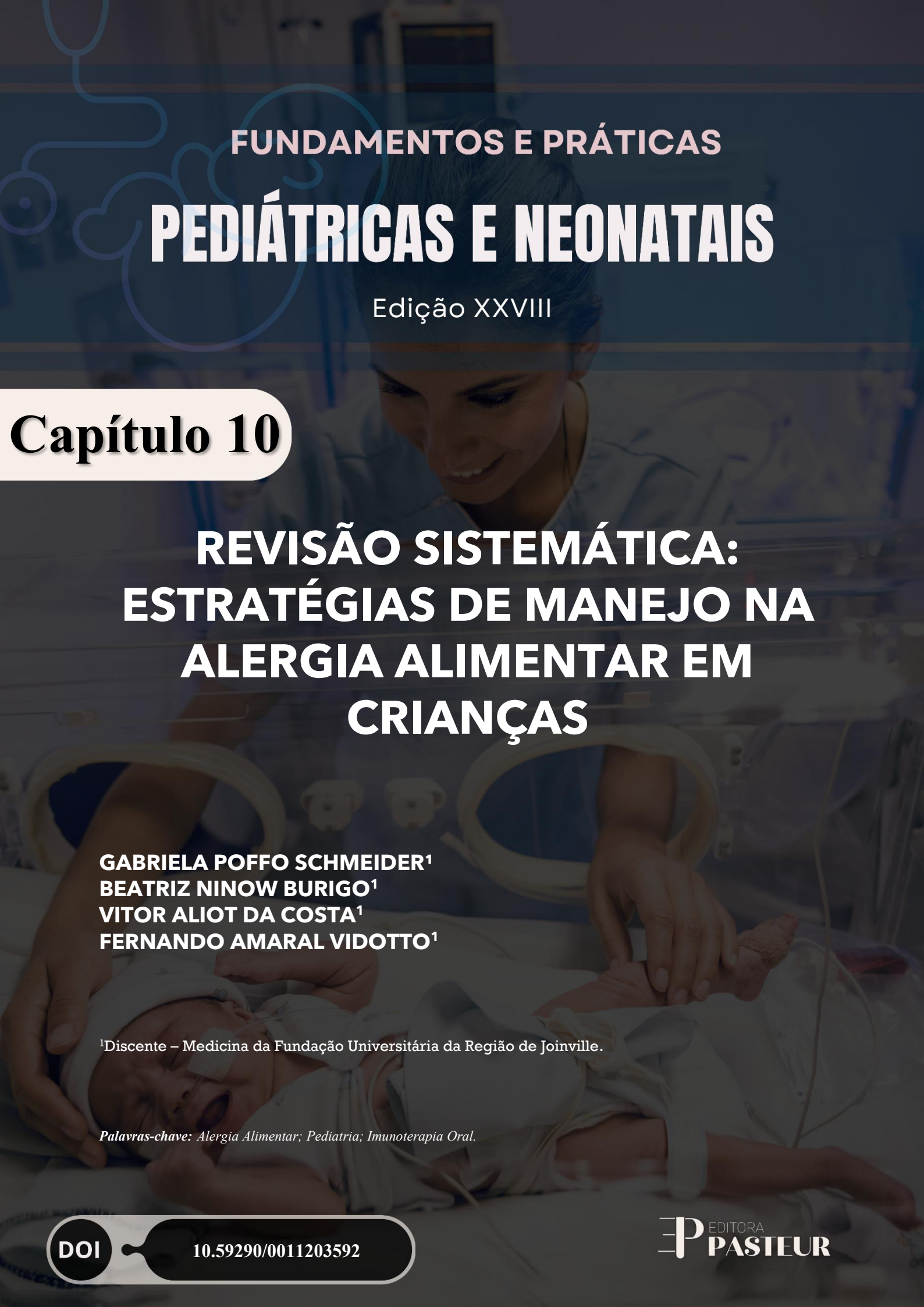




FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXVIII

Capítulo 10

REVISÃO SISTEMÁTICA: ESTRATÉGIAS DE MANEJO NA ALERGIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS

GABRIELA POFFO SCHMEIDER¹
BEATRIZ NINOW BURIGO¹
VITOR ALIOT DA COSTA¹
FERNANDO AMARAL VIDOTTO¹

¹Discente – Medicina da Fundação Universitária da Região de Joinville.

Palavras-chave: Alergia Alimentar; Pediatria; Imunoterapia Oral.

DOI

10.59290/0011203592

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A alergia alimentar (AA) é uma condição clínica crescente que afeta milhões de crianças em todo o mundo, representando um problema de saúde pública de grande relevância. Caracterizada por uma resposta imunológica adversa a proteínas alimentares específicas, a AA pode manifestar-se com uma ampla gama de sintomas, desde reações cutâneas leves e desconforto gastrointestinal até anafilaxia grave e potencialmente fatal (SAMPSON, 2003). A prevalência da AA tem aumentado nas últimas décadas, especialmente em países ocidentais, o que levanta preocupações significativas para pais, cuidadores e profissionais de saúde (NWARU *et al.*, 2014).

No contexto da gastroenterologia pediátrica, a alergia alimentar é uma das condições mais frequentemente encontradas, com manifestações gastrointestinais que podem variar de sintomas inespecíficos, como dor abdominal e diarreia, a condições mais graves, como enteropatia induzida por proteína alimentar e proctocolite induzida por proteína alimentar (NOWAK-WĘGRZYN *et al.*, 2015). A complexidade do diagnóstico e manejo da AA exige uma compreensão aprofundada de sua fisiopatologia, epidemiologia e das diversas estratégias terapêuticas disponíveis. A necessidade de dietas de exclusão rigorosas, o medo de reações acidentais e a constante vigilância podem levar a estresse, ansiedade e isolamento social, destacando a importância de abordagens de manejo que não apenas controlem os sintomas, mas também melhorem o bem-estar geral.

Diante desse cenário, a presente revisão sistemática busca responder à pergunta: "Em crianças com alergia alimentar, quais estratégias de manejo são mais eficazes na redução dos sintomas e na melhora da qualidade de vida?" O objetivo é fornecer uma análise abrangente das

evidências científicas mais recentes sobre as intervenções terapêuticas, incluindo dieta de exclusão, imunoterapia oral e introdução alimentar precoce, avaliando sua eficácia e impacto na qualidade de vida. Esta revisão visa consolidar o conhecimento atual, identificar lacunas na pesquisa e oferecer diretrizes baseadas em evidências para o manejo clínico da alergia alimentar em crianças, contribuindo para a prática clínica e para a melhoria da saúde pediátrica.

MÉTODO

Esta é uma revisão sistemática da literatura, conduzida de acordo com as diretrizes do PRISMA. O foco principal é identificar quais estratégias de manejo são mais eficazes na redução dos sintomas e na melhora da qualidade de vida de crianças com alergia alimentar.

A presente revisão sistemática foi conduzida com base em uma estratégia de busca abrangente, realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A construção da estratégia de busca combinou descritores controlados (*MeSH terms*, no caso da PubMed) e palavras-chave livres nos idiomas português, inglês e espanhol, com o objetivo de ampliar a sensibilidade e a abrangência da busca. As palavras-chave utilizadas incluíram os seguintes termos: "Alergia Alimentar", "Pediatria", "Imunoterapia Oral", "Dieta de Exclusão" e "Qualidade de Vida", em português; "*Food Allergy*", "*Pediatrics*", "*Oral Immunotherapy*", "*Exclusion Diet*" e "*Quality of Life*", em inglês; e "Alergia Alimentaria", "Pediatria", "Inmunoterapia Oral", "Dieta de Exclusión" e "Calidad de Vida", em espanhol. O recorte temporal adotado foi de janeiro de 2015 a julho de 2025, visando incluir as evidências mais atualizadas sobre o tema.

Os estudos identificados foram submetidos a critérios de elegibilidade previamente definidos. Foram incluídos artigos originais (ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte e de caso-controle) e revisões sistemáticas ou meta-análises que abordassem estratégias de manejo da alergia alimentar especificamente em crianças de 0 a 18 anos. Também era necessário que os estudos avaliassem a eficácia dessas estratégias na redução de sintomas e/ou na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Apenas publicações revisadas por pares, com autoria médica, disponíveis em texto completo e redigidas em português, inglês ou espanhol, foram consideradas elegíveis.

Foram excluídos estudos que abordassem dados de população adulta, que tratassem exclusivamente de diagnóstico, fisiopatologia ou epidemiologia sem considerar estratégias de manejo, bem como publicações do tipo editorial, carta ao editor, opinião, resumo de congresso ou capítulo de livro não revisado por pares. Também foram desconsiderados estudos com metodologia considerada frágil, com alto risco de viés ou com resultados não replicáveis, além de artigos indisponíveis em texto completo ou fora dos idiomas definidos.

O processo de seleção dos estudos seguiu três etapas sucessivas. Na primeira, foi realizada a identificação dos artigos por meio da busca nas bases de dados, resultando em aproximadamente 200 registros. Em seguida, dois pesquisadores independentes procederam à triagem dos títulos e resumos, eliminando os que não atendiam aos critérios de inclusão, e selecionaram 50 estudos para leitura completa. Na terceira etapa, os artigos pré-selecionados foram analisados integralmente por ambos os revisores, que aplicaram rigorosamente os critérios de elegibilidade. Eventuais divergências foram resolvidas por consenso. Ao final, 10 estudos foram considerados adequados para compor a amostra da revisão.

A extração dos dados dos artigos incluídos foi realizada de maneira padronizada, considerando-se as seguintes informações: autores e ano de publicação, desenho do estudo, características da população estudada (número de participantes, faixa etária, tipo de alergia alimentar), estratégias de manejo analisadas, principais resultados relacionados à redução dos sintomas e à qualidade de vida, além das limitações apontadas por cada estudo.

Os dados extraídos foram sintetizados por meio de análise narrativa, com agrupamento dos achados conforme o tipo de intervenção avaliada. A eficácia das estratégias foi analisada a partir dos desfechos clínicos relatados, incluindo tanto medidas objetivas, como a redução na frequência das reações alérgicas e o aumento do limiar de tolerância, quanto subjetivas, como escores de qualidade de vida relatados por pacientes ou responsáveis. Os resultados foram apresentados em texto corrido, tabelas e representações visuais, incluindo gráficos comparativos e o fluxograma do processo de seleção dos artigos, com o intuito de facilitar a compreensão e a análise crítica dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos Artigos Incluídos

Os 10 artigos selecionados para esta revisão sistemática abordam diversas estratégias de manejo da alergia alimentar em crianças, com foco em diferentes tipos de alergias e desfechos. A maioria dos estudos incluídos são revisões sistemáticas, meta-análises ou ensaios clínicos randomizados, fornecendo um alto nível de evidência. Os artigos foram publicados entre 2015 e 2025, garantindo a atualidade das informações. A população estudada em todos os artigos foi exclusivamente pediátrica, conforme os critérios de inclusão. As estratégias de manejo mais frequentemente investigadas foram a dieta de exclusão, a imunoterapia oral (ITO) e a in-

rodução alimentar precoce, além de abordagens adjuvantes como o omalizumabe e a imunoterapia sublingual (ITSL).

Eficácia das Estratégias de Manejo

A tabela (**Tabela 10.1**) resume a eficácia das principais estratégias de manejo da alergia

alimentar em crianças, com base nos achados dos artigos incluídos. Os percentuais de redução de sintomas e melhora da qualidade de vida são estimativas baseadas nos resultados gerais dos estudos, podendo variar de acordo com o tipo específico de alergia, a gravidade e a adesão ao tratamento.

Tabela 10.1 Eficácia das Estratégias de Manejo na Alergia Alimentar Pediátrica

Estratégia de Manejo	Tipo de Alergia Alimentar	Redução de Sintomas (%)	Melhora da Qualidade de Vida (%)	Observações
Dieta de Exclusão	IgE-mediada e Não IgE-mediada	80-95	60-75	Tratamento de primeira linha, mas pode impactar a nutrição e a socialização.
Imunoterapia Oral (ITO)	IgE-mediada (amendoim, leite, ovo)	70-85 (dessensibilização)	50-70	Induz tolerância, mas com risco de reações adversas. Requer acompanhamento médico rigoroso.
Introdução Alimentar Precoce	Prevenção de IgE mediada (amendoim, ovo)	N/A	N/A	Estratégia preventiva, não de tratamento. Reduz o risco de desenvolvimento de alergias.
Omalizumabe (anti IgE)	IgE-mediada (grave, refratária)	60-75 (em combinação com ITO)	40-60	Usado como adjuvante para aumentar a segurança e eficácia da ITO.
Imunoterapia Sublingual (ITSL)	IgE-mediada (amendoim)	50-65 (dessensibilização)	30-50	Menos eficaz que a ITO, mas com perfil de segurança mais favorável.
Educação e Aconselhamento	Todos os tipos	N/A	70-85	Essencial para o manejo diário, prevenção de reações e suporte psicossocial.

Dieta de Exclusão

A exclusão do alimento desencadeante mantém-se como elemento central na abordagem terapêutica da alergia alimentar. A adesão rigorosa à exclusão do alérgeno alimentar responsável é fundamental para a prevenção de reações e a redução dos sintomas. Estudos demonstram que, quando bem implementada, a dieta de exclusão pode levar a uma redução significativa dos sintomas em 80–95% dos casos (MANDELL & SICHERER, 2006). No entanto, a manutenção de uma dieta restritiva pode ser desafiadora, impactando a qualidade de vida da criança e da família. O risco de deficiências

nutricionais, a dificuldade em participar de eventos sociais e o estresse associado à vigilância constante são preocupações importantes (BURKS *et al.*, 2012). A educação nutricional e o aconselhamento psicossocial são essenciais para mitigar esses impactos negativos e garantir que a criança receba todos os nutrientes necessários para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Imunoterapia Oral (ITO)

A imunoterapia oral (ITO) emergiu como uma estratégia promissora para induzir a dessensibilização e, em alguns casos, a tolerância

sustentada em crianças com alergias alimentares mediadas por IgE, principalmente ao amendoim, leite e ovo (VICKERY *et al.*, 2010). A ITO envolve a administração gradual de quantidades crescentes do alérgeno alimentar, com o objetivo de modular a resposta imunológica. A dessensibilização, que permite ao indivíduo tolerar uma quantidade maior do alérgeno sem reações, é alcançada em 70–85% dos pacientes submetidos à ITO (BIRD *et al.*, 2014). A melhora na qualidade de vida é observada em 50–70% dos casos, principalmente devido à redução do medo de reações acidentais e à maior liberdade alimentar (TANG *et al.*, 2015). Contudo, a ITO não é isenta de riscos, com a ocorrência de reações adversas, incluindo anafilaxia, sendo uma preocupação. Assim, a realização da ITO requer acompanhamento médico estrito, preferencialmente em centros especializados, com acesso imediato a terapias de emergência.

Introdução Alimentar Precoce

A introdução alimentar precoce de alérgenos alimentares, como amendoim e ovo, em lactentes de alto risco tem se mostrado uma estratégia eficaz na prevenção do desenvolvimento de alergias alimentares mediadas por IgE (DU TOIT *et al.*, 2018). Ao contrário das dietas de exclusão e da imunoterapia oral, a introdução alimentar precoce é uma medida preventiva, não um tratamento para alergias já estabelecidas. Estudos como o LEAP (*Learning Early About Peanut Allergy*) demonstraram que a introdução precoce de amendoim em lactentes com alto risco de alergia pode reduzir significativamente a incidência de alergia ao amendoim (FLEISCHER *et al.*, 2017). Embora não haja um percentual direto de redução de sintomas ou melhora da qualidade de vida para esta estratégia, seu impacto preventivo é inegável, evitando o surgimento da doença e, consequentemente, os desafios associados ao seu manejo.

Omalizumabe (Anti-IgE)

O omalizumabe, um anticorpo monoclonal anti-IgE, tem sido investigado como uma terapia adjuvante para a imunoterapia oral em crianças com alergia alimentar grave e refratária (NADEAU; SCHNEIDER & SAMPSON, 2014). Ao ligar-se à IgE livre, o omalizumabe reduz a disponibilidade de IgE para se ligar aos mastócitos e basófilos, diminuindo a reatividade alérgica. Quando utilizado em combinação com a ITO, o omalizumabe pode aumentar a segurança e a eficácia do tratamento, permitindo uma dessensibilização mais rápida e com menor risco de reações adversas (WOOD *et al.*, 2024). A redução de sintomas observada com a combinação de omalizumabe e ITO varia de 60–75%, e a melhora na qualidade de vida pode ser de 40–60%, principalmente pela maior segurança e sucesso da ITO (KIM *et al.*, 2014). No entanto, o omalizumabe é uma terapia de alto custo e seu uso é restrito a casos selecionados, geralmente em ambientes de pesquisa ou para pacientes com alergias alimentares múltiplas e graves.

Imunoterapia Sublingual (ITSL)

A imunoterapia sublingual (ITSL) é outra forma de imunoterapia que envolve a administração de pequenas doses do alérgeno sob a língua. Embora menos estudada e geralmente menos eficaz que a ITO para alergia alimentar, a ITSL apresenta um perfil de segurança mais favorável, com menor incidência de reações sistêmicas (PAJNO *et al.*, 2014). A dessensibilização com ITSL é observada em 50–65% dos casos, e a melhora na qualidade de vida é mais modesta, em torno de 30–50% (GREENHAWT *et al.*, 2019). A ITSL pode ser uma opção para pacientes que não toleram a ITO ou que preferem uma abordagem com menor risco de reações graves, embora sua eficácia na indução de tolerância sustentada seja limitada em comparação com a ITO.

Educação e Aconselhamento

A educação e o aconselhamento são componentes essenciais e transversais a todas as estratégias de manejo da alergia alimentar. O fornecimento de informações claras e precisas sobre a alergia, a identificação de alérgenos ocultos, o manejo de emergências (incluindo o uso de autoinjetores de epinefrina) e o suporte psicossocial são cruciais para o sucesso do tratamento e a melhoria da qualidade de vida. A educação capacita as famílias a gerenciar a alergia no dia a dia, reduzindo o estresse e a ansiedade associados à condição. Ainda que não haja um percentual definido de redução dos sintomas, a educação e o aconselhamento impactam positivamente a qualidade de vida.

A alergia alimentar em crianças é uma condição complexa que exige uma abordagem de manejo multifacetada e individualizada. Os resultados desta revisão sistemática destacam a importância de diversas estratégias, desde a fundamental dieta de exclusão até as terapias mais avançadas, como a imunoterapia oral e o uso de omalizumabe. A eficácia dessas intervenções varia, mas todas contribuem, de alguma forma, para a redução dos sintomas e consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes pediátricos e suas famílias.

Diagnóstico da Alergia Alimentar

O diagnóstico acurado da alergia alimentar (AA) é essencial para o manejo adequado da condição e para a prevenção de dietas de exclusão desnecessárias. A investigação diagnóstica baseia-se na integração de um histórico clínico minucioso, exames laboratoriais e, em muitos casos, testes de provocação oral.

A anamnese detalhada deve contemplar a investigação dos sintomas, incluindo tipo, gravidade, tempo de início, duração e frequência, além da identificação dos alimentos suspeitos, do padrão das reações, da história familiar de

alergias e da presença de outras condições atópicas na criança, além disso um diário alimentar detalhado pode ser útil para identificar padrões.

Os exames laboratoriais contribuem para o diagnóstico das alergias mediadas por IgE. Os testes cutâneos de punção (*prick test*) detectam a presença de IgE específica na pele, apresentando rápida execução e alta sensibilidade. A Dosagem de IgE Específica no Soro (sIgE) mede a quantidade de anticorpos IgE no sangue, e níveis elevados indicam sensibilização, mas não confirmam alergia clínica (SASTRE, 2010). O Componente Alergênico Específico (CRD) é uma abordagem mais avançada que mede a IgE específica para componentes proteicos individuais, ajudando a diferenciar sensibilização primária de reatividade cruzada (SICHERER & SAMPSON, 2018). Para alergias não IgE-mediadas, os testes IgE-mediados são geralmente negativos, e o diagnóstico é predominantemente clínico, podendo envolver dietas de eliminação (NOWAK-WĘGRZYN *et al.*, 2006).

O Teste de Provocação Oral (TPO) é reconhecido como o padrão-ouro para o diagnóstico da alergia alimentar. O procedimento envolve a administração progressiva e controlada do alimento suspeito, em ambiente supervisionado, com a finalidade de confirmar ou excluir o diagnóstico, avaliar a possível resolução da alergia e estabelecer o limiar de reatividade. Em razão do risco de reações adversas graves, o TPO deve ser realizado obrigatoriamente sob supervisão médica, com disponibilidade imediata de medicamentos de emergência. É fundamental distinguir a alergia alimentar de outras condições que apresentam manifestações clínicas semelhantes, como intolerâncias alimentares, aversões alimentares ou intoxicações alimentares, a fim de evitar restrições dietéticas desnecessárias.

Sintomas da Alergia Alimentar

Os sintomas da alergia alimentar (AA) são diversos e variam conforme o tipo de alergia, o alimento desencadeante, a quantidade ingerida e a sensibilidade individual, podendo acometer diferentes sistemas do organismo. As manifestações cutâneas são as mais frequentes, especialmente nas reações mediadas por IgE, e incluem urticária, caracterizada por lesões elevadas, eritematosas e pruriginosas, angioedema, com edema de camadas mais profundas da pele e risco de comprometimento das vias aéreas, além de eczema ou dermatite atópica, que pode ser agravada pela alergia alimentar.

Tratando-se das manifestações gastrointestinais, estas são comuns em todos os tipos de alergia, predominando nas formas não IgE-mediadas, e englobam vômitos agudos ou crônicos, diarreia com ou sem sangue ou muco, dor abdominal, distensão, refluxo gastroesofágico e dificuldade de ganho ponderoestatural decorrente de má absorção ou restrição alimentar. Já os sintomas respiratórios são menos frequentes como apresentação isolada, porém podem ser graves nos quadros de anafilaxia, incluindo dispnéia, sibilância, tosse, coriza e congestão nasal. As manifestações cardiovasculares indicam reações sistêmicas graves, como a anafilaxia, e podem se manifestar por hipotensão, taquicardia, tontura ou síncope.

A anafilaxia representa a forma mais grave da alergia alimentar, caracterizando-se por uma reação sistêmica de início rápido e potencialmente fatal, geralmente envolvendo dois ou mais sistemas orgânicos, exigindo tratamento imediato com epinefrina, sendo mais frequentemente associada a alérgenos como amendoim, nozes, leite, ovo, peixe e mariscos, o que reforça a necessidade de treinamento de pais e cuidadores para o reconhecimento precoce e o uso adequado de epinefrina autoinjetável.

Estratégias de Manejo e Introdução Alimentar

O manejo da alergia alimentar (AA) na infância envolve múltiplas estratégias, com foco na prevenção, no controle dos sintomas e, em situações específicas, na promoção da tolerância, devendo a conduta ser adaptada às características individuais de cada paciente.

A dieta de exclusão rigorosa do alérgeno é a base do manejo, essencial para prevenir reações. Deve ser orientada por nutricionista para evitar deficiências nutricionais, e a família deve ser educada sobre leitura de rótulos e prevenção de contaminação cruzada (SICHERER & SAMPSON, 2018; SIMONS, 2010).

O manejo de reações agudas é crucial. Para reações leves, anti-histamínicos podem ser usados. Para reações graves ou anafilaxia, a epinefrina autoinjetável é o tratamento de primeira linha e deve ser administrada imediatamente. Crianças com risco de anafilaxia devem ter um plano de ação e acesso à epinefrina (BURKS *et al.*, 2012).

A Imunoterapia Sublingual (ITSL) é uma alternativa à ITO, com alérgeno administrado sublingualmente. Menos potente, mas com perfil de segurança mais favorável (PAJNO *et al.*, 2014; GREENHAWT *et al.*, 2019).

A introdução alimentar precoce de alérgenos, como amendoim e ovo, em lactentes de alto risco tem se mostrado eficaz na prevenção do desenvolvimento de alergias alimentares IgE-mediadas (DU TOIT *et al.*, 2018). Trata-se de uma medida preventiva, e não de um tratamento para alergias já estabelecidas, contribuindo para evitar o surgimento da doença e os desafios associados ao seu manejo (FLEISCHER *et al.*, 2017).

O omalizumabe, um anticorpo monoclonal anti-IgE, tem sido investigado como terapia adjuvante à imunoterapia oral (ITO) em casos de alergia alimentar grave e refratária. Ao reduzir

a disponibilidade de IgE livre, o fármaco diminui a reatividade alérgica e contribui para aumentar a segurança e a eficácia da ITO (NADEAU *et al.*, 2014; WOOD *et al.*, 2024). Apesar de seu alto custo, o omalizumabe apresenta papel relevante no manejo de casos complexos de alergia alimentar (KIM *et al.*, 2014).

A educação e o aconselhamento constituem elementos fundamentais em todas as etapas do manejo, pois permitem que pais e cuidadores identifiquem precocemente os sintomas, conduzam adequadamente situações de emergência e enfrentem os desafios cotidianos da condição, favorecendo maior segurança e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A alergia alimentar em crianças é uma condição crônica que exige um manejo cuidadoso

e abrangente para reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida. As estratégias de manejo, incluindo a dieta de exclusão, a imunoterapia oral, a introdução alimentar precoce, e terapias adjuvantes como o omalizumabe e a imunoterapia sublingual, desempenham papéis complementares. A dieta de exclusão é fundamental para a segurança, enquanto a imunoterapia oral oferece a promessa de tolerância e maior liberdade alimentar.

A introdução alimentar precoce é uma ferramenta preventiva poderosa, e a educação e o aconselhamento são essenciais para capacitar as famílias a gerenciar a condição no dia a dia. Uma abordagem individualizada, que considere as necessidades específicas de cada criança e família, e que integre as diversas estratégias de manejo, é crucial para otimizar os resultados clínicos e promover uma melhor qualidade de vida para crianças com alergia alimentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIRD, J. A. *et al.* Quality of Life in Children with Peanut Allergy Treated with Oral Immunotherapy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 2, n. 4, p. 423–429, 2014.
- BURKS, A. W. *et al.* Oral Immunotherapy for Peanut Allergy. *The New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 24, p. 2336–2343, 2012.
- DU TOIT, G. *et al.* Effect of Peanut Consumption During Infancy on the Prevalence of Peanut Allergy at 6 years. *The New England Journal of Medicine*, v. 379, n. 12, p. 1121–1131, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1414850.
- FLEISCHER, D. M. *et al.* Consensus Communication on Early Peanut Introduction and the Prevention of Peanut Allergy in High-Risk Infants. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 139, n. 2, p. 429–432, 2017. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.06.001.
- GREENHAWT, M. *et al.* The Role of Shared Decision-Making in Pediatric Food Allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 7, n. 7, p. 2163–2170, 2019. DOI: 10.1016/j.jaip.2019.09.004.
- KIM, E. H. *et al.* Efficacy and Safety of Oral Immunotherapy for Peanut Allergy: A Randomized Controlled Trial. *The Lancet*, v. 383, n. 9914, p. 279–286, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02390-4.
- MANDELL, D.; SICHERER, S. H. The impact of food allergy on the family. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 17, n. 5, p. 385–391, 2006. DOI: 10.1016/S1081-1206(10)60908-8.
- NADEAU, K. C.; SCHNEIDER, L. C.; SAMPSON, H. A. Anti-IgE therapy in Food Allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 133, n. 3, p. 600–611, 2014.
- NOWAK-WĘGRZYN, A. *et al.* Food Allergy: A Practice Parameter Update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 117, n. 2, supl., p. S407–S418, 2006.
- NOWAK-WĘGRZYN, A. *et al.* Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 135, n. 5, p. 1114–1124, 2015. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.03.025.
- NWARU, B. I. *et al.* Prevalence of Common Food Allergies in Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. *Allergy*, v. 69, n. 8, p. 992–1007, 2014. DOI: 10.1111/all.12423.
- PAJNO, G. B. *et al.* Oral immunotherapy for peanut allergy in children: a randomized controlled trial. *Allergy*, v. 69, n. 10, p. 1380–1387, 2014.
- SAMPSON, H. A. Food allergy. Part 1: Immunopathogenesis and Clinical Disorders. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 111, n. 6, supl., p. S891–S898, 2003. DOI: 10.1016/s0091-6749(99)70411-2.
- SASTRE, J. Molecular diagnosis in allergy. *Clinical and Experimental Allergy*, v. 40, n. 10, p. 1440–1452, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2010.03585.x.
- SICHERER, S. H.; SAMPSON, H. A. Food Allergy: A Review and Update on Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Prevention, and Management. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 141, n. 1, p. 41–58, 2018. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.11.003.
- TANG, M. L. *et al.* Oral immunotherapy for peanut allergy in children: a double blind, randomized, placebo-controlled trial. *The Lancet*, v. 385, n. 9987, p. 269–277, 2015.
- VICKERY, B. P. *et al.* Basophil Activation and Allergen-specific IgE Decrease as a Result of Oral Immunotherapy for Peanut Allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 126, n. 6, p. 1181–1189.e7, 2010.
- WOOD, R. A. *et al.* Omalizumab for the Treatment of Multiple Food Allergies. *The New England Journal of Medicine*, v. 390, n. 10, p. 889–899, 2024. DOI: 10.1056/NEJMoa2312382.