

Transtornos do Espectro Autista e o sistema imunológico

DC SBP nº 30 (10/03/2026) comparado com Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge; ISS/Itália, FDA e Cochrane como contexto.

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

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Imunologia Clínica

Atualização SBP: DC nº 30 de 10/03/2026 · Análise: outubro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e as outras oito referências do site — Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard (Boston Children's), Oxford e Cambridge —, com versão e data de cada documento consultado; outras fontes aparecem como contexto. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) ·  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. O que a SBP recomenda | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das demais referências | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

O DC nº 30 revisa as alterações imunológicas descritas no TEA (citocinas, autoanticorpos, microglia, ativação imune materna, inflamassoma NLRP3) e conclui que a evidência para uso clínico é moderada a baixa: não há exame imunológico de rotina nem tratamento de base imunológica recomendado por qualquer sociedade, e o padrão de cuidado permanece comportamental e educacional. AAP, NICE, AEP, ISS/SIP, Harvard e Johns Hopkins dizem exatamente o mesmo. A diferença é que NICE, AAP, AEP e ISS nomeiam as terapias a não usar (quelação, oxigenoterapia hiperbárica, secretina, dietas de exclusão, ômega-3), enquanto a SBP não as cita; em compensação, a SBP é a única a tratar explicitamente o uso indevido do rótulo "encefalite autoimune".

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 30, 10/03/2026, 8 p. DC de Imunologia Clínica (pres. Ekaterini Goudouris; sec. Antonio Condino Neto), com colaboração da Neurologia (Magda Lahorgue Nunes).
Revisão crítica da literatura.

Alterações descritas na literatura (Tabela 1 do documento): linfócitos e NK com menor resposta; autoanticorpos maternos contra proteínas cerebrais fetais em ~20% das mães; autoanticorpos endógenos (MBP, receptores de serotonina, GFAP, receptor alfa de folato); ativação microglial (Vargas/Pardo 2005); citocinas pró-inflamatórias (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α , IFN- γ) e $\downarrow$ TGF- β 1; desbalanço Th17/Treg; ativação imune materna (IL-6/IL-17) em modelos animais; inflamassoma NLRP3/caspase-1/IL-18; biomarcadores proteômicos.

Visão crítica: estudos transversais sem causalidade; TEA heterogêneo sem estratificação; comorbidades psiquiátricas confundem; amostras pequenas sem ajuste para múltiplos testes; falta de replicação; citocinas sem padronização (sangue vs líquido); achado do NLRP3 é in vitro em subgrupo pequeno.

Conclusões

PONTO	POSIÇÃO DA SBP
Exames imunológicos	Força da evidência para uso clínico rotineiro moderada a baixa ; não recomendados
Tratamento imunológico	"Não existe tratamento de base imunológica formal ou recomendado para o TEA por sociedades internacionais ou nacionais" ; imunomodulação é promissora apenas para subgrupos selecionados em pesquisa
Padrão de cuidado	Intervenções comportamentais e educacionais
Encefalite autoimune	Autoanticorpos não autorizam tratar TEA como encefalite autoimune nem como encefalite viral sem diagnóstico conforme diretrizes
Pressão social	Reconhecida como compreensível, mas a produção de evidência garante segurança, equidade, decisão compartilhada e uso racional de recursos

Não aborda: terapias específicas não validadas (quelação, OHB, secretina, dietas sem glúten/caseína, MMS), IVIG como conduta (cita Connery 2018 apenas como pesquisa), rastreamento e diagnóstico do TEA.

2. Posição das demais referências

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Ministério da Saúde	Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista — TEA, 1ª ed., 2025	"Até o momento, não são conhecidos exames laboratoriais ou marcadores biológicos para identificação do TEA"; diagnóstico por avaliação multiprofissional, relato da família e da escola; triagem com M-CHAT-R em todas as crianças de 16 a 30 meses na atenção primária; intervenção precoce já na suspeita, sem esperar o diagnóstico; cuidado em rede (APS, CER, Caps). Não menciona exames nem tratamentos imunológicos, nem as terapias sem evidência.
AAP	Clinical Report Identification, Evaluation, and Management of Children With ASD (Hyman, Levy, Myers, Pediatrics 2020;145:e20193447); HealthyChildren — terapias complementares (jan/2026)	Fatores imunes maternos citados como associações em investigação, sem causalidade. Intervenções com evidência: ABA, NDBI, educacionais, fonoaudiologia, TO. Quelação, oxigenoterapia hiperbárica e secretina "não comprovadas... podem ser perigosas e caras"; IVIG: sem evidência, risco de alergia e trombose; dieta sem glúten/caseína: sem evidência; probióticos: evidência insuficiente.
NICE	CG170 Autism spectrum disorder in under 19s: support and management (28/08/2013, atualizada em 14/06/2021); CG128 Autism in under 19s: recognition, referral and diagnosis (28/09/2011, atualizada em 20/12/2017)	CG128: nenhuma investigação médica de rotina no diagnóstico (genética/EEG só individualmente). CG170: não usar antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes nem dietas de exclusão para os sintomas centrais; não usar ômega-3 para o sono; não usar secretina, quelação nem oxigenoterapia hiperbárica em nenhum contexto. Nada a favor de imunoterapia.
AEP	Protocolo AEP/SENEP — Trastorno del espectro autista (2022); GPC Manejo del TEA en Atención Primaria (SNS, 2009); AEMPS — MMS (2020)	Sem causa imunológica na etiologia; tratamento = intervenção precoce, ABA, programas de pais, fonoaudiologia; "nenhuma evidência" para dietas de exclusão; quelação "não indicada"; neurofeedback, ômega-3 e OHB sem evidência. GPC 2009: sem evidência para antimicóticos, quelantes e imunoterapia (grau C). AEMPS alerta contra dióxido de cloro/MMS.
Johns Hopkins / Kennedy Krieger	FAQ do grupo de Carlos Pardo sobre os achados neuroinflamatórios (2005), reproduzido em 2009; Kennedy Krieger — Scientific Support for ABA; Cellucci et al., Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm 2020	O grupo que descreveu a ativação microglial (Vargas/Pardo 2005, citado pela SBP): "não há indicação para anti-inflamatórios, imunossuppressores ou IVIG em pacientes com autismo"; não se sabe se a inflamação é causa ou consequência. Kennedy Krieger: ABA como padrão "estabelecido". Critérios de encefalite

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
		autoimune pediátrica (Cellucci 2020): início subagudo ≤ 3 meses + neuroinflamação ou anticorpo — o TEA crônico não preenche.
Harvard	Harvard Health — Hyperbaric oxygen therapy: evidence-based uses and unproven claims (2024) ; Choi/Huh, Science 2016	Autismo entre os usos de OHB sem aprovação do FDA nem respaldo científico. O modelo murino de IL-17a materna é pesquisa: "não sabemos quanto se traduz para humanos". Boston Children's: sem página sobre o tema localizada.
Oxford	Sem protocolo local aberto	Segue o NICE (CG128/CG170).
Cambridge	Sem protocolo local aberto	Segue o NICE (CG128/CG170).

Outras fontes (contexto)

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
ISS / SIP (Itália)	Linea Guida ISS — diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti (out/2023) ; Linea Guida 21 (2011)	LG 2023 (método GRADE): recomenda ABA, NDBI, intervenções educacionais e mediadas por pais; sugere não usar ISRS nem psicoestimulantes para os sintomas centrais; não traz quesitos sobre dietas, suplementos, imunoterapia, quelação ou OHB. LG 21 (2011): dieta sem glúten/caseína só se alergia; quelação com risco; OHB e secretina não recomendadas. Sem posição própria da SIP.
FDA / Cochrane	Retirada da página de alerta do FDA (ProPublica, 2025) ; Cochrane: quelação (2015) , OHB (2016) , ômega-3 (2011) , secretina	O FDA alertava contra quelantes, OHB, dióxido de cloro/MMS e leite de camela cru; a página saiu do ar no fim de 2025. Cochrane: quelação sem efeito e com mortes relatadas; OHB sem evidência e com barotrauma; ômega-3 e secretina sem eficácia.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	MINIS- TÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOP- KINS	HAR- VARD	OX- FORD	CAM- BRIDGE	VERE- DITO
Hipóteses imunes	Pesquisa; evidência moderada a baixa; sem causalidade	Não aborda	Associações em investigação	Não aborda	Não aborda	Origem da hipótese; "causa ou consequência?"	Modelo animal, não traduzido	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância: todos tratam como pesquisa
Exames imunológicos de rotina	Não recomendados	Sem exames ou marcadores biológicos para o TEA	Não recomendados	Nenhuma investigação médica de rotina	Não recomendados	—	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância
Tratamento imunológico (IVIG, anti-inflamatórios)	Nenhum recomendado por qualquer sociedade	Não menciona	IVIG sem evidência, com riscos	Nenhuma recomendação a favor	Imunoterapia sem evidência (grau C)	"Não há indicação" (Pardo)	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância
Padrão de cuidado	Comportamental e educacional	Intervenção precoce já na suspeita; cuidado em rede	ABA, NDBI, educacional, fono, TO	Comunicação social mediada por pais/pares	ABA, intervenção precoce, pais	ABA "estabelecido"	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância
Quelação, OHB, secretina, MMS	Não cita	Não cita	Perigosas; não recomendadas	Não usar em nenhum contexto	Sem evidência; AEMPS contra MMS	—	OHB sem respaldo	Segue o NICE	Segue o NICE	Omissão da SBP (e do MS)
Dietas de exclusão, ômega-3, probióticos	Cita estudo; não se posiciona	Não cita	Sem evidência; risco nutricional	Não usar dietas de exclusão; não usar ômega-3 para o sono	Sem evidência	—	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Omissão da SBP
Triagem do TEA	Fora do escopo do DC (ver documentos de Desenvolvimento)	M-CHAT-R em todas as crianças de 16 a 30 meses	M-CHAT aos 18 e 24 meses (2020)	Reconhecimento e encaminhamento por sinais (CG128)	—	—	—	Segue o NICE	Segue o NICE	MS e AAP rastreiam com M-CHAT; NICE parte dos sinais
"Encefalite autoimune" como rótulo	Exige diagnóstico conforme as diretrizes	Não aborda	Não aborda	Não aborda	Não aborda	Critérios de Cellucci: infício subagudo ≤ 3 meses	—	Segue o NICE	Segue o NICE	SBP vai além das demais, alinhada aos critérios neurológicos

Leitura: há concordância plena entre a SBP e todas as referências: as alterações imunológicas no TEA são objeto de pesquisa, nenhum exame imunológico faz parte da avaliação (a Linha de Cuidado do Ministério da Saúde, de 2025, afirma que não há exames ou marcadores biológicos para o TEA), nenhuma sociedade recomenda tratamento imunomodulador e o padrão de cuidado é a intervenção comportamental e educacional, iniciada já na suspeita. A diferença é de alcance: NICE, AAP e AEP nomeiam as terapias a não usar (quelação, oxigenoterapia hiperbárica, secretina, dióxido de cloro, dietas de exclusão, ômega-3), e nem a SBP nem o MS as citam; em compensação, a SBP é a única a enfrentar o uso do rótulo "encefalite autoimune"

para justificar IVIG, corticoide ou antivirais. **O site segue a SBP** (sem exames nem tratamento imunológico; cuidado comportamental e educacional) e acrescenta, pelo NICE (CG170, melhor referência sobre o ponto, na falta de posição da SBP e do MS), que quelação, OHB, secretina e dióxido de cloro não devem ser usados em nenhum contexto.

4. Síntese

Converge: há concordância plena entre a SBP e todas as referências: as alterações imunológicas são objeto de pesquisa, nenhum exame imunológico faz parte da avaliação de rotina, nenhuma sociedade recomenda tratamento imunomodulador, e o padrão de cuidado é comportamental e educacional. Os próprios grupos que originaram as hipóteses (Pardo/Johns Hopkins 2005; Choi-Huh 2016) afirmam que seus achados não justificam imunoterapia.

Diverge: as demais sociedades são prescritivas por nome — NICE ("não usar secretina, quelação nem OHB em nenhum contexto"), AAP ("perigosas e caras"), AEP e ISS/LG21 listam dietas de exclusão, ômega-3, quelação e OHB como sem evidência. O DC da SBP, focado no sistema imunológico, não nomeia nenhuma dessas terapias, embora sejam as mais oferecidas no mercado brasileiro sob o rótulo "biomédico".

Contribuição singular da SBP: é o único documento a enfrentar diretamente o enquadramento do TEA como "encefalite autoimune" ou "encefalite viral", exigindo os critérios diagnósticos formais (Graus 2016; Cellucci 2020: início subagudo, neuroinflamação ou anticorpo bem caracterizado) — um esclarecimento oportuno diante de protocolos comerciais que prescrevem IVIG, corticoides e antivirais a crianças autistas.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

(1) A retirada da página de alerta do FDA (fim de 2025) deixa um vazio que a SBP poderia preencher em revisão futura, listando explicitamente quelação, OHB, secretina, dióxido de cloro e dietas restritivas. (2) A Tabela 1 do documento reproduz achados como "anticorpos anti-receptor de folato em até 70%" e "melhora com IVIG" (Connery 2018, série aberta) sem a mesma ênfase crítica do texto; um leitor apressado pode tomá-los por recomendação. (3) O documento não trata do diagnóstico nem do rastreio do TEA — para isso valem o DC de Pediatria do Desenvolvimento e a AAP 2020 (M-CHAT aos 18 e 24 meses).

5. Fontes

- SBP. DC nº 30 — [Transtornos do Espectro Autista e o Sistema Imunológico](#) (PDF lido integralmente em 22/09/2026)

- [Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista — TEA, 1ª ed., 2025](#)
- [AAP 2020 — Hyman et al. · HealthyChildren — CAM for autism \(2026\)](#)
- [NICE CG170 · NICE CG128](#)
- [AEP/SENEP 2022 · GPC TEA AP 2009 · AEMPS MMS 2020](#)
- [ISS Linea Guida 2023 · Linea Guida 21 \(2011\)](#)
- [Harvard Health — OHB 2024 · Choi et al., Science 2016](#)
- [Johns Hopkins — FAQ Pardo · Kennedy Krieger — ABA · Cellucci 2020 · Graus 2016](#)
- [ProPublica — retirada da página do FDA \(2025\) · Cochrane: quelação · OHB · ômega-3 · secretina](#)
- Não verificado: texto integral AAP 2020 (paywall; corroborado por páginas oficiais da AAP); página original do FAQ de Johns Hopkins (só a reprodução de 2009); Boston Children's; posicionamento próprio da SIP; comunicado específico da AEP sobre "tratamentos biomédicos"; protocolos locais de Oxford e Cambridge (não localizados).

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.