

Alergia alimentar IgE mediada — ovo, amendoim, castanhas, trigo, peixes e frutos do mar

Reconhecimento da reação imediata, particularidades de cada alimento, reatividade cruzada, cofatores, síndrome pólen-alimento e látex-fruta, vacinas na alergia ao ovo, autoinjetor de adrenalina e plano de ação escrito para casa e escola, segundo o posicionamento ASBAI e SBP 2025

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Na **alergia alimentar IgE mediada**, os sintomas surgem **em minutos e até 2 horas** após a ingestão (raramente até 6 horas, como na alergia à carne por alfa-gal ou com cofatores): urticária, angioedema, prurido oral, vômitos, tosse, sibilância, estridor, hipotensão. Os alimentos mais envolvidos são **leite, ovo, trigo, soja, amendoim, castanhas, peixes e frutos do mar** (ASBAI/SBP 2025). Leite, ovo, soja e trigo tendem a ser superados na infância; **amendoim, castanhas, peixes e crustáceos costumam persistir**. O diagnóstico une **história compatível e reprodutível + IgE específica ou prick test** dirigidos ao alimento suspeito; teste positivo sem história é só sensibilização, e o **teste de provocação oral (TPO)** é o padrão de referência. **Toda reação sistêmica deve ser encaminhada ao alergista** (🟡, com prioridade). O pediatra orienta a exclusão, a leitura de rótulos e o **plano de ação escrito**, e prescreve o **autoinjeter** de adrenalina quando indicado. **Anafilaxia é** (🔴): adrenalina IM 0,01 mg/kg imediatamente (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente) e pronto-socorro, conforme o Protocolo de Anafilaxia do site.

1. O que é e como se apresenta

É a reação de hipersensibilidade tipo I: IgE específica fixada em mastócitos e basófilos reconhece a proteína do alimento e libera histamina e outros mediadores. A sensibilização pode ocorrer por via oral, pela pele inflamada (dermatite atópica) ou por reatividade cruzada com pólen e látex (ASBAI/SBP 2025).

Manifestações (ASBAI/SBP 2025; AEP 2019):

- **Pele** (a mais comum, cerca de 90% das anafilaxias têm pele): urticária, angioedema, rubor, prurido; **urticária de contato** isolada, no ponto em que o alimento tocou, não é necessariamente reação sistêmica.
- **Digestivo**: prurido e edema oral, náuseas, vômitos, cólica, diarreia — minutos a 2 h.
- **Respiratório**: rinorreia, tosse, rouquidão, estridor, sibilância; sintomas respiratórios isolados e recorrentes raramente são alimentares.
- **Cardiovascular e neurológico**: palidez, taquicardia, hipotensão, síncope, sonolência; no lactente, irritabilidade, choro rouco, hipotonia.
- **Anafilaxia** (critérios WAO adotados pela SBP): início agudo com pele ou mucosa + respiratório, hipotensão ou sintoma gastrointestinal grave; ou hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após alérgeno provável, mesmo sem pele. Lactentes vomitam e têm urticária; pré-escolares, sibilância e estridor; adolescentes, dificuldade para respirar ou engolir (ASBAI/SBP 2025).

Cofatores que reduzem o limiar de reação: exercício (anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento, típica do trigo), anti-inflamatórios, infecção, febre, jejum, inibidores de bomba de prótons, álcool e menstruação no adolescente (ASBAI/SBP 2025).

Particularidades por alimento (ASBAI/SBP 2025, salvo indicação):

ALIMENTO	COMPONENTES E PERFIL	REATIVIDADE CRUZADA	EVOLUÇÃO
Ovo	Clara: ovomucoide (termoestável — mais grave e persistente) e ovoalbumina (termolábil); gema: livetina (síndrome ovo-frango)	Carne de galinha rara (livetina)	63–84% toleram ovo assado; cerca de 50% resolvem até 5 anos
Amendoim	Ara h 2 e Ara h 6: maior gravidade; Ara h 8 (PR-10): reações leves, pólen	Nozes cerca de 33%; tremoço cerca de 20%; gergelim 10–15%	Só 20–30% toleram até 5 anos
Castanhas	Caju (Ana o 3) e pistache; nozes e pecã; avelã (Cor a 14, Cor a 9)	Caju → pistache 66–83%; noz → pecã 66–75%; entre castanhas 15–33%	Resolução 9–14%
Trigo	Ômega-5 gliadina: reações graves e anafilaxia com exercício	Cevada e centeio < 25%	Tende a resolver na infância
Peixes	Parvalbumina	Outros peixes ósseos cerca de 50%; cartilagosos (cação, arraia) < 5%	26% toleram até 5 anos
Crustáceos e moluscos	Tropomiosina (também em ácaros e baratas)	Crustáceo → crustáceo cerca de 75%; → moluscos < 50%	Só 4% toleram; frequente no escolar e no adolescente
Soja	—	Amendoim raramente reage clinicamente	Tende a resolver

Síndrome pólen-alimento (síndrome de alergia oral): prurido, formigamento e edema de lábios, boca e garganta logo após frutas, vegetais crus e castanhas, por reatividade com proteínas de pólen (PR-10, profilinas). As proteínas são digeridas e destruídas pelo calor: o cozido costuma ser tolerado e os sintomas raramente passam da boca. Aumenta com a idade e tende a persistir (ASBAI/SBP 2025; AEP 2019). Atenção às **proteínas de transferência de lipídios (LTP)**, como a do pêssego, Pru p 3, estáveis ao calor e à digestão, que podem causar **reação sistêmica**, e à **síndrome látex-fruta** (banana, abacate, kiwi, castanha), por reatividade com o látex (ASBAI/SBP 2025).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sintomas restritos à boca com frutas ou vegetais crus (síndrome pólen-alimento sem LTP); urticária de contato localizada que regrediu; sensibilização sem reação (teste positivo, alimento tolerado)	Orientar; anti-histamínico de 2ª geração se sintomas; não excluir alimento tolerado ; encaminhar ao alergista de forma eletiva se dúvida
● Moderada	Reação imediata sem comprometimento respiratório ou circulatório (urticária generalizada, angioedema, vômito isolado); primeira suspeita de alergia IgE mediada; sintomas orais com castanhas, amendoim ou LTP	Exclusão do alimento suspeito; plano de ação escrito; encaminhar ao alergista com prioridade ; avaliar autoinjetor (asma, castanhas, amendoim, acesso difícil ao PS)
● Grave	Anafilaxia : estridor, rouquidão, dispneia, sibilância, hipotensão, hipotonia, síncope, sonolência, vômitos repetidos com urticária; reação após dose mínima	Adrenalina IM imediata e pronto-socorro; observação conforme o Protocolo de Anafilaxia; autoinjetor e alergista na alta

Fatores que elevam o risco de reação grave ou fatal

- **Asma**, sobretudo não controlada — o principal fator de risco de morte.
- Anafilaxia prévia; reação a quantidades mínimas; amendoim, castanhas, crustáceos e peixes.
- **Adolescência** (comportamentos de risco, não portar adrenalina), atraso na adrenalina, cofatores.
- Mastocitose e uso de betabloqueador.
- Sensibilização a componentes de maior risco (Ara h 2, Ana o 3, ômega-5 gliadina, ovomucoide), avaliada pelo especialista.

3. Diagnóstico no consultório

História é a base (NICE CG116; ASBAI/SBP 2025): alimento e quantidade, cru ou cozido, tempo até os sintomas, quais sistemas, tratamento recebido e resposta, reprodutibilidade, cofatores, se o alimento é tolerado em outras formas, dermatite atópica e asma associadas.

Testes (ver Testes alérgicos na criança):

- **IgE específica sérica** para o alimento suspeito e coalérgenos prováveis; o **prick test** é feito pelo especialista em ambiente preparado para anafilaxia (NICE CG116; ASBAI/SBP 2025).
- Teste negativo com história altamente sugestiva **não exclui**; teste positivo sem história não diagnóstica. Na dermatite atópica é comum sensibilização múltipla sem relevância clínica.

- **Componentes** (Ara h 2, Ana o 3, Cor a 14, ovomucoide, ômega-5 gliadina) refinam risco e prognóstico — solicitação do especialista.
- **Não pedir** painéis amplos, IgG/IgG4, testes de cinesiologia, biorressonância, análise de cabelo (NICE CG116; ASBAI/SBP 2025).
- **TPO**: padrão de referência, sempre em serviço preparado (especialista) — para confirmar, liberar alimento ou testar formas assadas.

Diagnóstico diferencial: urticária aguda por vírus (a causa mais comum na criança; o alimento responde por cerca de 20% das urticárias agudas — ASBAI/SBP 2025), reação a medicamento ou picada de inseto, intoxicação escombroides (peixe mal conservado), reações irritativas perorais (frutas ácidas, tomate), engasgo e aspiração, crise de asma, ansiedade, eritema de contato, FPIES (vômitos tardios, sem pele).

4. Tratamento e seguimento

No consultório, o pediatra:

1. **Trata a reação aguda** (abaixo) e encaminha ao alergista.
2. **Orienta a exclusão** apenas do alimento implicado (e dos de alto risco de reatividade cruzada definidos pelo especialista), sem exclusões "preventivas" de alimentos tolerados.
3. **Ensina a ler rótulos** (Anvisa, RDC 26/2015): "ALÉRGICOS: CONTÉM", "CONTÉM DERIVADOS DE" e "PODE CONTER"; a regra não vale para padarias, restaurantes e produtos sem embalagem; conferir a cada compra.
4. **Entrega o plano de ação escrito** e, quando indicado, **prescreve o autoinjeter**.
5. **Acompanha nutrição e crescimento** (nutricionista nas exclusões de ovo, trigo ou múltiplas) e o impacto emocional (ansiedade, bullying em mais de 30% — ASBAI/SBP 2025).
6. **Mantém a introdução alimentar** dos demais alimentos, sem atraso (ASBAI/SBP 2025).

Autoinjeter de adrenalina — quando prescrever (documento do site Anafilaxia e autoaplicador de adrenalina): anafilaxia prévia por qualquer causa; alergia a alimentos de alto risco (amendoim, castanhas, frutos do mar) com reação sistêmica; anafilaxia induzida por exercício; alergia alimentar grave, especialmente em ambiente escolar; mastocitose (decisão do site). Orientar **dois dispositivos** (ASBAI/SBP 2025). Nos casos de menor risco, decisão compartilhada (custo, acesso ao pronto-socorro) (EAACI, citado pela ASBAI/SBP 2025). No Brasil nenhum autoinjeter tem registro regular: o acesso é por **importação excepcional autorizada pela Anvisa**; enquanto não chega, plano de ação e SAMU 192 (Protocolo de Anafilaxia do site).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Adrenalina IM (1 mg/mL)	0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente	Repetir em 5–15 min se necessário	Até resposta	Vasto lateral da coxa; 1ª linha sempre (SBP 2021; ASBAI/SBP 2025; Protocolo de Anafilaxia)
Autoinjeter de adrenalina	0,15 mg abaixo de 30 kg; 0,3 mg a partir de 30 kg	Repetir em 5–15 min se necessário	Porte contínuo de 2 dispositivos	SBP 2021; importação excepcional (Anvisa)
Anti-histamínico H1 de 2ª geração	Conforme idade e bula, doses de Urticária aguda (ex.: cetirizina 2–6 anos 2,5 mg 12/12 h; desloratadina 6–11 meses 1 mg/dia)	Conforme bula	Sintomas cutâneos; ≥ 7 dias após anafilaxia (SBP 2021)	Não substitui a adrenalina; 1ª geração não usar (padrão do site)
Salbutamol inalatório com espaçador	50 mcg/kg/dose = 1 jato/2 kg (máx. 10 jatos)	A cada 20 min se necessário	Broncoespasmo persistente	Após a adrenalina (SBP 2021; Protocolo de Anafilaxia)
Prednisolona ou prednisona após anafilaxia	1–2 mg/kg/dia (máx. 40 mg/dia, padrão do site)	Dose única diária	5–7 dias	SBP GPA nº 6/2021, mantida pelo Protocolo de Anafilaxia do site; ASBAI/SBP 2025, SBP DC nº 220/2025 e AAAAI 2023 não encontram evidência de que previna a reação bifásica (ver Leitura)

Plano de ação escrito (AAP 2017; ASBAI/SBP 2025): nome, peso, alérgenos, se tem asma; **sintomas leves** (coceira, poucas urticas, coriza) → anti-histamínico e observação; **qualquer sintoma de garganta, respiração ou circulação** (rouquidão, "garganta fechando", tosse persistente, chiado, falta de ar, palidez, moleza, desmaio) ou sintomas em dois sistemas → **adrenalina imediatamente**, deitar com pernas elevadas (sentado se falta de ar), SAMU 192; dose e validade do autoinjeter; contatos de emergência; assinatura do médico. Revisar a cada consulta e quando o peso passar de 30 kg.

Na escola (ASBAI/SBP 2025; GA²LEN/EFA 2025):

- Informar a escola na matrícula; reunião com coordenação, professores e cozinha; relatório médico atualizado e plano de ação com foto.
- **Cardápio especial** é direito do aluno (Lei 12.982/2014 e PNAE); atenção ao **contato cruzado** no preparo, nas festas, aniversários, aulas de culinária e passeios.

- Autoinjetores (com a criança e na escola), em local conhecido e fora de calor excessivo; funcionários treinados — a **Lei Lucas (13.722/2018)** obriga capacitação anual em primeiros socorros.
- Não há lei no Brasil que obrigue escolas a manter adrenalina de estoque (ASBAI/SBP 2025); o consenso GA²LEN/EFA 2025 defende essa política.
- Incluir a criança e combater o bullying; pulseira de identificação.

Vacinas na alergia ao ovo (ASBAI/SBP 2025; Eventos adversos pós-vacinação do site): **tríplice e tetraviral:** vacinar normalmente, mesmo após anafilaxia ao ovo. **Influenza:** vacinar; com história de anafilaxia ao ovo, observar 30–60 min. **Febre amarela:** contém mais ovoalbumina; criança sem história de alergia ao ovo não precisa ter comido ovo nem dosar IgE antes; **anafilaxia ao ovo** → **CRIE** (ambiente preparado; observar ≥ 60 min). **Raiva** em cultivo de embrião de galinha: preferir a de células diploides em quem teve anafilaxia ao ovo. Propofol com lecitina de ovo pode ser usado.

Com o especialista: reavaliação periódica da tolerância (IgE seriada, TPO), **TPO com assados** (leite e ovo — 1,3 g de proteína do leite e 2 g de proteína do ovo por porção, a 180 °C por 30 min — ASBAI/SBP 2025), **escada do ovo** no serviço nas formas IgE mediadas, **imunoterapia oral** (amendoim, leite, ovo) e **omalizumabe** (aprovado pela FDA em 02/2024 para reduzir reações a exposições acidentais na alergia alimentar IgE mediada, a partir de 1 ano), que exigem centro especializado.

O que não fazer: anti-histamínico ou corticoide no lugar da adrenalina; esperar "ver se melhora" com sintoma respiratório; excluir todas as castanhas, todos os peixes ou leguminosas sem orientação do alergista; pedir IgE para alimentos que a criança come sem sintomas; dar amendoim ou castanhas inteiros à criança pequena (engasgo).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Qualquer **anafilaxia**, mesmo que tenha melhorado com o autoinjeter (risco de reação bifásica em cerca de 10%, sobretudo 8–12 h depois — SBP 2021).
- Angioedema de língua, úvula ou glote; rouquidão, estridor, dispneia, sibilância.
- Hipotensão, palidez, hipotonia, síncope ou sonolência após alimento.
- Vômitos repetidos com urticária ou sintomas respiratórios.
- Reação em criança com asma não controlada ou que precisou de mais de uma dose de adrenalina.

Como encaminhar: adrenalina IM imediatamente, sem esperar; posição (deitado com pernas elevadas; sentado se dispneia; lateral se vomitando; nunca levantar bruscamente); oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e soro fisiológico se hipotensão, conforme o Protocolo de Anafilaxia; repetir adrenalina em 5–15 min se necessário; SAMU 192 e contato

com o serviço. **Observação após a resolução (SBP 2021, adotada pelo site):** leve, mínimo de 6–8 h; grave, 24–48 h (internação).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Leve sempre os dois autoinjetores e o plano de ação, inclusive para a escola, festas e viagens."
- "Na dúvida entre aplicar ou não a adrenalina, aplique: ela é segura e salva vidas."
- "Antialérgico ajuda na coceira, mas não trata a falta de ar nem a pressão baixa."
- "Leia o rótulo de todo produto, toda vez que comprar; 'pode conter' significa risco."
- "Exercício, febre e anti-inflamatório podem tornar uma reação mais forte."
- Retorno com o alergista para reavaliar a tolerância; o pediatra revisa o plano e o peso a cada consulta.
- **Pronto-socorro (SAMU 192) imediatamente** se: falta de ar, chiado, tosse persistente, rouquidão, inchaço na língua ou na garganta, palidez, moleza, desmaio ou vômitos repetidos após comer — **aplique a adrenalina primeiro.**

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	ASBAI/SBP, Atualização 2025; GPA nº 6 Anafilaxia, 31/05/2021	Sem protocolo próprio de alergia IgE a alimentos localizado; Manual dos CRIE (vacinas)	Wang e Siche- rer, plano de emergência, 03/2017; Si- cherer e Wood, testes de IgE, 01/2012	CG116, 23/02/2011 (10/2018); NG258 anafilaxia, 27/05/2026	Protocolo SEI- CAP/AEP Aler- gia IgE media- da, 2019	Sem posição específica localizada	Boston Chil- dren's, página de TPO (sem data)	Segue o NICE
Diagnóstico	História + IgE ou prick dirigidos; TPO referência	—	Testes confir- mam história; positivo ≠ alergia	Prick ou IgE se suspeita IgE; sem TPO na atenção primária	História, prick ou IgE, TPO	Sem posição específica localizada	TPO no hospi- tal, observação 60–90 min	Segue o NICE
Encaminhar	Reação sistê- mica ao alergista	—	—	Reação sistê- mica aguda, asma, eczema grave	Todos com suspeita; anafi- laxia preferente	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Autoinjeter	Indicações por especialista; 2 dispositivos	Sem registro na Anvisa (importação)	Plano escrito + autoinjeter	NG258: 2 autoinjetores	Prescrever e treinar	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Escola	Lei 12.982/2014, Lei Lucas, RDC 26/2015	PNAE: cardá- pio especial	Plano escrito para a escola	—	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Testes não validados	Não usar IgG, cinesiologia, biorressonância	—	—	Não usar vega, cinesiologia, cabelo, IgG	IgG não indica alergia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas as referências convergem em que o diagnóstico parte da **história**, que testes de IgE apenas confirmam uma suspeita (sensibilização não é alergia), que o **TPO** é o padrão de referência e deve ocorrer em ambiente preparado, que a **adrenalina IM** é o único tratamento da anafilaxia e que a família precisa de **plano de ação escrito** e autoinjeter. Há divergência na **porta de entrada**: a AEP manda encaminhar toda suspeita ao alergista, enquanto o NICE permite ao generalista pedir prick ou IgE e encaminhar por critérios (reação sistêmica, asma, eczema grave, alergias múltiplas). Na **observação após anafilaxia**, o site segue o GPA nº 6 da SBP (2021: 6–8 h nos leves; 24–48 h nos graves), enquanto o NICE NG258 e o próprio posicionamento ASBAI/SBP 2025 citam esquemas mais curtos (alta 2 h após boa resposta a uma dose dada nos primeiros 30 min, com autoinjeter e treino; 6 h com duas doses ou reação bifásica prévia; 12 h nos graves, com asma grave, absorção contínua do alérgeno ou acesso difícil à emergência). No **corticoide após a alta**, o GPA 2021 prescreve prednisona ou prednisolona por 5–7 dias, mas a ASBAI/SBP 2025 e o Documento Científico nº 220/2025 da própria SBP concluem que não há evidência de que ele previna a reação bifásica. Por ora o site mantém o Protocolo de Anafilaxia (observação 6–8 h / 24–48 h e corticoide por 5–7 dias); a revisão dos dois pontos pelos documentos de 2025 está em decisão. O Ministério da Saúde não tem protocolo para a alergia IgE mediada a alimentos e se manifesta apenas nas vacinas e

na alimentação escolar. **O site adota a posição da SBP (ASBAI/SBP 2025 e GPA Anafilaxia 2021)** e, onde o site já decidiu, o Protocolo de Anafilaxia.

PONTOS PRÁTICOS

1. Reação em minutos a 2 horas com pele, boca, respiração ou circulação: pense em IgE mediada e peça IgE específica só para o alimento suspeito.
2. Teste positivo sem sintomas não é alergia; não retire da dieta alimento que a criança come bem.
3. Toda reação sistêmica vai ao alergista com prioridade; anafilaxia vai ao pronto-socorro depois da adrenalina.
4. Prescreva plano de ação escrito e, quando indicado, dois autoinjetores; revise a dose aos 30 kg.
5. Alergia ao ovo não impede tríplice viral nem influenza; anafilaxia ao ovo antes da febre amarela vai ao CRIE.

Veja também, nesta Biblioteca: **Alergia alimentar e alergia à proteína do leite de vaca (APLV)**, **Prevenção da alergia alimentar e introdução dos alimentos alergênicos**, **Testes alérgicos na criança — quando pedir e como interpretar** e **Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)** (nesta área); **Anafilaxia e autoaplicador de adrenalina** e **Marcha atópica e reações de hipersensibilidade** (Alergia e Imunologia); **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências e emergências); **Urticária aguda**, **Dermatite atópica no consultório** e **Asma na criança — crise e controle** (Patologias do consultório); **Eventos supostamente atribuíveis à vacinação (ESAVI)** e **contraindicações verdadeiras e falsas** (Imunizações); **Esofagite eosinofílica e disfagia na criança** (Gastroenterologia).

8. Fontes

- ASBAI e SBP. Oliveira LCL, Silva LR, Solé D et al. Atualização em Alergia Alimentar 2025: posicionamento conjunto da ASBAI e SBP. Arq Asma Alerg Imunol, 2025;9(1):5-96. aaai-asbai.org.br
- SBP, Departamento Científico de Alergia. Guia Prático de Atualização nº 6 — Anafilaxia: atualização 2021, 31/05/2021. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Wang J, Sicherer SH; Section on Allergy and Immunology. Guidance on completing a written allergy and anaphylaxis emergency plan. Pediatrics, 2017;139(3):e20164005. [PubMed](#)
- American Academy of Pediatrics. Sicherer SH, Wood RA. Allergy testing in childhood: using allergen-specific IgE tests. Pediatrics, 2012;129(1):193-7. [PubMed](#)

- NICE. CG116 — Food allergy in under 19s: assessment and diagnosis, 2011 (atualização 10/2018). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP/SEICAP. Valdesoiro Navarrete L, Vila Sexto L. Alergia a alimentos mediada por IgE. Protoc diagn ter pediatr, 2019;2:185-94. [PDF](#)
- NICE. NG258 — Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment, 27/05/2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Santos AF et al. EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy, 2023. [PubMed](#)
- Deschildre A et al. Towards a common approach for managing food allergy and serious allergic reactions (anaphylaxis) at school — GA²LEN and EFA consensus statement. Clin Transl Allergy, 2025. [PubMed](#)
- Boston Children's Hospital, Allergy and Asthma Program. Food challenge test. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.