimentos. É por isso que o paciente com intolerância a determinado alimento tende a sentir gases, dor de barriga ou estufamento quando o ingere. Diferente da alergia, na intolerância o indivíduo geralmente consegue comer uma pequena quantidade sem se sentir mal e os sintomas também tendem a aparecer mais tardiamente (Asbai, 2023). Por outro lado, a alergia alimentar consiste em uma doença que resulta de uma resposta imune anormal após a ingestão ou até mesmo contato com determinados alimentos (Solé D *et al.*, 2018). Ela acontece quando o sistema de defesa do corpo se confunde e ataca uma proteína da comida como se ela fosse um patógeno. Na alergia, o corpo reage de forma imediata e exagerada: basta uma quantidade mínima do alimento para causar sintomas como vermelhidão, coceira, inchaço no rosto ou até dificuldade para respirar (Asbai, 2023).

Essa distinção se faz importante para o estabelecimento do diagnóstico. No Brasil, apesar de dados limitados, estima-se que cerca de 10% a 20% das famílias acreditam que elas ou seus filhos têm alguma alergia alimentar. No entanto, quando os médicos realizam a testagem, a prevalência real cai para cerca de 1% a 2%, fato esse que dificulta uma avaliação próxima à realidade (Oliveira *et al.*, 2025).

Mecanismos imunológicos

As alergias alimentares são classificadas de acordo com o mecanismo imunológico subjacente às manifestações clínicas, fundamentando-se amplamente na classificação de hipersensibilidade de Gell e Coombs. De maneira geral, dividem-se em três grandes grupos: mediadas por imunoglobulina E (IgE), não mediadas por IgE e reações mistas.

As reações mediadas por IgE correspondem à hipersensibilidade do tipo I (imediata). Esse processo inicia-se com a fase de sensibilização, na qual o primeiro contato com o antígeno alimentar estimula a produção de anticorpos IgE específicos por plasmócitos. Esses anticorpos ligam-se a receptores de alta afinidade na superfície de mastócitos e basófilos (Anvari *et al.*, 2019). Em exposições subsequentes, o alérgeno promove a ligação cruzada (*cross-linking*) das IgE fixadas nessas células, desencadeando a liberação de mediadores químicos, como histamina, prostaglandinas e leucotrienos. Esses mediadores promovem aumento da permeabilidade vascular, vasodilatação e contração da musculatura lisa (Locke *et al.*, 2023). Clinicamente, tais efeitos resultam no início rápido de sintomas, geralmente em até duas horas após a ingestão, manifestando-se por meio de urticária, angioedema, sintomas gastrointestinais agudos, comprometimento respiratório e, em quadros sistêmicos graves, anafilaxia (Asbai, 2023).

Diferentemente do mecanismo anterior, as reações não mediadas por IgE fundamentam-se na hipersensibilidade do tipo IV (celular ou tardia). Nesse cenário, a identificação do alérgeno ocorre via ativação de linfócitos T específicos, que orquestram uma resposta inflamatória por meio da liberação de citocinas pró-inflamatórias e do recrutamento de macrófagos e outros leucócitos. Por depender de processos de ativação e migração celular, os sintomas tendem a ser tardios, manifestando-se de horas a dias após o contato com o alimento (Asbai, 2023). Nessa categoria, a sintomatologia é predominantemente

gastrointestinal. Exemplos clássicos incluem a proctocolite induzida por proteína alimentar, a síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES), a doença celíaca, a dermatite herpetiforme e a hemossiderose induzida por alimento (Síndrome de Heiner) (Oliveira *et al.*, 2025).

As reações mistas representam formas complexas de perda de tolerância, nas quais coexistem mecanismos mediados por IgE e respostas mediadas por linfócitos T e citocinas, como IL-4, IL-5 e IL-13, resultando em um infiltrado inflamatório que frequentemente envolve a ativação de eosinófilos (Asbai, 2023). Devido a essa natureza híbrida, a apresentação clínica pode variar entre manifestações imediatas e tardias, evoluindo frequentemente para quadros de inflamação crônica. Entre as principais patologias deste grupo, destacam-se a esofagite eosinofílica (EoE), a gastrite e a gastroenterite eosinofílica, além da dermatite atópica e da asma relacionada à ingestão alimentar (Oliveira *et al.*, 2025).

Fatores de risco

Inúmeros fatores influenciam para o indivíduo se sensibilizar a um componente alimentar, desde o antígeno a questões ambientais. Atualmente o estudo desses fatores se mostra muito importante na prevenção dessas alergias (Bartha; Almulhem; Santos, 2024).

Um dos fatores com forte influência no desenvolvimento de alergias é o fator genético. Percebe-se que pacientes com parente de primeiro grau diagnosticado com alergia alimentar, especialmente irmãos, possuem elevado risco para o desenvolvimento da patologia. A predisposição genética para alergia alimentar manifesta-se pela imunodesregulação, com doenças que interferem no sistema imune, como a síndrome de loeys-dietz, aumentando drasticamente o risco de alergia alimentar (Johansson; Mersha, 2021). Além disso, também pode ser favorecida por defeitos na barreira cutânea, como encontrado

em pacientes com Dermatite Atópica ou na Síndrome de Netherton, visto que isso permite que o alérgeno penetre na pele, gerando sensibilização e produção de IgE antes mesmo da ingestão (Canãs *et al.*, 2021). Portanto, a base genética fornece grandes riscos para o desenvolvimento das alergias alimentares, de modo que o surgimento de uma alergia esteja intimamente relacionada com a interação desse DNA com o ambiente.

Outro fator determinante no estabelecimento da tolerância imunológica para antígenos alimentares é a microbiota intestinal. A microbiota consiste na colônia de bactérias que habitam o intestino humano, estabelecendo uma relação de mutualismo com o organismo (Lin; Zhang, 2017). Essa microbiota é formada nos três primeiros anos de vida e possui dois períodos cruciais para seu estabelecimento adequado: a amamentação e a introdução alimentar. Durante a amamentação, há uma expressiva colonização por *Bifidobacterium*, visto são nutridas por oligossacarídeos do leite humano e são essenciais no impedimento da instalação de bactérias patogênicas, além de estimularem tanto a maturação das junções intestinais, evitando a passagem dos alérgenos, quanto os linfócitos T a produzirem respostas de tolerância em vez de uma respostas alérgicas. Já a partir dos 6 meses de vida, em que a complementação do aleitamento com a introdução de alimentos é recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, uma maior diversidade de bactérias são apresentadas e passam a compor essa microbiota intestinal, formando um microbioma mais complexo (Di Costanzo *et al.*, 2022). Esse processo de colonização é indispensável para o amadurecimento de vários sistemas, sobretudo o sistema imunológico. Em condições de equilíbrio da microbiota (eubiose), a presença de bactérias comensais, especialmente dos gêneros *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, estimula a diferenciação de linfócitos T reguladores (Treg). Estas células são as principais responsáveis por manter o equilíbrio imunológico, suprimindo respostas

inflamatórias exacerbadas contra antígenos alimentares inofensivos. Estudos com modelos animais sem germes demonstram que, na ausência dessa colonização, o sistema imune não se desenvolve adequadamente, resultando em baixa síntese de IgA e uma modulação inapropriada de linfócitos CD4+, quadro este que só é revertido após a introdução de uma microbiota fisiológica (Neish; Denning, 2010).

A microbiota íntegra não apenas educa as células de defesa, mas também fortalece a barreira epitelial. Ela auxilia no processamento de antígenos, reduzindo sua capacidade de causar alergia, e produz metabólitos, como os ácidos graxos de cadeia curta (AGCCs). Esses compostos atuam como substratos epigenéticos, modificando a expressão gênica do hospedeiro para promover um ambiente anti-inflamatório. Além disso, bactérias benéficas produzem folato, essencial para os processos de metilação do DNA que favorecem a saúde imunológica a longo prazo (Notarbartolo *et al.*, 2023).

Diante disso, quando fatores, como o parto cesariano, uso excessivo de antibióticos e uso de fórmulas infantis em detrimento do aleitamento materno, interrompem esse ciclo, instala-se a disbiose, ocorrendo uma redução da diversidade microbiana (Solé D *et al.*, 2018). A consequência é o aumento da permeabilidade intestinal, fato que permite a translocação de moléculas alergênicas e desencadeia a liberação de citocinas epiteliais que ativam células linfóides inatas do tipo 2 (ILC2), criando um microambiente pró-alérgico. Esse desvio estimula a diferenciação de linfócitos Th2 e a produção de anticorpos IgE, resultando na sensibilização e na manifestação clínica das alergias alimentares (Poto *et al.*, 2023).

Logo, a manutenção da integridade da microbiota através de práticas como o parto vaginal, evitar uso abusivo de antibióticos e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês são atitudes que permitem com que o organismo aprenda a tolerar, ao invés de atacar, os antígenos da dieta.

Evolução natural

O conhecimento acerca da história natural das alergias alimentares tem sua importância para avaliação da tolerância oral no momento mais adequado, pois alergias a trigo, soja, ovo e leite de vaca tendem a apresentar resolução mais precoce, por outro lado, alergias a castanhas, amendoim e crustáceos tendem a ser mais persistentes. Dentre os fatores que favorecem a persistência das alergias, destacam-se o início muito precoce, reações graves, história de asma ou dermatite atópica, alergia a múltiplos alimentos, reação alérgica a pequenas concentrações do alérgeno e níveis muito altos de anticorpos IgE no sangue. Além disso, o mecanismo da alergia também dita o tempo de espera, pois alergias mediadas por IgE são mais persistentes e exigem maior cautela, enquanto alergias Não-IgE alcançam a tolerância mais precocemente, embora algumas crianças ainda apresentem a alergia após os dois anos de idade (Solé D *et al.*, 2018).

As reações alérgicas não mediadas por IgE geralmente afetam o sistema digestivo e são mais comuns em crianças. Exemplo delas são a proctocolite alérgica, na qual a grande maioria das crianças está curada até o primeiro ano de vida, a enterocolite induzida por alergia alimentar, com cura em quase metade dos pacientes até os 6 anos de idade, e a enteropatia induzida por proteína alimentar, a qual costuma se resolver entre 1 e 3 anos de idade (Al-Iede *et al.*, 2023).

Por sua vez, as alergias mediadas por IgE podem causar manchas na pele ou falta de ar logo após comer. Como já explicado, alergias a leite, ovo, soja e trigo têm ótimas chances de cura, com cerca de 80% das crianças curadas até a adolescência, enquanto que as alergias a amendoim, castanhas, peixes e camarão são mais persistentes (Savage; Sicherer; Wood, 2016). A maioria das pessoas que inicia esse quadro na infância continua com elas na vida adulta. Nesse contexto, a

cura natural para camarão, por exemplo, é raríssima, ocorrendo em apenas 4% dos casos (Lee *et al.*, 2024).

A fim de saber se já foi alcançada a tolerância, o médico decide o momento certo de fazer o teste de reintrodução, chamado de TPO. Nunca deve ser oferecido o alimento em casa por conta própria a uma criança que já teve uma reação grave.

Alimentos mais alergênicos

Embora qualquer alimento possa causar uma reação, a maioria das reações é causada por um grupo restrito de alimentos devido à natureza de suas proteínas, as quais geralmente são resistentes ao calor e à digestão ácida no estômago. Dentre os alimentos que causam alergia alimentar, tem-se leite, ovo, soja, trigo, amendoim, castanhas, peixes e frutos do mar (Oliveira *et al.*, 2025).

Leite de Vaca

É o principal agente causador de alergia alimentar no Brasil, especialmente em lactentes. Suas principais proteínas alérgicas são as caseínas e as proteínas do soro. Cerca de 70% a 80% das crianças superam essa alergia até os 16 anos (Oliveira *et al.*, 2025).

Ovo

Frequentemente está envolvido em reações na primeira infância. O ovomucoide, presente na clara, é um marcador de alergia mais grave e persistente. Assim como o leite, a maioria das crianças atinge a tolerância com o passar dos anos (Oliveira *et al.*, 2025).

Trigo

Alérgeno comum em crianças, o trigo pode causar desde reações imediatas até quadros de anafilaxia induzida pelo

exercício (associada ao componente ômega-5 gliadina), com resolução precoce na infância (Oliveira *et al.*, 2025).

Soja

Frequentemente associada à alergia ao leite de vaca, a soja tende a ter uma resolução mais rápida na infância. Curiosamente, a maioria dos alérgicos tolera o óleo de soja refinado e a lecitina de soja (Oliveira *et al.*, 2025).

Amendoim e Castanhas

Diferente do leite e do ovo, estas alergias costumam ser persistentes e podem durar a vida toda. O amendoim, especificamente, tem seu potencial alérgico aumentado quando torrado. As castanhas (como caju, pará e nozes) apresentam baixo risco de reação cruzada entre si, mas alta gravidade nas reações (Oliveira *et al.*, 2025).

Gergelim

Assim como o amendoim e as castanhas, a alergia ao gergelim tende a ser persistente e apresenta risco significativo de coalergia com o amendoim e diferentes tipos de castanhas. Suas proteínas de armazenamento, como a 2S albumina e a 7S vicilina, são as principais vilãs. Essas são notavelmente estáveis e estão frequentemente associadas a sintomas mais graves (Oliveira *et al.*, 2025).

Peixes e Frutos do Mar

Os frutos do mar, especialmente o camarão, são causas comuns de anafilaxia em crianças maiores e adultos. A tropomiosina é a principal proteína envolvida, podendo causar reações cruzadas entre diferentes crustáceos e até ácaros. A alergia a peixes ósseos também costuma ser persistente ao longo da vida (Oliveira *et al.*, 2025).

Referências

AL-IEDE, M. et al. Perspectives on Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergy in Pediatrics: A Review of Current Evidence and Guidelines. **Journal of Asthma and Allergy**, [S. l.], v. 16, p. 279-291, 2023. DOI: <https://doi.org/10.2147/JAA.S284825>.

ANVARI, S. et al. IgE-Mediated Food Allergy. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**, [S. l.], v. 57, n. 2, p. 244-260, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12016-018-8710-3>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA (ASBAI). **Alergia alimentar**. [S. l.]: ASBAI, 2023. E-book. Disponível em: <https://asbai.org.br>. Acesso em: 17 fev. 2026.

BARTHA, I.; ALMULHEM, N.; SANTOS, A. F. Feast for thought: A comprehensive review of food allergy 2021-2023. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [S. l.], v. 153, n. 3, p. 576-594, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.11.918>.

CAÑAS, J. A. et al. Epigenetics in Food Allergy and Immunomodulation. **Nutrients**, [S. l.], v. 13, n. 12, p. 4345, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13124345>.

DI COSTANZO, M. et al. Nutrition during Pregnancy and Lactation: Epigenetic Effects on Infants' Immune System in Food Allergy. **Nutrients**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 1-19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14091766>.

JOHANSSON, E.; MERSHA, T. B. Genetics of Food Allergy. **Immunology and Allergy Clinics of North America**, [S. l.], v. 41, n. 2, p. 301-319, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iac.2021.01.010>.

LEE, E. C. K. et al. The Natural History and Risk Factors for the Development of Food Allergies in Children and Adults. **Current Allergy and Asthma Reports**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 121-131, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11882-024-01129-x>.

LIN, L.; ZHANG, J. Role of intestinal microbiota and metabolites on gut homeostasis and human diseases. **BMC Immunology**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1-2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12865-016-0187-3>.

LOCKE, A. et al. An update on recent developments and highlights in food allergy. **Allergy**, [S. l.], v. 78, n. 9, p. 2344-2360, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/all.15749>.

NEISH, A. S.; DENNING, T. L. Advances in understanding the interaction between the gut microbiota and adaptive mucosal immune responses. **F1000 Biology Reports**, [S. l.], v. 2, n. 27, p. 1-6, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3410/B2-27>.

NOTARBARTOLO, V. et al. The First 1000 Days of Life: How Changes in the Microbiota Can Influence Food Allergy Onset in Children. **Nutrients**, [S. l.], v. 15, n. 18, p. 4014, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15184014>.

OLIVEIRA, L. C. L. et al. Atualização em Alergia Alimentar 2025: posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 5-96, 2025.

POTO, R. et al. The Role of Gut Microbiota and Leaky Gut in the Pathogenesis of Food Allergy. **Nutrients**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 92, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16010092>.

SAVAGE, J.; SICHERER, S.; WOOD, R. The Natural History of Food Allergy. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 196-203, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2015.11.024>.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 7-38, 2018.

4. Alergia Alimentar em Crianças com TEA: O que os Pais Precisam Saber?

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Beatriz Terto de Lima

Prevalência e Epidemiologia

A prevalência do TEA, a nível mundial, é estimada em cerca de 1% da população, com crescimento gradual nas taxas de diagnóstico, sendo aproximadamente quatro vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino (Taborda; Sica, 2023). No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2022, há 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA, o que corresponde a 1,2% da população brasileira. Dessas, semelhantemente à tendência mundial, a prevalência foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Entre os grupos etários, a maior prevalência foi entre crianças e adolescentes, especialmente entre meninos de 5 a 9 anos. Além disso, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as grandes regiões do Brasil (Siqueira, 2025).

Alguns estudos identificaram uma associação significativa e positiva entre alergia alimentar e o TEA, cujas prevalências têm aumentado ao longo das últimas décadas, o que indica uma possível existência de mecanismos compartilhados, como a disfunção imunológica, entre alergias e o transtorno (Xu *et al.*, 2018).

Hipóteses Fisiopatológicas

Os mecanismos relacionados à associação entre alergia alimentar e TEA ainda não estão completamente explicados, entretanto, embora ainda não haja uma hipótese universalmente aceita e comprovada, o eixo intestino-cérebro-comportamento é

apontado como um dos possíveis mecanismos envolvidos (Xu *et al.*, 2018).

Nesse contexto, enquanto alguns autores atribuem as comorbidades associadas ao TEA, como as alergias alimentares, à exposição precoce a determinados fatores ambientais, outros defendem a existência de uma base genética que determina a suscetibilidade a essas condições (Henrique *et al.*, 2025).

Disfunção Imunológica Sistêmica e Inflamação

Alguns pesquisadores interpretam a alergia alimentar como um “fator patogênico” do autismo, partindo da hipótese de que essas alergias poderiam agravar o quadro clínico do TEA por meio da desregulação do sistema imunológico (Alhuzimi; Alharbi, 2022). Isso porque o contato com o alérgeno alimentar pode desencadear a degranulação de mastócitos e basófilos, células atuantes na resposta imunoinflamatória, o que aumenta a liberação de citocinas inflamatórias por leucócitos e pode contribuir para alterações neurológicas (Alhuzimi; Alharbi, 2022).

Nesse sentido, evidências imunológicas indicam que crianças com TEA podem apresentar aumento nos níveis de IgA, IgG, IgM e IgE total, bem como desequilíbrio nos subconjuntos de linfócitos T, com a redução da resposta de células Th1, caracterizada por diminuição da produção de interferon- γ e interleucina-2, fato que desregula a imunidade celular e favorece processos inflamatórios. É possível que essas disfunções imunológicas ocorram precocemente, influenciando o desenvolvimento cerebral e o funcionamento social, o que pode contribuir para o desenvolvimento do TEA. Além disso, fatores de risco genéticos e não genéticos compartilhados podem influenciar tanto no desenvolvimento de alergias quanto no TEA (Xu *et al.*, 2018).

Disfunção Gastrointestinal e do Eixo Intestino-Cérebro

As evidências científicas sugerem que a ativação imunológica no início da vida pode comprometer processos do neurodesenvolvimento, como o crescimento neuronal, mediante alterações na expressão de citocinas e quimiocinas. Nesse sentido, a alergia alimentar pode estar associada à ativação imune alérgica, a alterações no microbioma intestinal e ao comprometimento da função cerebral por meio de interações neuroimunes. Esses processos podem gerar alterações no sistema nervoso entérico e no sistema nervoso central, favorecendo alterações no neurodesenvolvimento (Pasta *et al.*, 2024).

Corroborando essa hipótese, observa-se que crianças com TEA podem apresentar disfunções gastrointestinais, como redução na produção de enzimas digestivas, aumento da permeabilidade e dos processos inflamatórios da parede intestinal. Essas alterações podem comprometer a metabolização de determinados aminoácidos essenciais, desencadeando alterações metabólicas e intolerância ao glúten e à caseína (Loyacono *et al.*, 2020; Taborda; Sica, 2023).

Teoria dos Peptídeos Opióides

Estudos indicam que o desenvolvimento do TEA pode estar relacionado ao comprometimento do metabolismo proteico, uma vez que foram encontradas altas concentrações de aminoácidos e peptídeos de origem alimentar em pacientes com TEA (Silva, 2011). Assim, é sugerido que a digestão incompleta de proteínas do glúten, presentes em cereais como trigo e cevada, e na caseína, encontrada no leite e seus derivados, resultaria na formação de peptídeos opióides denominados exorfinas. Esse processo poderia aumentar a atividade do sistema opióide endógeno e, ao atingir a corrente sanguínea, especialmente em casos de maior permeabilidade intestinal, tais

peptídeos poderiam exercer efeitos sobre o sistema nervoso central, influenciando o comportamento (Reichelt; Knivsberg, 2012; Lange *et al.*, 2015; Souza; Silva, 2023). Contudo, essa hipótese permanece controversa e carece de evidências conclusivas.

Nesse sentido, considera-se que as comorbidades associadas ao TEA, incluindo alergias alimentares, podem decorrer de múltiplos mecanismos biológicos, tais como inflamação crônica, alterações na conectividade cerebral e disfunções no eixo intestino-cérebro. Contudo, ainda há limitações na compreensão da forma como essas condições repercutem no curso clínico do TEA (Hyman *et al.*, 2020).

Sintomas

Os sintomas típicos das alergias alimentares em indivíduos com TEA são semelhantes aos observados na população geral e incluem:

- Distúrbios gastrointestinais: náuseas, dor abdominal, diarreia;
- Alterações do sono;
- Manifestações cutâneas: erupções, vermelhidão, urticária, dermatite atópica;
- Asma;
- Rinite;
- Reações anafiláticas;
- Angioedema (Alhuzimi; Alharbi, 2022).

Apesar da elevada prevalência, o diagnóstico de alergia alimentar em crianças com TEA é desafiador devido às características comportamentais e comunicativas associadas ao transtorno, como a dificuldade de comunicação verbal e alterações sensoriais. Consequentemente, sintomas alérgicos leves podem ser interpretados como manifestações do TEA e permanecem sem diagnóstico e sem tratamento adequado (Alhuzimi; Alharbi, 2023).

Sob essa perspectiva, estudos demonstram que os sintomas gastrointestinais em pacientes com TEA podem se apresentar de forma atípica, manifestando-se como comportamentos autolesivos, irritabilidade, agressividade ou movimentos e posturas incomuns (Loyacono *et al.*, 2020).

Associações Clínicas

Em associação às alergias alimentares, indivíduos com TEA frequentemente apresentam outras comorbidades, como problemas nutricionais e seletividade alimentar, além de distúrbios gastrointestinais, como refluxo gastroesofágico (DRGE), gastrite, doença celíaca, aumento da permeabilidade intestinal, flatulência, dor abdominal, diarreia, constipação, alterações nas enzimas hepáticas, deficiência de enzimas digestivas, disbiose intestinal, esofagite, gastrite, duodenite, colite (Henrique *et al.*, 2025; Loyacono *et al.*, 2020; Taborda; Sica, 2023). Nesse contexto, estudos indicam que crianças com TEA que apresentam sintomas gastrointestinais tendem a apresentar elevada prevalência de intolerância alimentar e maior risco de dificuldades alimentares e comportamentais, como recusa alimentar, dificuldades de mastigação, episódios de vômito e comportamentos desafiadores (Henrique *et al.*, 2025).

A disbiose descrita no TEA está relacionada à ingestão específica de proteínas, digestão inadequada, redução da integridade da barreira intestinal e alterações na composição e na função da microbiota, contribuindo para o padrão fenotípico observado no TEA. Também são relatadas deficiências nutricionais em indivíduos com TEA, especialmente baixos níveis de vitamina D, folato (vitamina B9) e vitamina B12 (Loyacono *et al.*, 2020). Em muitos casos, essas condições não recebem a devida atenção, o que pode resultar em crises, distúrbios do sono, irritabilidade e outras adversidades (Araruna *et al.*, 2018).

Nesse sentido, estudos reunidos por Henrique *et al.*, (2025) demonstram maior incidência de distúrbios do sono em indivíduos com TEA quando comparados a pessoas com desenvolvimento típico. Entre os principais quadros relacionados aos distúrbios do sono, ressaltam-se a insônia, as parassonias, descritas como pesadelos, despertares com gritos e enurese, os distúrbios respiratórios do sono e, por fim, os distúrbios do movimento relacionados ao sono.

Tais condições gastrointestinais, distúrbios do sono e respostas sensoriais descritas em indivíduos com TEA podem relacionar-se à desregulação comportamental, depressão, ansiedade, agressividade e irritabilidade. A inflamação crônica e as infecções do trato gastrointestinal estão associadas à ativação do sistema imunológico e ao aumento de citocinas pró-inflamatórias, as quais podem exercer efeitos sobre o sistema nervoso central e impactar o comportamento, com maior ansiedade, dificuldade na socialização, rigidez na rotinas e comportamentos estereotipados (Loyacono *et al.*, 2020).

Além disso, há associação entre o TEA e morbididades alérgicas respiratórias e cutâneas (Xu *et al.*, 2018), destacando-se a dermatite atópica, eczema, rinoconjuntivite, asma, alergias medicamentosas e conjuntivite (Henrique *et al.*, 2025). De acordo com Jameson *et al.* (2022), alterações na função das vias aéreas, do epitélio intestinal e do tecido cutâneo podem facilitar a entrada de agentes externos, desencadeando resposta imune exacerbada mediada por células Th2, com liberação de interleucinas (IL-4 e IL-13), que estimulam a produção de imunoglobulina E (IgE) por linfócitos B. Esse processo é seguido pela ativação de mastócitos, por citocinas e quimiocinas, os quais liberam mediadores inflamatórios como prostaglandinas, fator de necrose tumoral e fator de crescimento endotelial vascular.

Ademais, indivíduos com TEA costumam apresentar hipersensibilidade sensorial, o que pode intensificar a percepção

de desconforto cutâneo em condições dermatológicas como atopias e eczema (Jameson *et al.*, 2022).

Referências

ALHUZIMI, T. E.; ALHARBI, M. H. Perceptions of parents on management of food allergy in children with autism spectrum disorder (ASD) in Saudi Arabia. **Children**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 48, 2023.

ARARUNA, L. L. **Influência da alimentação no tratamento de crianças com transtorno do espectro do autismo**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018.

HENRIQUE, E. et al. Comorbidades associadas ao transtorno do espectro autista. **DELOS: Desarrollo Local Sostenible**, [s. l.], v. 18, n. 64, p. e3905, 2025.

HYMAN, S. L. et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. **Pediatrics**, [s. l.], v. 145, n. 1, p. e20193447, 2020.

JAMESON, C. et al. Eczema and related atopic diseases are associated with increased symptom severity in children with autism spectrum disorder. **Translational Psychiatry**, [s. l.], v. 12, n. 415, p. 1-7, 2022.

LEADER, G. et al. Comorbid feeding and gastrointestinal symptoms, challenging behavior, sensory issues, adaptive functioning and quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Developmental Neurorehabilitation**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 35-44, 2020.

LEADER, G. et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Irish Journal of Psychological Medicine**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 240–250, 2022.

LOYACONO, N. et al. Gastrointestinal, nutritional, endocrine, and microbiota conditions in autism spectrum disorder. **Archivos Argentinos de Pediatría**, [s. l.], v. 118, n. 3, p. e271–e277, 2020.

PASTA, A. et al. Food intolerances, food allergies and IBS: lights and shadows. **Nutrients**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 265, 2024.

SHAW, P. ADHD and ASD: time to split or lump? **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 181, n. 6, p. 476–478, jun. 2024.

SILVA, N. I. **Relação entre hábito alimentar e síndrome do espectro autista**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2011.

SIQUEIRA, B. **Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil**. Agência de Notícias – IBGE, 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 13 fev. 2026.

SOUZA, G. D. de; SILVA, M. C. da. A importância da alimentação adequada para crianças portadoras de TEA: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 13, p. e66121344229, 2023.

TABORDA, D.; SICA, C. D'A. Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 33322–33334, 2023.

XU, G. et al. Association of food allergy and other allergic conditions with autism spectrum disorder in children. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. e180279, 2018

5. Sinais e Sintomas de Alergia Alimentar

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Beatriz Terto de Lima

A alergia alimentar é definida como uma condição decorrente de uma resposta imunológica exacerbada após a ingestão de determinados alimentos, a qual depende da suscetibilidade do indivíduo. Ela pode ser classificada quanto aos mecanismos imunológicos envolvidos, podendo ser mediada exclusivamente por anticorpos IgE, por mecanismos mistos, envolvendo IgE e hipersensibilidade celular, ou não mediada por IgE. Os sintomas apresentados variam conforme o tipo de mecanismo imunológico envolvido. (Solé *et al.*, 2018).

Reações Mediadas por IgE

As reações mediadas por IgE são caracterizadas pelo início rápido, com sintomas ocorrendo minutos a poucas horas após a ingestão do alimento, e são classificadas como reações de hipersensibilidade do tipo I, as quais ocorrem quando os pacientes desenvolvem anticorpos IgE após contato com a proteína alimentar específica, sendo comuns entre crianças, especialmente as desencadeadas por leite de vaca, feijão, trigo, amendoim, nozes e frutos do mar (Hage *et al.*, 2025).

Quando há a reação alérgica a um antígeno de carboidrato, galactose- α -1,3-galactose (α -gal), presente em carnes de mamíferos, como bovinos, suínos e ovinos, os sintomas demoram de 4 a 6 horas após a ingestão do alimento para manifestarem-se (Sharma *et al.*, 2015). Além disso, determinados cofatores, como atividade física, álcool e uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), podem contribuir para o início tardio dos sintomas em reações mediadas por IgE (Ha *et al.*, 2026).

Os anticorpos IgE são produzidos a partir da sensibilização inicial a um alimento e se ligam à superfície de células efectoras do sistema imune, denominadas mastócitos e basófilos. Assim, em exposições posteriores a esse antígeno alimentar, a ligação cruzada das moléculas de IgE pelo antígeno na superfície de mastócitos e basófilos provoca a liberação de mediadores inflamatórios, responsáveis pelos sintomas clínicos (Anvari *et al.*, 2018; Sharma *et al.*, 2015).

Manifestações Cutâneas

As manifestações cutâneas de alergia alimentar são mais prevalentes nas alergias mediadas por IgE e são +comuns em crianças (Abrams *et al.*, 2021; Solé *et al.*, 2018). Essas são representadas por erupções eritematosas (manchas vermelhas na pele), prurido (coceira), urticária e angioedema. Os sintomas leves se apresentam como coceira ocasional ou persistente, com ou sem urticária (Anvari *et al.*, 2018).

Urticária e Angioedema.

A urticária é caracterizada por um edema circunscrito na pele, rodeado por eritema, ou seja, uma região inchada, avermelhada, bem delimitada, acompanhada de coceira intensa, que desaparece à digitopressão, podendo durar horas. As lesões resultam do extravasamento de líquido advindo de pequenos vasos à derme superficial. Por outro lado, o angioedema costuma se apresentar como inchaço da face, pálpebras, lábios e/ou vias aéreas superiores, de aparecimento assimétrico e causando desconforto, com lesões originadas a partir do extravasamento de líquido de pequenos vasos de regiões mais profundas da pele (Anvari *et al.*, 2018; Solé *et al.*, 2018; Sharma *et al.*, 2015). A urticária e o angioedema agudo costumam ser causados por leite de vaca, ovos, trigo, feijão, soja, nozes e frutos do mar (Hage *et al.*, 2025).

Uma das possíveis causas da urticária aguda é a alergia alimentar, apesar de também estar associada a outros tipos de alergias e infecções. A urticária alérgica envolve a liberação de histamina, o que causa prurido difuso e, geralmente, surge até 2 horas após a ingestão do alimento (Abrams *et al.*, 2021). A urticária também pode ser o sintoma inicial de anafilaxia (Solé *et al.*, 2018), a qual será discutida posteriormente. A urticária de contato pode surgir após contato do alimento com a pele e pode ser imunológica, mediada por IgE, ou não imunológica, provocada pela liberação direta de histamina, e não necessariamente indica a manifestação sistêmica de alergia alimentar (Niaid-sponsored expert panel, 2010). Caso a urticária persista por mais de 6 semanas, ela passa a ser classificada como crônica e a alergia alimentar provavelmente não é a causa (Sharma *et al.*, 2015).

Manifestações Gastrointestinais

Os sintomas de alergia alimentar que acometem o trato gastrointestinal incluem coceira na boca ou garganta, náuseas, dor abdominal, vômitos e diarreia, sendo geralmente de início imediato (Anvari *et al.*, 2018).

A síndrome da alergia oral é uma reação alérgica alimentar que ocorre após a sensibilização, por via respiratória, a pólenes que possuem proteínas estruturalmente semelhantes às encontradas em determinadas frutas, castanhas e vegetais frescos (Solé *et al.*, 2018). Assim, ao consumir frutas ou vegetais crus, essa reação é desencadeada, gerando sintomas como prurido na região da orofaringe, formigamento e/ou inchaço de lábios, língua, palato e garganta, os quais costumam desaparecer poucos minutos após a ingestão dos alimentos. Contudo, ainda assim é possível haver a progressão para uma reação anafilática (Sharma *et al.*, 2015).

Os sintomas da hipersensibilidade gastrointestinal imediata costumam ocorrer em minutos ou poucas horas após a

ingestão do alérgeno e incluem vômito agudo, dor abdominal, náuseas e diarreia (Niaid-sponsored expert panel, 2010; Solé *et al.*, 2018). Os alimentos causadores mais comuns são leite de vaca, ovos, trigo, soja, nozes e frutos do mar (Hage *et al.*, 2025).

Manifestações Respiratórias

Os sintomas respiratórios em quadros de alergia alimentar geralmente indicam uma reação mais grave, como a anafilaxia. Raramente, a inalação do alérgeno alimentar pode desencadear asma ou rinite; contudo, não há comprovação de que tais manifestações, isoladamente, sejam decorrentes de alergia alimentar (Solé *et al.*, 2018).

As principais manifestações respiratórias da alergia alimentar são espirros, coceira nasal, congestão, rinorreia, rouquidão, sensação de aperto na garganta, tosse, dificuldade respiratória e aumento da frequência respiratória. Alguns sintomas oculares de alergia alimentar podem manifestar-se de forma isolada ou concomitantemente aos sintomas do trato respiratório, como prurido periocular, lacrimejamento, inchaço e vermelhidão conjuntival (Sharma *et al.*, 2015).

Anafilaxia

A anafilaxia é uma manifestação sistêmica da alergia alimentar, de início agudo, que compreende mais de um sistema corporal, podendo envolver reações cutâneas associadas aos sistemas respiratório, gastrointestinal, cardiovascular ou neurológico. Mais raramente, pode apresentar apenas sintomas cardiovasculares ou neurológicos, como tontura, fraqueza, taquicardia, hipotensão, inconsciência ou colapso cardiovascular (Anvari *et al.*, 2018). O comprometimento de múltiplos órgãos é facilitado pela liberação rápida e intensa de mediadores inflamatórios e citocinas na circulação (Sharma *et al.*, 2015).

Qualquer alimento pode desencadear um quadro de anafilaxia, mas existem alguns que a causam com maior

frequência, como nozes, frutos do mar, leite e ovo (Hage *et al.*, 2025).

Os principais sintomas desse quadro emergencial incluem vermelhidão e coceira na pele, urticária, angioedema, coceira e/ou inchaço de lábios, língua e palato, sabor metálico na boca, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, sensação de fechamento da garganta, tosse seca irritativa, edema de glote e de laringe, desconforto respiratório, sensação de aperto torácico, espirros, congestão nasal intensa, síncope, dor torácica, arritmia, hipotensão, choque, cefaleia, confusão mental, sonolência, convulsões, perda de consciência e coma (Solé *et al.*, 2018). As crianças costumam apresentar mais sintomas respiratórios do que cardiovasculares, em comparação com os adultos.

Além disso, alguns fatores de risco contribuem para um desfecho fatal em quadros de anafilaxia, entre eles: adolescência ou início da idade adulta, asma, reações a amendoim ou nozes e administração tardia de epinefrina. (Sharma *et al.*, 2015). Entretanto, o risco de anafilaxia fatal é extremamente baixo, o que não exclui a importância de tratá-la, uma vez que prejudica a qualidade de vida dos pacientes (Abrams *et al.*, 2021).

Também existe o quadro de anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos, em que os sintomas só se manifestam quando o paciente se exercita de 2 a 4 horas após a ingestão do alimento, mas não é desencadeada pelo consumo desse alérgeno isoladamente (Sharma *et al.*, 2015).

Reações Mistas, Mediadas por IgE e Hipersensibilidade Celular

Os sintomas de reações mistas podem ser mediados por IgE, associada a linfócitos T e citocinas pró-inflamatórias, e costumam ser de natureza crônica, não se resolvem rapidamente e não estão associados a apenas um alimento causador (Niaid-sponsored expert panel, 2010; Solé *et al.*, 2018).

Reações cutâneas

A dermatite atópica (DA) está ligada a uma interação entre disfunção da barreira cutânea e fatores ambientais, como alérgenos, mas ainda há controvérsia acerca da relação de causalidade entre o alérgeno alimentar e a piora das lesões da DA (Niaid-sponsored expert panel, 2010). Crianças com DA apresentam erupção cutânea pruriginosa crônica em superfícies flexoras, como pulsos, tornozelos e pescoço, as quais podem ser exacerbadas por alimentos como leite, soja, ovo, trigo e amendoim (Sharma *et al.*, 2015).

Reações respiratórias

Asma e alergia alimentar costumam coexistir, contudo, a asma é raramente uma manifestação isolada de alergia alimentar (Niaid-sponsored expert panel, 2010; Solé *et al.*, 2018). Nesse contexto, alguns estudos concluíram que crianças com asma que apresentam sensibilidade a leite, trigo, amendoim ou ovo apresentam maior taxa de hospitalização do que crianças asmáticas sem essas sensibilidades (Niaid-sponsored expert panel, 2010).

Reações gastrointestinais

As doenças gastrointestinais eosinofílicas são caracterizadas pela infiltração eosinofílica de segmentos do trato gastrointestinal na ausência de outras causas conhecidas para a eosinofilia (Ha *et al.*, 2026).

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica, com períodos de melhora e de piora dos sintomas, com maior prevalência no sexo masculino, que envolve inflamação eosinofílica do esôfago e se manifesta como distúrbios alimentares, vômitos, sintomas de refluxo e dor abdominal em crianças (Niaid-sponsored expert panel, 2010; Solé *et al.*, 2018).

A gastrite eosinofílica envolve uma inflamação eosinofílica do estômago e é caracterizada por náuseas, vômito e dor abdominal, enquanto que a gastroenterite eosinofílica afeta o estômago e o intestino delgado, causando dor, vômito e diarreia (Ha *et al.*, 2026). Quando há maior comprometimento do intestino delgado, os principais sintomas são de má absorção e de enteropatia perdedora de proteínas, que podem gerar perda de peso e hipoalbuminemia. Os principais alérgenos alimentares envolvidos são o leite de vaca, os cereais, a soja, o peixe e o ovo (Solé *et al.*, 2018).

Reações Não Mediadas por IgE

As alergias alimentares não mediadas por IgE são predominantemente mediadas por células T e cursam com sintomas tardios (Sharma *et al.*, 2015). Tais manifestações clínicas podem levar horas a dias para se desenvolver (Ha *et al.*, 2026). Essas reações costumam ser diagnosticadas durante a primeira infância e representam um maior desafio diagnóstico (Hage *et al.*, 2025). Os sintomas são mais difíceis de controlar apenas com a evitação do alérgeno alimentar, quando comparados aos da alergia mediada por IgE (Anvari *et al.*, 2018).

Manifestações Cutâneas

A dermatite alérgica de contato é uma reação rara causada pela ingestão de haptenos químicos, os quais são componentes químicos, como oleorresinas, bem como podem ocorrer naturalmente em alimentos, como especiarias, vegetais e frutas. A dermatite é caracterizada, principalmente, por vermelhidão, coceira intensa, inchaço, pápulas e vesículas na pele (Hage *et al.*, 2025; NIAID-sponsored expert panel, 2010).

Manifestações Respiratórias

Uma possível repercussão clínica respiratória decorrente da alergia alimentar, nesse caso, à proteína do leite de vaca, é a síndrome de Heine. Essa rara patologia acomete bebês e crianças pequenas, com sintomatologia que inclui infiltrados pulmonares, anemia por deficiência de ferro e atraso no crescimento (Niaid-sponsored expert panel, 2010).

Manifestações do Trato Gastrointestinal

A síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) manifesta-se, principalmente, em bebês, com o pico de incidência entre 1 e 3 meses de vida, sendo mais comum entre aqueles alimentados com leite de vaca ou fórmulas à base de soja, porém, também é desencadeada por grãos, vegetais e aves, como arroz, aveia, batata-doce, abóbora, ervilha, frango e peru (Sharma *et al.*, 2015).

A sintomatologia clássica consiste em vômito profuso 1 a 4 horas após a ingestão do alérgeno alimentar, frequentemente acompanhado de diarreia, palidez, letargia, desidratação e choque (Ha *et al.*, 2026). As manifestações crônicas, as quais ocorrem quando a ingestão da proteína alergênica é frequente, incluem baixo ganho ponderal, hipoproteinemia, anemia e atraso no desenvolvimento (Sharma *et al.*, 2015; Solé *et al.*, 2018). Após a reexposição ao alimento desencadeante, pode ocorrer uma síndrome subaguda, caracterizada por vômitos repetitivos e desidratação (Niaid-sponsored expert panel, 2010).

A proctocolite eosinofílica é uma forma de alergia às proteínas, predominantemente do leite materno ou de vaca, mas também ocorre após contato com as proteínas da soja, ovo ou milho (Sharma *et al.*, 2015). Ela se manifesta em bebês que apresentam pequenos pontos ou estrias de sangue misturados ao muco nas fezes, mas que, fora isso, estão aparentemente saudáveis (Niaid-sponsored expert panel, 2010). Esse quadro geralmente tem início antes dos 6 meses de vida e, além disso,

pode apresentar eosinofilia e/ou anemia por deficiência de ferro em exames laboratoriais (Solé *et al.*, 2018).

A síndrome da enteropatia induzida por proteína alimentar acomete lactentes jovens após o consumo de leite de vaca ou de outros alimentos, como soja, frango, arroz e peixe . Os principais sintomas são diarreia crônica, que pode ser gordurosa, distensão abdominal, vômitos e manifestações decorrentes da má absorção intestinal, como a dificuldade de ganho de peso, baixa estatura, puberdade tardia, anemia ferropriva, hipoproteinemia e deficiências de vitamina B9, B12 e K (Niaid-sponsored expert panel, 2010; Sharma *et al.*, 2015).

Referências

ABRAMS, E. M. et al. Separating Fact from Fiction in the Diagnosis and Management of Food Allergy. **The Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 237, p. 11-18, out. 2021.

ANVARI, S. et al. IgE-Mediated Food Allergy. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**, [s. l.], v. 57, n. 2, p. 244–260, out. 2018.

EL HAGE, M. et al. Food Hypersensitivity: Distinguishing Allergy from Intolerance, Main Characteristics, and Symptoms—A Narrative Review. **Nutrients**, Basel, v. 17, n. 8, p. 1359, abr. 2025.

HA, E. K. et al. Current Management of Food Allergies in Pediatric Patients. **Advances in Pediatrics**, [s. l.], v. 73, p. 101140, fev. 2026.

NIAID-SPONSORED EXPERT PANEL. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [s. l.], v. 126, n. 6, p. S1–S58, dez. 2010.

SHARMA, S. et al. Signs and Symptoms of Food Allergy and Food-Induced Anaphylaxis. **Pediatric Clinics of North America**, [s. l.], v. 62, n. 6, p. 1377–1392, dez. 2015.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39-82, 2018.

6. O diagnóstico da alergia alimentar

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Felipe Burity Tenório Pimentel

É comum encontrar relatos de pacientes que restringem determinados alimentos, inclusive alguns com alto valor nutritivo, por associarem sintomas inespecíficos a alergias alimentares sem antes passarem por uma avaliação especializada (Asbai, 2020). Uma pesquisa baseada em questionários revelou que 23,5% dos pais entrevistados acreditavam que seus lactentes possuíam alergia alimentar, no entanto, após a investigação clínica dessas crianças, apenas 1,9% dos casos foram confirmados por teste de provocação oral (Gonçalves, 2016). Tais dados evidenciam que a privação alimentar precoce é, muitas vezes, desnecessária e fundamentada em uma percepção equivocada. Diante disso, o passo inicial em caso de suspeita de alergia alimentar deve ser, invariavelmente, o estabelecimento do diagnóstico por um especialista.

Anamnese dirigida e importância da história clínica

O estabelecimento do diagnóstico de alergia alimentar tem como pilar fundamental a valorização da história clínica (Barni *et al.*, 2020). Nesse cenário, a precisão diagnóstica depende da sinergia entre dois fatores: a habilidade do médico em conduzir uma anamnese detalhada e a capacidade de recordação do paciente/responsáveis (Solé *et al.*, 2018). Durante a investigação, é indispensável relacionar o aparecimento dos sintomas à exposição alimentar, questionando especificamente sobre o consumo de alérgenos comuns, como leite de vaca, ovo, soja, amendoim e frutos do mar (Abrams; Sicherer, 2016).

Para uma investigação completa, deve-se apurar o tempo decorrido entre a ingestão e a manifestação dos sintomas, a frequência das reações e a idade de início do quadro. Além

disso, é necessário verificar a forma de apresentação do alimento (cru, cozido ou assado) e a presença de fatores coadjuvantes que possam desencadear ou agravar a resposta, como o exercício físico, infecções, uso de medicamentos ou o consumo de álcool (Abrams; Sicherer, 2016).

Concluída a anamnese, caso essa sugira um quadro de reação a antígenos alimentares, o próximo passo é identificar o mecanismo imunológico envolvido. Essa etapa é crucial para a escolha assertiva dos exames complementares e a elucidação do diagnóstico, visto que a abordagem laboratorial varia conforme a gênese das manifestações clínicas (Solé *et al.*, 2018). Assim, a estratégia investigativa será distinta para casos de hipersensibilidade mediada por IgE (Tipo I) em comparação com quadros de hipersensibilidade celular (Tipo IV).

Exames laboratoriais

Após a consolidação de uma história clínica detalhada, o próximo passo no manejo da suspeita de alergia alimentar é a realização de exames complementares. É fundamental compreender que estes testes, isoladamente, não definem o diagnóstico; eles identificam a sensibilização, ou seja, a presença de anticorpos IgE, que podem ou não indicar uma alergia clínica (Abrams; Sicherer, 2016).

Como pilar fundamental na investigação de alergias mediadas por IgE, os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata, notadamente o teste de puntura ou Skin Prick Test (SPT), destacam-se como a primeira linha diagnóstica devido à sua rapidez, segurança e baixo custo (Abrams; Sicherer, 2016). A técnica consiste na aplicação de uma gota de extrato alergênico padronizado sobre a pele, geralmente na face anterior do antebraço, seguida de uma leve puntura epidérmica. A leitura ocorre após 15 minutos, sendo o resultado considerado positivo quando se observa a formação de uma pápula com diâmetro igual ou superior a 3 mm (Cocco *et al.*, 2007). A interpretação

do SPT exige cautela, uma vez que o teste reflete a sensibilização imunológica, mas não necessariamente a alergia clínica. Estatisticamente, o teste possui um valor preditivo positivo modesto, em torno de 60%, o que significa que um resultado positivo isolado pode não confirmar a alergia. Por outro lado, sua grande utilidade reside no excelente valor preditivo negativo, que chega a 95%. Dessa forma, um resultado negativo para um alimento específico torna muito improvável a existência de uma alergia mediada por IgE, permitindo a exclusão do diagnóstico com alta segurança (Cocco *et al.*, 2007; Solé *et al.*, 2018).

Embora não exista uma idade mínima para a realização do SPT, a reatividade cutânea em crianças com menos de 6 meses pode ser reduzida, limitando a interpretação. Além disso, o teste detecta a sensibilização a antígenos aos quais o paciente já foi previamente exposto, seja via direta, transplacentária ou pelo leite materno (Cocco *et al.*, 2007; Solé *et al.*, 2018). Para garantir a fidedignidade dos resultados, é necessário o manejo medicamentoso prévio: o uso de anti-histamínicos ou antidepressivos tricíclicos deve ser interrompido por, no mínimo, 5 dias antes do procedimento, pois tais substâncias podem suprimir a resposta cutânea e gerar resultados falso-negativos (Cocco *et al.*, 2007).

Quanto à segurança, o SPT é extremamente seguro, embora reações sistêmicas, raras, possam ocorrer. O cuidado deve ser redobrado em pacientes com asma não controlada, histórico de anafilaxia grave ou quando se utilizam extratos não padronizados. Atualmente, um dos maiores desafios diagnósticos permanece na instabilidade de alguns extratos alimentares e na falta de padronização universal para certas proteínas, o que pode impactar a reprodutibilidade do teste (Cocco *et al.*, 2007; Solé *et al.*, 2018).

A dosagem de IgE específica (sIgE) no sangue constitui uma alternativa valiosa ou complementar aos testes cutâneos,

especialmente em cenários onde a avaliação *in vivo* é inviável. Uma de suas indicações ocorre quando o paciente apresenta condições dermatológicas que impossibilitam o *skin prick test*, como dermatite atópica grave, lesões extensas ou dermografismo acentuado, situações em que a reatividade da pele poderia gerar resultados imprecisos (Cocco *et al.*, 2007). Além disso, a dosagem sérica é frequentemente mais acessível em centros de atenção primária quando comparada aos extratos padronizados para punção (Abrams; Sicherer, 2016). Diferentemente do teste cutâneo, a dosagem de IgE sérica específica permite quantificar a resposta imunológica. Existe uma correlação direta entre os níveis de IgE específica e a probabilidade de reação clínica; por isso, busca-se estabelecer valores de corte que auxiliem no diagnóstico. No entanto, é fundamental compreender que esses parâmetros não são absolutos: os valores preditivos variam significativamente de acordo com a idade do paciente, a população estudada e o alimento em questão (Cocco *et al.*, 2007). Portanto, um nível elevado indica alta probabilidade de alergia, mas a confirmação definitiva ainda pode depender da história clínica ou do teste de provocação oral.

Nesse cenário, um avanço significativo na investigação diagnóstica é o Diagnóstico Resolvido por Componentes (CRD). Assim, através da biologia molecular, é possível identificar se a IgE do paciente reconhece proteínas específicas e isoladas do alimento, ao invés de apenas o extrato total. Essa distinção é crucial para o prognóstico: ela permite diferenciar a sensibilização genuína, frequentemente direcionada a proteínas estáveis e com maior risco de reações sistêmicas graves, da reatividade cruzada. Essa última ocorre quando o paciente reage a proteínas termolábeis ou presentes em diversos táxons (como polens e frutas), o que está mais associado a sintomas leves ou restritos à cavidade oral (Solé *et al.*, 2018).

Considerado o padrão-ouro no diagnóstico das alergias alimentares, o Teste de Provocação Oral (TPO) permanece, desde sua introdução na prática clínica na década de 1970, como o método mais confiável para confirmar ou excluir a patologia. O procedimento consiste na oferta progressiva e controlada do alimento suspeito em intervalos regulares, sob rigorosa supervisão médica, após um período de exclusão dietética necessário para a remissão dos sintomas. Sua aplicação é vasta, sendo indicado para avaliar a aquisição de tolerância em alergias potencialmente transitórias, como ao leite de vaca, ovo, soja e trigo, investigar reatividade clínica em pacientes multissensibilizados, determinar o limiar de reação e até avaliar o efeito do processamento térmico na tolerabilidade do alérgeno (Solé *et al.*, 2018).

Quanto à sua classificação, o TPO pode ser realizado de forma aberta, na qual médico e paciente têm ciência do alimento ofertado, ou de forma cega. O teste duplo-cego controlado por placebo (TPODCPC) é a modalidade de maior rigor científico, pois elimina vieses de interpretação, sendo essencial quando as reações relatadas são subjetivas, como náuseas ou dores de cabeça. No entanto, na prática clínica ambulatorial, o teste aberto é frequentemente suficiente, especialmente em crianças menores de três anos que apresentam sintomas objetivos. Independentemente da modalidade, a decisão de realizar o teste e o momento ideal para sua execução devem ser individualizados, levando-se em conta a história clínica, a idade, os níveis de IgE específica e o valor nutricional do alimento para o paciente (Solé *et al.*, 2018).

A segurança é o pilar central na execução do TPO, visto que o procedimento carrega riscos inerentes de reações graves, como anafilaxia ou a Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES). Por essa razão, a infraestrutura hospitalar é obrigatória, com acesso imediato a materiais de ressuscitação, adrenalina e, em casos específicos, hidratação

intravenosa. Contraindicações relativas devem ser avaliadas, incluindo asma não controlada, doenças cardiovasculares, gravidez ou uso recente de corticosteroides sistêmicos e anti-histamínicos, os quais podem mascarar a reatividade cutânea ou sistêmica durante a provocação (Solé *et al.*, 2018).

A preparação para o exame exige que o paciente esteja em boas condições de saúde, sem quadros infecciosos agudos. É necessário um jejum mínimo de duas a quatro horas para facilitar a absorção e reduzir riscos em caso de necessidade de manobras de emergência. Durante a execução, as doses são administradas em escalonamento progressivo, partindo de quantidades mínimas para identificar a menor dose capaz de provocar sintomas. No caso de testes cegos, utilizam-se veículos (como purês ou fórmulas hipoalergênicas) para mascarar o sabor e a textura do alérgeno, garantindo a neutralidade do teste (Solé *et al.*, 2018).

A interpretação do TPO baseia-se na vigilância rigorosa de sintomas objetivos, como urticária, angioedema, vômitos, tosse ou queda da pressão arterial, que justificam a interrupção imediata do teste. Assim, ao final do teste, um resultado positivo valida a necessidade da exclusão dietética e reduz a ansiedade sobre exposições acidentais, enquanto que um resultado negativo permite a reintrodução segura do alimento, promovendo benefícios nutricionais e melhora significativa na qualidade de vida da família (Solé *et al.*, 2018).

Limitações

A conclusão do processo diagnóstico exige cautela e discernimento clínico, uma vez que o uso de métodos diagnósticos inadequados e a interpretação equivocada de exames laboratoriais representam os maiores obstáculos ao manejo correto da alergia alimentar. Um dos desafios contemporâneos mais críticos é a disseminação de testes não validados, como a dosagem de imunoglobulina G (IgG)

específica para alimentos. Diferentemente da IgE, a presença de IgG no soro não representa alergia ou sensibilidade, mas sim a exposição e tolerância imunológica ao alimento ingerido, sendo um marcador fisiológico (Solé *et al.*, 2018). Por essa razão, sociedades internacionais de referência, como a Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI) e a Sociedade Canadense de Alergia e Imunologia Clínica (CSACI), desencorajam fortemente o seu uso. Outras práticas sem respaldo científico, como a cinesiologia aplicada e os testes eletrodérmicos, devem ser igualmente evitadas, pois não possuem validade diagnóstica e podem resultar em condutas clínicas errôneas (Abrams; Sicherer, 2016).

Outro ponto de fundamental importância é a distinção entre sensibilização e alergia clínica. A detecção de IgE específica para um alimento, seja por teste cutâneo ou sorológico, indica apenas que o sistema imunológico reconhece aquela proteína (sensibilização), mas não confirma, isoladamente, que a ingestão do alimento causa sintomas. A exclusão dietética baseada apenas em exames positivos, sem uma história clínica condizente, é uma prática temerária. Além de impor restrições nutricionais desnecessárias e prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil, a retirada abrupta de um alimento tolerado pode resultar na perda da tolerância oral, aumentando o risco de o paciente desenvolver uma alergia real e grave no futuro (Solé *et al.*, 2018).

Abordagem Individualizada

Uma abordagem individualizada é indispensável para determinar a necessidade de exames complementares ou do Teste de Provocação Oral. Essa decisão deve ponderar a gravidade de reações prévias, o valor nutritivo do alimento na dieta do paciente, o impacto psicossocial da restrição e o risco de desnutrição (Abrams; Sicherer, 2016). No contexto de pacientes com necessidades específicas, como crianças

portadoras do Transtorno do Espectro Autista (TEA), essa personalização torna-se ainda mais vital para evitar a sobreposição de restrições alérgicas a seletividades alimentares preexistentes.

Em última análise, a exclusão de qualquer alimento da dieta jamais deve ser realizada de forma empírica e sem a orientação de um especialista. O diagnóstico preciso, conduzido sob rigoroso critério médico, é a única via segura para o tratamento eficaz. A restrição indevida não apenas compromete a saúde física, mas gera uma ansiedade familiar desnecessária, enquanto que o manejo guiado por evidências garante a segurança e a qualidade de vida do paciente (Solé *et al.*, 2018).

Referências

ABRAMS, E. M.; SICHERER, S. H. Diagnosis and management of food allergy. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 188, n. 15, p. 1087-1093, 2016. DOI: 10.1503/cmaj.160124.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. **Conheça o passo a passo para o diagnóstico da alergia alimentar**. São Paulo: ASBAI, 26 out. 2020. Disponível em: <https://asbai.org.br/conheca-o-passo-a-passo-para-o-diagnostico-da-alergia-alimentar/>. Acesso em: 19 fev. 2026.

BARNI, S. et al. Immunoglobulin E (IgE)-Mediated Food Allergy in Children: Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Prevention, and Management. **Medicina**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. 111, 2020. DOI: 10.3390/medicina56030111.

COCCO, R. R. et al. Abordagem laboratorial no diagnóstico da alergia alimentar. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 258-265, 2007.

GONÇALVES, L. C. et al. Prevalence of food allergy in infants and pre-schoolers in Brazil. **Allergologia et Immunopathologia**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 497-503, 2016. DOI: 10.1016/j.aller.2016.04.009.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39-82, 2018.

7. Cuidados no Cotidiano e Tratamento

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Ana Carolina Valerio Lana

Reconhecimento de uma reação alérgica e Tratamento

Ao estabelecer o diagnóstico de alergia, deve-se seguir o acompanhamento ambulatorial especializado com um alergologista infantil para melhor instruir pacientes e familiares no manejo da alergia, bem como acompanhar a evolução do quadro. Assim, para atingir o objetivo de tratar corretamente uma reação alérgica, é necessário, primeiramente, que pais e responsáveis estejam aptos para identificar, de forma precoce, os sinais de uma alergia alimentar (Solé *et al.*, 2018). A gravidade da apresentação dos sintomas varia de acordo com cada paciente, a quantidade de alimento ingerido, o modo de preparo e a ingestão em conjunto de outros alimentos (Bright; Stegall; Slawson, 2023).

Nesse contexto, uma reação alérgica leve desencadeia sintomas cardiovasculares, gastrointestinais, cutâneos e respiratórios logo após o contato com o alérgeno. Dentre esses, destacam-se aumento da frequência cardíaca, urticária aguda, coceira, piora da dermatite atópica, tosse, prurido e congestão nasal, náusea, vômito, cólica abdominal, constipação ou diarreia, palidez, fadiga e recusa alimentar (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). Em casos de reações mais graves, há o desenvolvimento de anafilaxia e, potencialmente, choque, de modo que a intervenção imediata seja crucial para a recuperação do paciente (Pflipsen; Vega Colon, 2020).

Dessa forma, é essencial frisar que a única terapia comprovadamente eficaz nas alergias alimentares é a exclusão total do alérgeno da dieta do paciente (Bright; Stegall; Slawson,

2023). A meta é impedir crises, evitar a progressão da doença e prevenir distúrbios nutricionais acarretados pela restrição. Assim, tanto pacientes quanto familiares devem ser educados sobre como garantir a exclusão do alimento, com a leitura detalhada de rótulos de produtos, evitar situações de risco e impedir a contaminação cruzada no preparo de refeições (Solé *et al.*, 2018). Além disso, em casos de múltiplas restrições dietéticas, o acompanhamento nutricional torna-se fundamental para certificar a alimentação adequada, avaliando a necessidade de suplementações e monitorando a exclusão desnecessária de alimentos, o que compromete o desenvolvimento infantil (Oliveira *et al.*, 2021).

No cenário da iminência de uma reação alérgica, a expansão do cuidado em saúde para o ambiente da escola é essencial para a garantia de segurança das crianças desse grupo. Desse modo, a implementação de estratégias para minimizar o risco de ingestão de alimentos alérgenos e a qualificação dos profissionais para identificar precocemente os sinais de uma reação alérgica são ferramentas transformadoras e capazes de salvar vidas (Sicherer *et al.*, 2025). Portanto, é importante notificar a escola acerca de uma alergia alimentar diagnosticada e compartilhar o plano de ação para reações alérgicas simples e anafilaxia, criando uma parceria entre criança, pais/responsáveis, equipe escolar e equipe de saúde (Sicherer *et al.*, 2025).

Acerca do uso de medicamentos, há certos fármacos que podem minimizar a sintomatologia de uma reação alérgica leve. Nesse contexto, os anti-histamínicos aliviam as queixas cutâneas e orais mediadas por reações de IgE, porém, é importante destacar que não impedem a evolução para um quadro sistêmico grave (Solé *et al.*, 2018). Dessa forma, além da eliminação do alérgeno da dieta, atualmente, não há nenhum tratamento definitivo para a alergia alimentar (Bright; Stegall; Slawson, 2023).

Há tentativas de tratamento com imunoterapia oral, no entanto, as reações adversas, longo tempo de tratamento e rápida perda da proteção contra o alérgeno limitam a eficácia da terapia (Solé *et al.*, 2018). Como também, há perspectivas para o avanço terapêutico com a implementação de imunobiológicos, como o Omalizumabe (Wood *et al.*, 2024).

Reconhecimento de anafilaxia e como agir na emergência

A anafilaxia consiste na manifestação sistêmica e mais grave de uma reação alérgica, com alto risco de fatalidade se não tratada corretamente (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). A anafilaxia pode ocorrer em qualquer alergia, inclusive em pacientes que nunca manifestaram sintomas graves, de modo que a identificação rápida do quadro seja essencial para o manejo adequado do paciente.

Nesse contexto, as principais causas de anafilaxia são as alergias alimentares, medicamentos e picada de insetos. Assim, apesar de um risco iminente em qualquer quadro alérgico, há fatores que chamam atenção para o desenvolvimento de um quadro mais severo na anafilaxia, como idade maior do que 50 anos, presença de asma, doença cardiovascular prévia, distúrbios de mastócitos, alergia a amendoim e castanhas, bem como reações alérgicas induzidas por medicamentos (Pflipsen; Vega Colon, 2020).

Dessa forma, a anafilaxia se distingue de uma reação alérgica qualquer pelo acometimento de, no mínimo, 2 sistemas no organismo, provocando dificuldade de respirar, sensação de sufocamento, tosse persistente, edema na língua, dor abdominal, vômito e hipotensão (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). A anafilaxia também pode ser identificada apenas pela hipotensão e acometimento cardiovascular após a exposição a um alérgeno conhecido. O início dos sintomas acontece dentro de 2 horas após o contato com o alérgeno e, no

caso de alergias alimentares, a instalação ocorre em cerca de 30 minutos (Pflipsen; Vega Colon, 2020).

É importante estar atento a qualquer queixa relatada, visto que, geralmente, o desconforto gastrointestinal e respiratório é subestimado em crianças (Pflipsen; Vega Colon, 2020). A identificação precoce de um quadro de anafilaxia permite o manejo adequado e eficiente do paciente, garantindo uma melhor recuperação.

Nesse sentido, o tratamento de primeira linha na anafilaxia é a epinefrina (Solé *et al.*, 2018). A administração intramuscular na lateral da coxa promove aumento da resistência vascular periférica, efeito inotrópico e cronotrópico, broncodilatação e redução do edema de mucosas, de modo a melhorar a hipotensão e a queixa respiratória (Pflipsen; Vega Colon, 2020). A dose de adrenalina utilizada em crianças é de, no máximo, 0,3 mg em pré-púberes e 0,5 mg em adolescentes, com a repetição dessa dose a cada 5-15 minutos até o aumento da pressão (Solé *et al.*, 2018).

O início da ação da epinefrina ocorre de 3 a 5 minutos após a administração e pode acarretar alguns efeitos adversos, como agitação, ansiedade, tremor, dor de cabeça, tontura e palpitação. No entanto, é importante destacar que não há contraindicações para o uso da epinefrina no tratamento da anafilaxia, sendo passo crucial para a recuperação do paciente (Pflipsen; Vega Colon, 2020).

Assim, é essencial que, em um quadro de emergência, sejam estabelecidos 2 acessos venosos calibrosos, de modo que esses estejam preparados para a reposição volêmica em frente ao choque. Como também, deve haver a monitorização da saturação do paciente, com a suplementação de oxigênio sendo de grande importância em casos de queixas respiratórias, hipotensão ou saturação de O₂ menor que 95% (Solé *et al.*, 2018).

O uso de anti-histamínicos e corticoides pode ser adjuvante à epinefrina, já que esses não são capazes de reverter o quadro de choque isoladamente (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). Assim, a administração desses fármacos pode melhorar queixas associadas ao eritema e prurido, além do uso de corticoides estar associado a um menor tempo de internação hospitalar (Solé *et al.*, 2018).

Por fim, é fundamental estar atento à pervidade das vias aéreas e pressão arterial, de modo a considerar o estabelecimento de assistência ventilatória, necessidade de agentes vasopressores e transferência para unidade de cuidados intensivo (Pflipsen; Vega Colon, 2020). Assim, faz-se necessário também a observação do paciente por, no mínimo, 4 horas, visto o risco da recorrência da anafilaxia nas 72 horas seguintes após a reação inicial, mesmo sem nova exposição ao alérgeno (Solé *et al.*, 2018).

Dessa forma, visto o severo quadro clínico criado por uma reação anafilática, ao dar alta para um paciente, é importante que essa seja acompanhada por um plano de ação em casos de anafilaxia e encaminhamento a um alergologista (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, 2023). Assim, os pacientes e familiares devem ser instruídos acerca dos alérgenos, sinais de uma reação anafilática e a importância da rápida administração de epinefrina para resolução do quadro, além da prescrição de adrenalina autoinjetável (Solé *et al.*, 2018). O plano também deve ser acompanhado pela identificação da criança, contato do responsável e confirmação da alergia, de modo a compartilhar essas informações, capazes de salvar a vida da criança, em ambientes de convivência dos pacientes, como em creches e escolas (Sicherer *et al.*, 2025).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. **Alergia Alimentar**. [s. l.]: ASBAI, 2023. Disponível em: <https://asbai.org.br>. Acesso em: 10 fevereiro 2026.

BRIGHT, D. M.; STEGALL, H. L.; SLAWSON, D. C. Food Allergies: Diagnosis, Treatment, and Prevention. **American Family Physician**, [s. l.], v. 108, n. 2, p. 159-165, ago. 2023.

OLIVEIRA, M. N. et al. O desenvolvimento de uma alimentação adequada para crianças portadoras de TEA - transtorno do espectro autista. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p. 105134-105146, nov. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-234.

PFLIPSEN, M. C.; VEGA COLON, K. M. Anaphylaxis: Recognition and Management. **American Family Physician**, [s. l.], v. 102, n. 6, p. 355-362, set. 2020.

SICHERER, S. H. et al. Management of Food Allergy in Schools: Clinical Report. **Pediatrics**, [s. l.], v. 156, n. 6, p. e2025073168, dez. 2025.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 39-82, 2018. DOI: 10.5935/2526-5393.20180005.

WOOD, R. A. et al. Omalizumab for the Treatment of Multiple Food Allergies. **The New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 390, n. 10, p. 889-899, mar. 2024. DOI: 10.1056/NEJMoa2312382.

8. Nutrição Segura e Adequada para Crianças com TEA e Alergia Alimentar

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Felipe Burity Tenório Pimentel

A garantia de uma nutrição segura e adequada para crianças que apresentam a coexistência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e alergias alimentares representa um dos maiores desafios no manejo pediátrico contemporâneo. Para os familiares e cuidadores, essa realidade configura uma "dupla restrição": de um lado, a seletividade alimentar sensorial e a rigidez comportamental típicas do TEA limitam drasticamente o repertório de alimentos aceitos; de outro, o diagnóstico de alergia alimentar exige a exclusão rigorosa e vigilante de alérgenos específicos. Essa sobreposição não apenas eleva os níveis de estresse parental, mas coloca a criança em um estado de vulnerabilidade nutricional acentuada, no qual o risco de deficiências de micronutrientes e o comprometimento do crescimento linear tornam-se ameaças reais ao desenvolvimento saudável (Silva *et al.*, 2025).

Essa vulnerabilidade é corroborada pelo cenário epidemiológico brasileiro, o qual revela uma correlação notável entre as duas condições. De acordo com o levantamento nacional conduzido por Silva *et al.* (2025), a prevalência de alergia alimentar relatada entre crianças e adolescentes autistas no país atinge 33,8%, índice significativamente superior ao observado na população neurotípica. Quanto ao perfil clínico desses pacientes, a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) destaca-se como o diagnóstico mais frequente (70,2%), sendo comumente acompanhada por uma elevada incidência de sintomas gastrointestinais crônicos, como constipação e refluxo. No contexto do TEA, tais sintomas manifestam-se de forma atípica, através de irritabilidade, alterações comportamentais ou

distúrbios do sono, o que exige do clínico e dos familiares um olhar investigativo que transcenda as manifestações cutâneas ou respiratórias clássicas (Silva *et al.*, 2025).

Avaliação e acompanhamento nutricional

Diante da complexidade clínica e da manifestação atípica descrita anteriormente, o acompanhamento nutricional da criança com TEA e alergia alimentar deve abdicar de uma postura estática. Assim, o monitoramento deve ser dinâmico e realizado com frequência superior à pediatria convencional, visando a detecção precoce de desvios no desenvolvimento antes que se tornem clinicamente graves (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023). Nesse contexto, a individualização é o pilar central, uma vez que cada paciente possui um limiar sensorial específico e um perfil de reatividade alérgica único, exigindo estratégias de avaliação que contemplem tanto o crescimento físico quanto a estabilidade metabólica e comportamental (Silva *et al.*, 2025).

A ferramenta diagnóstica primária nesse processo é a antropometria rigorosa, utilizando-se as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para os índices de Peso/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade (World Health Organization, 2006). É fundamental identificar precocemente o "platô" de crescimento, um indicativo sutil, mas crítico, que costuma preceder a perda de peso real. Esse sinal alerta para o fato de que a dieta de exclusão pode estar sendo insuficiente em densidade calórica ou em nutrientes essenciais, demandando ajustes imediatos no planejamento alimentar para evitar déficits de estatura irreversíveis (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Além disso, paralelamente ao acompanhamento físico, a vigilância laboratorial e bioquímica torna-se obrigatória devido à alta prevalência de deficiências de micronutrientes nesta população (Smith *et al.*, 2024). A restrição de grupos

alimentares inteiros, como ocorre com os laticínios na APLV, impõe a necessidade de rastreio periódico de níveis séricos de Ferritina, Vitamina D, Vitamina B12, Zinco e Cálcio. Essa monitorização estratégica é a principal defesa contra o desenvolvimento de anemias e o comprometimento da saúde óssea, condições que podem agravar o quadro de irritabilidade e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança com TEA (Silva *et al.*, 2025; Smith *et al.*, 2024). Para que essa avaliação seja coerente, é indispensável o uso do recordatório alimentar cruzado com o diário de sintomas. Mais do que listar a ingestão quantitativa, essa ferramenta instrui os cuidadores a correlacionar o consumo alimentar com alterações de comportamento, sono e funções gastrointestinais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023). Essa análise permite identificar alérgenos ocultos e discernir se a recusa alimentar é de ordem estritamente sensorial ou se é um mecanismo de defesa por desconforto físico oculto, como o refluxo gastroesofágico ou cólicas (Silva *et al.*, 2025).

Por fim, o sucesso da intervenção e a manutenção da segurança nutricional dependem de uma abordagem interdisciplinar efetiva. Enquanto o pediatra coordena o cuidado geral e as intercorrências clínicas, o nutricionista ajusta o aporte calórico e as substituições específicas e o fonoaudiólogo atua nas dificuldades motoras orais e na hipersensibilidade. Essa integração profissional é o que garante que as barreiras de aceitação a novas texturas e alimentos sejam superadas sem comprometer a integridade nutricional do paciente (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Risco de deficiências e seletividade alimentar

A interseção entre o transtorno do espectro autista e a alergia alimentar estabelece uma sinergia crítica que compromete o estado nutricional do paciente. Enquanto a seletividade alimentar no autismo deriva, majoritariamente, de

hipersensibilidades sensoriais relacionadas à textura, cor, temperatura ou odor dos alimentos, a alergia alimentar impõe uma exclusão biológica obrigatória de determinados alérgenos. Essa combinação resulta em um repertório alimentar extremamente limitado, o qual supera a neofobia alimentar comum da infância e deve ser compreendida como um comportamento alimentar restritivo e sensorialmente pautado, com raízes neurobiológicas profundas. A natureza dessa seletividade no TEA é caracterizada pela rigidez e pela defensividade sensorial, em que novos estímulos alimentares são frequentemente processados pelo sistema nervoso central como ameaças. Quando a alergia coexiste, o histórico de reações alérgicas anteriores, como dor abdominal, prurido ou desconforto respiratório, atua como um reforço negativo, consolidando a recusa alimentar por meio de um condicionamento de medo. Esse ciclo de ansiedade alimentar dificulta a introdução de novos grupos de alimentos seguros, perpetuando um quadro de monotonia dietética que predispõe a criança a riscos nutricionais severos (Silva *et al.*, 2025).

As evidências científicas recentes corroboram a alta prevalência de deficiências de micronutrientes em risco crítico nessa população. A exclusão sistemática de grupos como laticínios, essencial no manejo da APLV, associada à baixa exposição solar, frequente em crianças com maior isolamento social, resulta em uma tríade de risco que culmina na redução da densidade mineral óssea e em uma maior suscetibilidade a fraturas. Adicionalmente, a rejeição a texturas fibrosas, comum no consumo de proteínas animais, correlaciona-se diretamente com quadros de anemia ferropriva e deficiência de vitamina B 12, condições que sabidamente exacerbam a irritabilidade e os distúrbios do sono no autismo (Smith *et al.*, 2024).

Outros minerais, como o zinco e o magnésio, também apresentam níveis séricos reduzidos em decorrência da baixa ingestão de vegetais e sementes. Tais deficiências estão

associadas a comportamentos de pica (alotriofagia) e elevação da hiperatividade, criando um feedback negativo no quadro clínico global. O impacto dessas carências reflete diretamente nos parâmetros de desenvolvimento: dados de 2025 indicam que crianças com essa dupla condição apresentam escores-Z de estatura para a idade significativamente inferiores aos seus pares neurotípicos. Esse "platô" de crescimento não deve ser interpretado apenas sob a ótica ponderal, mas sim como um reflexo de uma má nutrição celular que pode comprometer a neuroplasticidade e atenuar a resposta terapêutica nas diversas frentes de reabilitação (Silva *et al.*, 2025; Smith *et al.*, 2024).

Planejamento alimentar e substituições seguras

O planejamento alimentar para crianças que convivem com a dualidade do TEA e da alergia alimentar exige uma vigilância além do momento de compra dos ingredientes, concentrando-se na segurança absoluta do ambiente doméstico. A organização da rotina alimentar deve priorizar a prevenção da contaminação cruzada, garantindo que utensílios, superfícies e até mesmo a esponja de limpeza sejam exclusivos ou rigorosamente higienizados para eliminar traços de alérgenos. Como também, a estruturação das refeições deve buscar a máxima densidade calórica e nutricional em pequenos volumes. Essa estratégia é fundamental para compensar as perdas decorrentes das restrições impostas pela alergia e pela seletividade sensorial da criança, que frequentemente limita o tempo de permanência à mesa (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

No processo de substituição, a mera troca de um alimento por outro de textura semelhante não garante a adequação nutricional necessária para o desenvolvimento. No caso da exclusão do leite de vaca, por exemplo, é imperativo que as bebidas vegetais substitutas sejam obrigatoriamente fortificadas com cálcio e vitamina D, visando mimetizar o perfil

do leite animal e prevenir o comprometimento da saúde óssea e do crescimento linear. Da mesma forma, a substituição do ovo e de carnes, frequentemente recusadas por questões de textura, deve ser feita por fontes proteicas de alto valor biológico que sejam toleradas sensorialmente, como leguminosas processadas em purês ou farinhas de sementes, sempre respeitando as janelas de tolerância imunológica individuais (Silva *et al.*, 2025).

Um pilar fundamental desse planejamento é o treinamento dos cuidadores para a leitura técnica e crítica de rótulos. Termos como caseína, soro de leite, albumina ou lisozima precisam ser identificados com precisão, pois falhas na interpretação de ingredientes ocultos podem desencadear reações alérgicas graves e retrocessos no comportamento alimentar da criança com TEA. No cenário brasileiro, o cumprimento das normas de rotulagem de alérgenos da ANVISA é a principal ferramenta de proteção, permitindo que a dieta de exclusão seja mantida sem riscos desnecessários, enquanto se trabalha a introdução de novos sabores de forma segura (Brasil, 2024).

A manutenção do desenvolvimento saudável depende, portanto, da harmonia entre a oferta de alimentos seguros e a progressão gradual de repertório por meio do encadeamento alimentar. Essa técnica permite que alimentos com propriedades sensoriais semelhantes aos já aceitos, como cor, forma ou crocância, sejam introduzidos paulatinamente, reduzindo o estresse à mesa e garantindo que o aporte calórico-proteico sustente a neuroplasticidade e o crescimento. Esse acompanhamento contínuo assegura que a dieta restritiva não se torne uma barreira ao potencial de desenvolvimento físico e cognitivo, permitindo que a criança atinja seus marcos evolutivos com segurança (SMITH *et al.*, 2024).

Suplementação e desenvolvimento saudável

A suplementação no contexto do TEA e da alergia alimentar deve ser encarada como uma intervenção precisa, sendo rigorosamente fundamentada em evidências clínicas. É imperativo que a introdução de micronutrientes não ocorra de forma empírica, mas sim baseada em exames laboratoriais periódicos ou na comprovação inequívoca de uma ingestão dietética insuficiente. No manejo dessas crianças, a suplementação excessiva ou desnecessária pode sobrecarregar vias metabólicas e mascarar outros déficits, enquanto a intervenção precisa atua diretamente na correção de carências que poderiam comprometer a neuroplasticidade e o crescimento físico (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

A reposição de ferro e vitamina D deve seguir os protocolos estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), contudo, exige um ajuste fino para a realidade da dieta restritiva. Para crianças alérgicas ao leite de vaca ou com seletividade extrema para carnes, as doses profiláticas padrão podem não ser suficientes para manter os estoques adequados, exigindo uma monitorização mais estreita da ferritina e dos níveis séricos. A suplementação individualizada garante que, mesmo diante de um repertório alimentar limitado, a criança mantenha o substrato necessário para o desenvolvimento cognitivo e a saúde imunológica, prevenindo danos de longo prazo (Smith *et al.*, 2024).

Em casos de seletividade alimentar severa associada a múltiplas alergias, o uso de fórmulas especiais torna-se uma peça-chave no planejamento terapêutico. Fórmulas de aminoácidos ou extensamente hidrolisadas são frequentemente utilizadas não apenas como substitutos lácteos, mas também como suplementos calórico-proteicos para garantir o aporte de macronutrientes. Essas fórmulas oferecem uma nutrição completa e hipoalergênica, servindo como uma rede de segurança nutricional que permite o ganho de peso e estatura

adequados enquanto as terapias de expansão de repertório alimentar avançam de forma gradual (Silva *et al.*, 2025).

Logo, o objetivo central da intervenção nutricional é garantir a manutenção do desenvolvimento saudável em sua totalidade. Um estado nutricional otimizado, livre de inflamações causadas por alérgenos e rico em micronutrientes essenciais, potencializa os resultados das intervenções comportamentais e fonoaudiológicas no TEA. Ao alinhar a segurança imunológica com o suporte nutricional estratégico, é possível oferecer à criança a base biológica necessária para que ela atinja seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Em razão disso, fica evidente que o manejo nutricional de crianças que apresentam a coexistência de Transtorno do Espectro Autista e Alergia Alimentar configura-se como uma intervenção de alta complexidade, exigindo uma abordagem que transcenda a simples prescrição dietética. A vulnerabilidade nutricional inerente a essa população é exacerbada pela sobreposição de restrições imunológicas e seletividade sensorial, o que demanda uma vigilância contínua do estado antropométrico e bioquímico. A manutenção do desenvolvimento saudável depende, portanto, da precisão no diagnóstico de deficiências e na implementação de substituições alimentares que assegurem o aporte calórico-proteico e de micronutrientes essenciais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Em última análise, o sucesso terapêutico está intrinsecamente ligado à capacidade da equipe interdisciplinar em integrar as necessidades biológicas da alergia com as particularidades neurocomportamentais do TEA. O suporte especializado à unidade familiar é o pilar que sustenta a adesão ao plano alimentar de exclusão, mitigando riscos de desnutrição e promovendo a estabilidade necessária para a evolução global

da criança. A prática baseada em evidências, aliada ao monitoramento estratégico, permite que as barreiras alimentares sejam manejadas de forma a garantir a segurança imunológica e a integridade do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (Silva *et al.*, 2025).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia sobre Rotulagem de Alimentos Alergênicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

SILVA, R. et al. Clinical and nutritional profile of children and adolescents with autism spectrum disorder in Brazil: a nationwide online survey. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 1, p. 45-53, jan./fev. 2025.

SMITH, A. J. et al. Nutritional Status of Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, Basel, v. 17, n. 4, p. 812-825, fev. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Manual de Orientação: Nutrologia no Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 25 fev. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Suplementação de Micronutrientes na Infância**. São Paulo: SBP, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização: Seletividade Alimentar no TEA**. São Paulo: SBP, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: Methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age**. Geneva: WHO, 2006.

9. Educação, Prevenção e Qualidade de vida

Iramirton Figuerêdo Moreira e

Beatriz Terto de Lima

O prognóstico da alergia alimentar varia ao longo do tempo, de acordo com o alimento envolvido e os fatores imunológicos do paciente. Assim, a alergia ao leite, ovos, trigo e à soja costuma se resolver na infância, enquanto que, alergias ao amendoim, às nozes e aos frutos do mar geralmente persistem na idade adulta. Ademais, a persistência da alergia ao leite é mais provável quando mediada por IgE, em comparação com a não mediada por IgE, especialmente se coexistir com outras alergias, alimentares ou não (Luyt *et al.*, 2016).

Portanto, dada a imprevisibilidade da história natural da doença, convém investigar estratégias de prevenção.

Estratégias de Prevenção da Alergia Alimentar

As estratégias de prevenção da alergia alimentar podem ser iniciadas desde a introdução alimentar do bebê, pois as evidências indicam que a inserção precoce de alimentos alergênicos, como amendoim, ovo e leite de vaca, na dieta pode reduzir o risco de desenvolvimento de alergia alimentar (Mathew *et al.*, 2025). Contudo, é importante ressaltar que o sucesso dessa estratégia depende da regularidade da ingestão do alérgeno, a qual deve ocorrer, no mínimo, uma vez por semana (Abrams *et al.*, 2023).

Além disso, a eficácia dessa intervenção é maior quando ela é iniciada precocemente, sendo reduzida quando iniciada após os 12 meses de idade; outra vantagem da introdução precoce é o aumento na diversidade da microbiota intestinal, o que contribui para a obtenção de tolerância oral aos alérgenos (Bartha *et al.*, 2023). O ideal é que haja variabilidade alimentar, com amplo consumo de frutas, verduras, peixes e iogurte,

durante o primeiro ano de vida, concomitantemente ao aleitamento materno, pois essa prática tem se mostrado um fator de proteção contra alergias alimentares (Mathew *et al.*, 2025).

Segundo Mathew *et al.* (2025), algumas escolhas saudáveis para a introdução de alimentos alergênicos em bebês incluem: um terço de um ovo bem cozido por porção, 2 vezes por semana, conforme tolerado; 120 mL de leite integral de vaca por dia, o qual não deve substituir o leite materno, conforme tolerado; frutos do mar 3 vezes por semana; 3 colheres de chá de nozes servidas 1 vez por semana, na forma de manteigas de nozes.

Durante a primeira semana de vida do bebê, é ideal evitar a suplementação com fórmula infantil à base de leite de vaca, pois isso pode resultar em uma diminuição do risco de alergia ao leite de vaca na primeira infância (Halken *et al.*, 2021). A alergia alimentar ao leite ou ao ovo em bebês pode ser superada e esses alimentos podem ser reintroduzidos a partir dos 12 meses de idade. No caso do ovo, o recomendado é que seja oferecido na forma assada ou bem cozido, sob supervisão nutricional e em pequenas quantidades, contribuindo para a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida do paciente (Luyt *et al.*, 2016).

A implementação eficaz da introdução precoce de alimentos alergênicos requer o acompanhamento interdisciplinar, com engajamento familiar e participação do pediatra e do alergista/imunologista. Para isso, as preocupações dos pais devem ser abordadas e suas dúvidas esclarecidas (Abrams *et al.*, 2023). Levando em consideração que evitar alérgenos alimentares é uma tarefa difícil, visto a ingestão acidental, é importante que haja a educação do paciente e de seus familiares para que sejam instruídos a reconhecer e tratar reações alérgicas.

Ademais, o controle da alergia alimentar envolve o apoio de um nutricionista para a elaboração de uma dieta adequada,

que evite o alérgeno e se adapte ao estilo de vida da família, garantindo uma adequação nutricional e monitoramento do peso e da estatura. Essa orientação dietética deve ser individualizada, levando em consideração os determinantes sociais familiares e visando minimizar o impacto negativo da exclusão alimentar no desenvolvimento, no estado nutricional, na saúde mental e no bem-estar do indivíduo (Santos *et al.*, 2024).

Quanto à restrição alimentar na gravidez, não é necessária a restrição desses alimentos, visto que a maioria dos estudos não demonstrou redução na prevalência de alergia alimentar nos filhos de mulheres que evitaram alérgenos durante a gestação, especialmente considerando que a exclusão de grupos alimentares pode reduzir a ingestão de nutrientes e fibras benéficos (Halken *et al.*, 2021).

Educação e Políticas Públicas

Em relação às particularidades dos pacientes com TEA, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista preconiza a atenção integral às necessidades de saúde do indivíduo com TEA, objetivando o atendimento multiprofissional, o que inclui o acompanhamento nutricional adequado às condições individuais de cada criança, como suas alergias alimentares ou seletividade alimentar (Fernandes *et al.*, 2025).

Entretanto, o suporte institucional às famílias com membros com TEA é insuficiente, uma vez que muitos pais relatam enfrentar sobrecarga emocional e dificuldades financeiras, o que compromete o apoio oferecido a essas crianças (Ferreira *et al.*, 2025). Além disso, a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares costuma ser impactada pelas alergias alimentares, visto a ansiedade, preocupação e estresse. Por isso, o apoio psicológico profissional é essencial e pode reduzir o sofrimento familiar e melhorar o manejo da alergia alimentar (Santos *et al.*, 2024).

Quanto ao manejo das alergias alimentares, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma estratégia instituída pelas políticas públicas que promove o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis desde o início da vida, o que demanda a utilização de recursos educacionais problematizadores e metodologias ativas. Essa abordagem pode ser empregada para garantir a disseminação de informações aos pais e às crianças, ampliando o suporte nutricional (Nóbrega, 2024). Dentre as ações de EAN efetivas no TEA, destacam-se atividades lúdicas como jogos e práticas de recorte e colagem, que também podem auxiliar na diminuição do estresse e da sobrecarga emocional familiar (Lino *et al.*, 2024).

No Brasil, a Lei nº 12.982/2014 definiu a obrigatoriedade da elaboração de cardápios especiais nas escolas para portadores de estado ou condição de saúde específica, fortalecendo as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que é considerado um dos maiores programas de alimentação do mundo (Gomes, 2021).

Qualidade de Vida: Família, Escola e Acompanhamento Multiprofissional

Um ambiente familiar estruturado é extremamente importante para minimizar os impactos negativos no desenvolvimento de crianças com TEA, sendo fundamental a atuação integrada da família com profissionais da saúde e da educação (Ferreira *et al.*, 2025). Nesse sentido, a família tem papel fundamental na educação nutricional, uma vez que influencia no processo de formação dos hábitos alimentares infantis que repercutem na qualidade de vida (Lino *et al.*, 2024). Ademais, o bem-estar de indivíduos com TEA pode ser ampliado por meio de acompanhamento multiprofissional, o qual é capaz de reduzir os impactos de comorbidades frequentemente associadas ao transtorno, como as alergias alimentares.

Portanto, a avaliação do pediatra e do neuropediatra é essencial para a avaliação clínica e diagnóstico precoce, identificando características compatíveis com o TEA; o fonoaudiólogo contribui para o desenvolvimento da comunicação e intervém nas alterações sensório-motoras orofaciais que podem repercutir em dificuldades alimentares; o acompanhamento psicopedagógico permite a inclusão escolar, garantindo o acesso a turmas inclusivas e aos diversos ambientes da escola; o nutricionista é primordial na identificação e correção de déficits nutricionais, prevenindo prejuízos ao organismo; o psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional também contribuem positivamente (Pereira *et al.*, 2021).

Aliada ao acompanhamento multiprofissional, a manutenção de uma rotina consistente, com horários fixos para atividades cotidianas, como refeições e lanches, ajuda a minimizar comportamentos desafiadores, reduzir a ansiedade e promover autonomia em crianças com TEA (Ferreira *et al.*, 2025).

Para uma prática pedagógica efetiva, a elaboração de um Plano Educacional Individualizado (PEI) pode favorecer o processo educacional de crianças com TEA. O PEI pode incluir o uso de ferramentas interativas com diferentes cores, formas e sons, a utilização de músicas, a proposição de atividades curtas e intercaladas, entre outros recursos (Silva; Coutinho, 2025). Ainda no âmbito escolar, é imperativo que as famílias e educadores, em parceria, auxiliem as crianças a desenvolver habilidades que auxiliem no manejo da alergia alimentar, a fim de que assumam responsabilidade por sua segurança, como evitar aceitar alimentos oferecidos pelos colegas e comunicar qualquer sintoma de reação alérgica. Isso pode ocorrer por meio de leitura de histórias, de jogos sobre o tema, de conversas de orientação e de simulações por meio de dramatizações, para garantir que os pacientes desenvolvam compreensão ampla a

respeito de suas condições de saúde, fortalecendo a autonomia desses pacientes (Gomes, 2021).

Referências

ABRAMS, E. M. et al. Updates in Food Allergy Prevention in Children. **Pediatrics**, [s. l.], v. 152, n. 5, p. e2023063531, out. 2023.

BARTHA, G. et al. Feast for Thought: A Comprehensive Review of Food Allergy 2021-2023. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [s. l.], v. 153, n. 3, p. 752-765, dez. 2023.

FERNANDES, S. et al. Direito da criança com autismo, alimentação e atividade física como atributos a qualidade de vida. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. e8836, jan. 2025.

FERREIRA, A. M. C. et al. **TEA e seletividade alimentar: análise das deficiências nutricionais e estratégias de reeducação alimentar**. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Nutrição e Dietética) – Escola Técnica Estadual Benedito Storani, Jundiaí, 2025.

GOMES, É. C. **Conscientização e gerenciamento da alergia alimentar em escolas: da prevenção à promoção de saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado em Educação: Formação de Formadores) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

HALKEN, S. et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). **Pediatric Allergy and Immunology**, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 843–858, mar. 2021.

HENRIQUE, E. et al. Comorbidades associadas ao transtorno do espectro autista. **DELOS: Desarrollo Local Sostenible**, [s. l.], v. 18, n. 64, p. e3905, 2025.

LINO, L. et al. Relevância de estratégias nutricionais e intervenções de educação alimentar e nutricional no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 1797–1811, jun. 2024.

LUYT, D. et al. Diagnosis and management of food allergy in children. **Paediatrics and Child Health**, [s. l.], v. 26, n. 7, p. 287–291, jul. 2016.

MATHEW, M. et al. Prevention and Management of Food Allergy in Infants. **Immunology and Allergy Clinics of North America**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 367–385, ago. 2025.

NÓBREGA, R. C. M. N. **Educação e terapêutica nutricional como ferramentas para auxiliar crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista (TEA)**. Repositório Institucional do Unifip, [s. l.], v. 2, n. 1, 2024. Disponível em: <https://editora.unifip.edu.br/repositoriounifip/article/view/3752>. Acesso em: 20 fev. 2026.

PEREIRA, A. B. et al. Atuação da equipe multidisciplinar no tratamento do TEA e a importância da intervenção nutricional. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 94448–94462, set. 2021.

SANTOS, A. F. et al. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. **Allergy**, [s. l.], v. 79, n. 12, p. 3215-3230, dez. 2024.

SILVA, A. L. da; COUTINHO, D. J. G. A interdisciplinaridade como ferramenta motivadora do processamento sensorial de estudantes que apresentam o transtorno do espectro autista – TEA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 1514–1525, maio 2025.

10. Acompanhamento de Pacientes com TEA no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

*Iramirton Figuerêdo Moreira e
Pedro Augusto Fernández Xavier*

O que é o TEA e por que o acompanhamento contínuo é importante

O DSM-V, em sua versão de 2014, aborda o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como déficit persistente na comunicação e na interação social em diversos contextos, cursando com padrões comportamentais restritivos e repetitivos, presentes precocemente no período do desenvolvimento, de forma a causar prejuízo no funcionamento social (American Psychiatric Association, 2014). O processo de diagnóstico deve ser conduzido com cuidado pois, apesar de ser clínico, ou seja, a partir da observação médica e dos relatos dos responsáveis, é um processo demorado devido a variabilidade na forma em que as características se apresentam em cada criança (Sandri *et al.*, 2022).

Dessa forma, identificar precocemente o transtorno se torna fundamental para estabelecer a melhor intervenção para a criança, permitindo que as estratégias terapêuticas recomendadas sejam aplicadas nos primeiros anos de vida e, assim, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida desde a idade em que há maior neurodesenvolvimento e plasticidade neuronal (Da Silva Araujo *et al.*, 2022). Bem como, o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar torna-se fundamental, composta de variados profissionais da saúde como psiquiatra, terapeuta e fonoaudiólogo, visto que o trabalho conjunto e com metas estabelecidas otimiza o desenvolvimento do paciente (Mariano *et al.*, 2023). As principais áreas afetadas

incluem a comunicação, interação social, comportamento e aprendizagem, desta forma, a equipe pode abordar desde aspectos motores e cognitivos até questões sociais e emocionais (Bastos *et al.*, 2025).

O Papel do Hospital Universitário no Cuidado da Criança com TEA

Os estudos apontam que, para obter maior eficácia no tratamento, faz-se necessário estabelecer coordenação frequente entre as equipes que prestam atendimento ao paciente (Strunk; Leisen; Schubert., 2017). Nesse cenário, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) surge como um promotor de serviço especializado que pode contribuir no tratamento e acompanhamento da criança com TEA ao visar a integração entre assistência, ensino e pesquisa.

O HUPAA é um hospital-escola público que promove a formação e o ensino de profissionais a partir da supervisão por equipes experientes e, assim, prioriza a qualidade do atendimento, baseando-se em práticas atualizadas e nas melhores evidências científicas. Contando com uma rede de profissionais e se inserindo no contexto do SUS, o hospital possibilita a articulação com a rede de atenção (atenção básica e escolas, por exemplo) e encaminhamentos internos que permitem o acompanhamento integrado.

Serviços ofertados que auxiliam no tratamento e acompanhamento ambulatorial

Dentre as equipes que o HUPAA disponibiliza ao paciente com TEA destacam-se: terapia ocupacional, serviço social, nutrição, enfermagem e ambulatórios de diversas especialidades na pediatria. A psiquiatria pediátrica tem forte papel nessa abordagem ao desempenhar a identificação e gerenciamento de condições coexistentes como ansiedade ou

hiperatividade, promovendo saúde mental e aprimoramento da qualidade de vida (Muniz *et al.*, 2024).

Além disso, a criança conta com os serviços de neurologia, endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia, alergia e imunologia e pediatria, todos especializados para a primeira idade, de modo que a atenção médica para as crianças com TEA se torne abrangente e multifatorial. O médico atuará em diagnóstico, acompanhamento, avaliação de comorbidades e com medicações se necessário. Condições concomitantes, como convulsões, distúrbios do sono, distúrbios gastrointestinais, distúrbios alimentares e obesidade, têm um efeito deletério significativo na saúde e na qualidade de vida de crianças com TEA e suas famílias (Hyman *et al.*, 2020).

A terapia ocupacional pode auxiliar em autonomia, adaptação sensorial e habilidades funcionais. A enfermagem faz orientação aos cuidadores e acompanhamento geral, bem como eventuais triagens iniciais importantes (Araújo *et al.*, 2024). A nutrição apoia o manejo da seletividade alimentar e fornece aos pais caminhos para guiar a criança no planejamento alimentar. Por fim, os assistentes sociais garantem acesso aos benefícios garantidos aos pacientes, como escola, rede de apoio e direitos (Bastos *et al.*, 2025).

A família como parte central da equipe

Dentro desse contexto, o HUPAA atua juntamente com a família, uma vez que os pais se destacam como os principais parceiros do tratamento, para obter continuidade das terapêuticas em casa, fora do ambiente hospitalar. Sendo assim, os autores ressaltam a importância da participação ativa da família em consultas e orientações, reforçando que é um ambiente para retirada de dúvidas, orientação à família, educação em saúde, acolhimento e apoio emocional (World Health Organization., 2022).

Direitos da criança com TEA

A criança com TEA possui diversos direitos, garantidos sobretudo pela Lei 12.764/2012 - Lei Berenice Piana, como direito à educação inclusiva, benefícios sociais (quando aplicável), prioridade no atendimento em saúde e acesso a terapias via SUS. Como mencionado anteriormente, a equipe do hospital, pela figura do assistente social, atua também neste âmbito para assegurar ao paciente seu melhor amparo (Brasil, 2012).

Alergia Alimentar na Criança com TEA

Ao abordar o contexto das alergias, sobretudo a alimentar, observa-se que está se tornando cada vez mais frequente a associação das condições nessa população (Xu *et al.*, 2018). Assim, o HUPAA também surge, por meio do alergista, como uma figura primordial no tratamento do paciente, que por vezes já apresenta uma nutrição dificultada pela seletividade alimentar ou uma condição de vida afetada por comorbidades sociais e comportamentais que podem tornar mais difíceis ao apresentar condições alérgicas concomitantes (Onal., 2023). O alergista poderá diagnosticar precocemente a condição ao realizar testes específicos, como o prick test ou teste de provocação oral, bem como otimizar o tratamento com medicações e orientações gerais aos pais que melhoram a qualidade de vida de suas crianças (Oliveira *et al.*, 2025).

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAUJO, H. S.; JÚNIOR, U. M. L.; SOUSA, M. N. A. Atuação multiprofissional no manejo do transtorno do espectro autista. **Revista Contemporânea**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 942–966, 2022. DOI: 10.56083/RCV2N3-045.

ARAÚJO, I. D. et al. Atuação do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno do espectro autista: revisão integrativa. **Revista FT**, [s. l.], v. 28, ed. 139, out. 2024. DOI: 10.69849/revistaft/ni10202410162151.

BASTOS, I. T. et al. A importância das abordagens multidisciplinares no tratamento do Transtorno do Espectro Autista. **Journal of Medical and Biosciences Research**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 995–1009, 2025. DOI: 10.70164/jmbr.v2i1.536.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm. Acesso em: 18 maio 2026.

HYMAN, S. L. et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, [s. l.], v. 145, n. 1, p. e20193447, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3447.

MARIANO, M. E. P. et al. Abordagem multiprofissional em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão narrativa. **Revista FT**, [s. l.], v. 27, ed. 127, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/abordagem-multiprofissional-em-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea-uma-revisao-narrativa/>. Acesso em: 18 maio 2026.

MUNIZ, A. P. M. D. et al. Integrando práticas psiquiátricas no cuidado multidisciplinar do Transtorno do Espectro Autista. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1358–1373, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v6n1p1358-1373.

OLIVEIRA, L. C. L. de et al. Atualização em alergia alimentar 2025: posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 25-42, 2025.

ÖNAL, S.; SACHADYN-KRÓL, M.; KOSTECKA, M. A Review of the Nutritional Approach and the Role of Dietary Components in Children with Autism Spectrum Disorders in Light of the Latest Scientific Research. **Nutrients**, Basel, v. 15, n. 23, p. 4852, 2023. DOI: 10.3390/nu15234852.

SANDRI, J. V. D. A.; PEREIRA, I. A.; CORRÊA, T. G. L. P. Cuidado à pessoa com transtorno do espectro do autismo e sua família em pronto atendimento. **Semina: Ciências Biológicas e**

da Saúde, Londrina, v. 43, n. 2, p. 251–262, 2022. DOI: 10.5433/1679-0367.2022v43n2p251.

STRUNK, J.; LEISEN, M.; SCHUBERT, C. Using a multidisciplinary approach with children diagnosed with autism spectrum disorder. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, [s. l.], v. 8, p. 60–68, 2017. DOI: 10.1016/j.xjep.2017.03.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities**. Geneva: World Health Organization, 2022.

XU, G. et al. Association of food allergy and other allergic conditions with autism spectrum disorder in children. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. e180279, 2018. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0279.

Sobre autores e autoras

Organizador:

Iramirton Figuerêdo Moreira. Professor Associado I da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas -FAMED-UFAL. Médico Alergista e Imunologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes UFAL/HUPAA/EBSERH. Título de Especialista em Alergia e Imunologia pela Associação Brasileira de Alergia e Imunologia – ASBAI. Doutor em Patologia Ambiental e Experimental pela Universidade Paulista - UNIP.

Colaboradores:

Ana Carolina Valerio Lana. Graduanda de medicina da UFAL

Beatriz Terto de Lima. Graduanda de medicina da UFAL

Felipe Burity Tenório Pimentel. Graduando de medicina da UFAL

Pedro Augusto Fernández Xavier. Graduando de medicina da UFAL

