

DOENÇA CELÍACA: Dietoterapia e Qualidade de vida

Bruna Picolo de Moraes

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Luiz Damião do Nascimento Neto

Graduando em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Mayara Atalla Pereira

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Maria Angelina da Silva Zuque

Farmacêutica; Doutora em Doenças Tropicais – UNESP
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Fernanda Fumagalli

Nutricionista; Mestre em Alimentos e Nutrição – UNESP
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

A doença celíaca é uma afecção inflamatória crônica definida como uma permanente intolerância ao glúten, proteína contida em cereais como trigo, centeio e cevada. O único tratamento para essa doença é a dieta totalmente isenta de glúten pelo resto da vida, o que implica em novos hábitos alimentares. Os sintomas clássicos da DC podem implicar em inúmeros sintomas, como diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, falta de apetite, déficit de crescimento e distensão abdominal e geralmente se manifesta nos primeiros anos de vida. Visto que, em muitos casos não há apresentação desses sintomas ou são assintomáticos, o número de pacientes não diagnosticados ainda é alto. Optou-se pela revisão da literatura nacional e internacional, a fim de descrever a importância do diagnóstico médico e da dietoterapia desenvolvida pelo profissional da nutrição. Um paciente exposto ao glúten, que não é diagnosticado ou tratado sofre com uma resposta imune excessivamente forte e resposta inflamatória, causando danos na mucosa intestinal, o que impede a absorção de nutrientes, levando, em casos mais avançados, à desnutrição grave, osteoporose ou linfoma. O desafio do nutricionista na melhoria da qualidade de vida do paciente, controlando sua dieta, instruindo-o e mostrando o melhor caminho é determinante e denota sua importância.

PALAVRAS-CHAVE: doença celíaca; glúten; intolerância ao glúten.

INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma afecção inflamatória crônica caracterizada por permanente intolerância ao glúten, uma proteína contida em cereais como trigo, centeio e cevada (STEPANIAK; KONING, 2006). O glúten está incluso no grupo de

glicoproteínas das prolaminas, é insolúvel em água e responsável pela textura de massas, bolos e pães (ALMEIDA; SÁ, 2009).

O sistema imune é essencial para a sobrevivência humana, sem ele estaríamos suscetíveis à inúmeros patógenos causadores de infecções, porém, em algumas ocasiões, o sistema imunológico pode sofrer a perda de sua capacidade normal de distinguir o próprio do alheio, resultando em reações imunes contra próprios tecidos e células do indivíduo, o que também pode ser chamado de autoimunidade. Evidências indicam que uma reação imune contra auto antígenos é a causa de cada vez mais enfermidades humanas (FAUSTO et al., 2010). A DC é uma delas, resulta de resposta autoimune mediada por linfócitos T, que leva a lesão progressiva no intestino delgado, com infiltração linfocitária no epitélio jejunal, atrofia vilositária e hipertrofia nas criptas, em indivíduos geneticamente predispostos (STEPNIAK; KONING, 2006).

Nos dias de hoje, a DC é considerada comum e prevalente em países onde há o predomínio de descendentes europeus, sendo considerada rara em africanos. Atualmente, apresenta maior incidência em crianças, e em adultos entre 30 a 60 anos (FAUSTO et al., 2010). No passado, já foi tida como uma doença rara em escala mundial, entretanto, recentes estudos populacionais têm demonstrado prevalência entre 1/120 e 1/300 na população geral, tanto europeia quanto norte-americana (CRONIN; SHANAHAN, 2003).

No Brasil, alguns estudos sugerem que a prevalência de DC é elevada assemelhando-se aos países da Europa, o que confirma que esta doença também não é rara em nosso país. Em uma pesquisa entre candidatos a doadores de sangue no Estado de São Paulo, o diagnóstico de DC foi sugestivo em pelo menos 1 em cada 214 dos candidatos investigados (OLIVEIRA, 2005).

A DC clinicamente manifesta pode exibir amplo espectro de apresentações, divididas inicialmente entre a forma clássica e a forma não clássica da doença. A primeira geralmente se manifesta nos primeiros anos de vida com quadro de diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, falta de apetite, déficit de crescimento, distensão abdominal, diminuição do tecido celular subcutâneo e atrofia da musculatura glútea (SDEPANIAN; DE MORAIS; FAGUNDES-NETO, 1999).

A forma não clássica é reconhecida atualmente como: assintomática ou silenciosa, quando há ausência de manifestações clínicas; e atípica, de início mais

tardio na infância, quando há apenas uma ou nenhuma alteração no trato digestório. Nessa forma da doença pode ocorrer, manifestações isoladas como baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária ao tratamento, artrite ou artralgia, convulsões, hipoplasia do esmalte dentário, dermatite herpetiforme, hipertransaminasemia, puberdade precoce, dor abdominal recorrente e constipação (FASANO, 2005).

Considerando a prevalência da doença, e os casos subestimados pela falta de diagnóstico, a vulnerabilidade pela exposição ao glúten justificou-se este estudo com o objetivo de demonstrar a importância do nutricionista no controle da DC, cuja dieta específica pode ser determinante na qualidade de vida do portador e prevenção de outras doenças, além de descrever as dificuldades e desafios que o paciente enfrenta diariamente.

2 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo optou-se pela revisão da literatura nacional e internacional em plataformas especializadas como *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), LILACS e Google acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores: doença celíaca, glúten, intolerância ao glúten.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doença Celíaca: Histórico e Atualidades

A doença celíaca também é denominada de enteropatia sensível ao glúten, espru não tropical e espru idiopático, decorre dos efeitos tóxicos causados pela ingestão da proteína glúten, encontrada em alimentos como trigo, centeio e cevada (GUYTON; HALL, 2011).

A primeira vez que uma possível relação entre o trigo e uma condição de má absorção com erupção foi notada por Dicke, pediatra holandês, em uma criança no ano de 1930 (PAVELEY, 1989).

Segundo Dicke (1950) em alguns estudos, quando havia a ingestão de farinha de trigo e de arroz, amido de trigo, batata, farinha de centeio, amido e farinha de milho, individualmente ou misturados, observou-se que o paciente celíaco que ingeriu trigo e farinha de centeio tinha aumento de volume das fezes, aumento de gordura excretada com redução do coeficiente de absorção pelo intestino, enquanto

que a ingestão dos outros alimentos resultaram em efeitos opostos e percebeu-se que o problema estaria no trigo, mas não na parte referente ao amido (DICKE, 1950). A ideia da dieta totalmente livre de trigo só ocorreu a Dicke durante a Segunda Guerra Mundial, quando houve uma escassez de pão seguida da diminuição dos sintomas em crianças acometidas pela doença (PAVELEY, 1989).

Para Mahan e Escott-Stump (2005), com o avanço da ciência, já há um conhecimento mais específico sobre o glúten contido em alguns alimentos. Sabe-se hoje que as frações específicas dos peptídeos presentes nesses alimentos, quando ingeridos são modificadas durante a absorção para uma forma que dispara uma resposta local e, em muitos casos, uma resposta imune sistêmica.

A DC, se não tratada, resulta em resposta imune excessivamente forte e resposta inflamatória, acarretando danos na mucosa intestinal, secreção alterada de neuropeptídios e diminuição das funções digestiva e absorptiva. As células das vilosidades se tornam deficientes das enzimas dissacaridase e peptidase, necessárias à digestão, bem como em carreadores que transportam nutrientes para corrente sanguínea. A atrofia e o achatamento das vilosidades ocorrem eventualmente e comprometem a absorção de micro e macro nutrientes. O intestino delgado passa a secretar hormônios peptídeos de forma deficiente, induzindo assim, a redução de secreções pela vesícula biliar e pelo pâncreas, piorando o quadro de má digestão. Na maioria das vezes, afeta as porções proximal e média do intestino delgado, mas pode ocorrer também envolvimento dos segmentos intestinais mais distais (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

O desconhecimento sobre a doença celíaca potencializa a angústia e a preocupação de quem acabou de receber o diagnóstico e de seus familiares também, somando a isso o medo de desenvolver outras doenças, em especial o câncer, devido à ingestão de glúten antes que o participante soubesse que tinha a doença (BRANCAGLIONI et al., 2016).

3.2 Sinais, Sintomas e Diagnóstico da Doença Celíaca

A partir do momento que um lactente começa a se alimentar com cereais que contém glúten, a doença pode se tornar aparente, o que pode não aparecer até a metade da vida, quando pode ser disparada ou desmascarada por cirurgia gastrointestinal, estresse, gravidez, ou infecção viral. Na apresentação dos sintomas

em crianças pequenas os mais prováveis são os *clássicos*, como diarreia e esteatorreia, fezes fétidas, inchaço abdominal, apatia e pouco ganho de peso. Na apresentação mais tardia pode haver outros distúrbios inflamatórios e autoimunes, fadiga generalizada, falha em ganhar ou manter peso ou consequências da má absorção de nutrientes (anemias, osteoporose ou coagulopatia relacionada a vitamina K). Infelizmente, 50% dos pacientes celíacos possuem pouco ou nenhum sintoma óbvio e alguns podem até estar acima do peso na sua apresentação (FASANO; CATASSI, 2001; HILL et al., 2002; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

A apresentação clínica da doença em crianças mudou de forma negativa nos últimos anos, já que o número de casos na forma típica tem diminuído e a forma mais silenciosa aumentado. São acontecimentos que dificultam o diagnóstico, tornando-o, na maioria das vezes, tardio, aumentando o risco de complicações (GARAMPAZZI et al., 2007), também porque, apesar de ter sido considerada, por muito tempo, como exclusiva das crianças há cada vez mais diagnósticos em adultos, adolescentes e também em idosos (VILPPULA et al., 2008).

Essa patologia também pode ser associada a outros estados inflamatórios como dermatite herpetiforme (variante da doença que envolve a pele), dor muscular e articular, e outras doenças autoimunes como tireoidite e diabetes tipo 1. As taxas de morbidade e mortalidade podem ser aumentadas em pessoas que possuem diagnósticos errôneos até muito tarde ou em pessoas que são incapazes de seguir a dieta (SERAPHIN; MOBARIN, 2002). O risco de linfomas e outras malignidades tende a aumentar naqueles que continuam a consumir alimentos que contêm glúten (TROMCOME et al., 1996).

O diagnóstico é de extrema importância para evitar complicações decorrentes dessa patologia, o que é bastante complexo devido à grande variabilidade de manifestações da doença (ROMALDINI; BARBIERI, 1999). Todo paciente que apresentar diarreia crônica, distensão abdominal, flatulências, familiares de primeiro e segundo grau de celíacos deve ter a DC investigada (SILVA; FURLANETTO, 2010). O diagnóstico da doença baseia-se em uma combinação entre avaliações clínicas, por meio de exame físico e anamnese detalhada, laboratoriais e histológicas, finalizado com a biopsia de intestino delgado (RAUEN; 2005).

Após a observação de um padrão geral de sintomas e história familiar, são efetuados testes sorológicos, que incluem a presença de anticorpos antiendomiais (AEA), imunoglobina A (IgA) ou anticorpos IgG-AGA (anticorpos antigliadina) ou o autoantígeno que parece disparar a resposta imune (transglutaminase tecidual IGA [tTG]) (HILL et al., 2002; MUSTALAHTI et al., 2002, MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005; PETAROS et al., 2002). Os níveis de IgA costumam ser pesquisados primeiro, pois algumas pessoas, as quais acreditavam-se serem portadoras de DC podem ser deficientes em IgA. Pessoas que já tem a doença confirmada podem utilizar os mesmos testes sorológicos do diagnóstico para monitorar o progresso da mesma (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

Os testes sorológicos são responsáveis por um aumento de diagnóstico da DC, demonstrando que a patologia não é rara, mas a sorologia negativa não exclui seu diagnóstico. Esses testes são altamente específicos e sensíveis para a doença, mas o padrão ideal para o diagnóstico final é a biopsia de mucosa intestinal (FARRELL; KELLY, 2002). Como o diagnóstico é muito complexo, ele só pode ser estabelecido após a correlação clínica (SILVA; FURLANETTO, 2010).

Vale lembrar que, como a alteração dietética pode alterar os resultados de diagnóstico, a investigação diagnóstica de DC deve ser realizada antes da introdução do tratamento que é a dieta isenta de glúten, para não alterar negativamente os resultados dos testes sorológicos e melhorar a histologia (ROSTOM; MURRAY; KAGNOFF, 2006).

3.3 Papel da Nutrição e do Nutricionista

A alimentação é componente prioritário nas sociedades contemporâneas e tem repercutido, de forma crescente, na área de saúde. A mesa é o centro das relações: simboliza organização, família, alegrias, novidades. Os efeitos socializantes de alimentar-se em grupo harmonizam, fortalecem vínculos, estabilizam estruturas de convívio (BOTELHO, 2006).

A alimentação envolve diversos significados e as práticas alimentares incluem desde procedimentos relacionados ao preparo do alimento até o seu consumo propriamente dito, transparecendo a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar e a época, além da tendência que algumas pessoas possuem a rejeitar sabores aos quais não estão acostumadas e permanecem

restritas às preparações características de sua cultura (GARCIA, 1997). Esses fatores podem dificultar a adesão do paciente à dieta isenta de glúten, cabendo ao nutricionista, *montar um quebra cabeça* com as preferências, condições financeiras e individualidades do paciente, das quais fazem parte, nesse caso, a doença celíaca.

Araújo et al. (2010) enfatiza o valor do profissional de Nutrição no acompanhamento do estado nutricional, na orientação relativa à escolha, ao preparo dos alimentos e à contaminação por glúten na etapa de preparo ou distribuição do alimento e nas orientações relativas à deficiência de absorção de nutrientes, pelo fato do tratamento da DC ser exclusivamente dietético e difícil a exclusão dos cereais que contêm glúten da dieta.

A necessidade de acompanhamento constante para avaliar a adequação da ingestão dietética, presença de transgressões - voluntárias ou não - e sinais de comprometimento nutricional são fatores determinantes na qualidade de vida do paciente celíaco. O nutricionista estimula a adesão ao tratamento, evita a monotonia e acompanha a ingestão alimentar, além de estar atento para que haja uma transição alimentar não traumática para melhor adesão à dieta (ARAÚJO et al., 2010).

É possível regular a alimentação do paciente com a dieta ausente de glúten, a fim de controlar os efeitos negativos da doença e manter a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde do paciente, uma vez que a nutrição terapêutica, nesses casos pode evitar que outras patologias se desenvolvam no paciente celíaco.

Antigamente não havia alimentos processados com rótulo indicativo da presença de glúten, que dificultava a escolha do produto, mas hoje observa-se atualmente uma maior disponibilidade de alimentos processados e industrializados com opções *sem glúten* no mercado.

Uma dificuldade em relação à dieta composta por alimentos sem glúten é o seu custo, aproximadamente 44% mais cara do que a composta por alimentos convencionais (KAMIOKA; STEDEFELD; DOMENE, 2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o diagnóstico da DC a dificuldade são as restrições impostas, pois o início da convivência com a doença marca um período em que todas as suas

possibilidades de escolha alimentar diminuem e percebe-se a todo o momento a dúvida se *pode ou não comer*, que persistirá pelo restante de sua vida. Como consequência disso, em vários momentos, o desejo de comer algo que não pode será frequente, pois conforme relatos dos portadores de DC, os mesmos se deparam com um alimento que não possui o equivalente sem glúten, isso é comum e difícil de vivenciar (BRANCAGLIONI et al., 2016).

Relacionado às dificuldades encontradas na dietoterapia com ausência total do glúten observou-se que são inúmeras, e apresenta desafios diários para a sua total adesão.

Um estudo realizado no ambulatório da disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em crianças e adolescentes diagnosticados com doença celíaca já em tratamento nutricional por um período superior a 12 meses apontou que entre os adolescentes, os que transgrediam a dieta apresentaram peso inferior em comparação aos que não transgrediam, mas entre as crianças não houve diferença. Seguindo essa comparação, com relação à estatura, as crianças apresentavam maiores valores do *escore-Z* estatura/idade em relação às que transgrediam algo que não se estendeu aos adolescentes (ANDREOLI et al., 2013).

Outro estudo similar, entre crianças que transgrediam a dieta isenta de glúten, mostrou quais foram os motivos para a transgressão: baixa palatabilidade dos alimentos da dieta prescrita; baixa disponibilidade de produtos sem glúten fora do domicílio; ausência de sintomas no diagnóstico da doença; e também a dificuldade de identificar a presença de glúten nos rótulos dos produtos (ROMA et al., 2010).

Já o estudo realizado por Andreoli et al. (2013), os autores observaram que entre adolescentes, o consumo energético proveniente dos carboidratos e das gorduras é maior no grupo que não segue a dieta isenta de glúten. Segundo Mariani et al., (1998) adolescentes que não transgrediam a dieta apresentavam, com diferença estatisticamente significativa, maior consumo de proteínas e menor consumo de carboidratos quando comparados a adolescentes que não seguiam a dieta.

Alguns relatos relacionados aos portadores da DC envolvem sentimentos como isolamento e vergonha, dificuldades nas relações sociais e em atividades

comuns ao dia a dia, como a escolha de alimentos e o planejamento de viagens (OLSSON et al., 2008).

Estudo realizado com pacientes que além da DC tinham diabetes do Tipo 01, os mesmos narraram que a principal dificuldade em conviver com a DC é seguir a dieta sem glúten, já que para as crianças, implica em restrição de escolhas alimentares, e, para os adolescentes, causa constrangimentos e dificuldades no convívio social, evidenciando que, mesmo com as implicações da Diabetes como a aplicação diária de insulina e as limitações alimentares, com contagem de carboidratos (não há restrição total), a vontade de comer algo que não pode nunca torna a DC pior (BRANCAGLIONI et al., 2016).

De acordo com os pais, a rápida recuperação dos filhos que seguem a dieta sem glúten é motivo para adequar seus padrões aos novos hábitos alimentares, porém há grande preocupação em relação às escolas e às creches frequentadas pelos portadores de DC (CEDERBORG; HULTMAN; MAGNUSSON, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sugere que as transgressões à dieta isenta de glúten ocorrem com maior frequência fora do ambiente domiciliar, em decorrência das poucas opções de alimentos sem glúten de sabor agradável, acessível e de fácil identificação. Por isso faz-se necessário que os pais ou familiares da criança comuniquem-se com professores e diretores da escola ou creche que o filho frequenta, informando e certificando-se dos cuidados que devem ser tomados para evitar contaminações com o glúten e até mesmo a exclusão social da criança.

O papel do nutricionista é de extrema importância em casos de DC, pois além de elaborar um plano alimentar que melhor se adapte ao indivíduo, respeitando suas necessidades e limitações, é ele quem irá instruir o paciente, e os pais ou responsáveis do paciente, quando for o caso, quanto a possíveis substituições dos alimentos, além de alertar sobre os riscos da contaminação cruzada em casa e na rua e ensinar a ler os rótulos e a entender as informações.

Além do nutricionista, a adesão à dieta pelo paciente celíaco depende, primordialmente, do apoio familiar, sendo os pais determinantes na nova rotina alimentar da criança. Para isso, é necessário muita informação, compreensão,

paciência e rigidez quando necessário. Aos adultos e às crianças resta persistência para enraizar esses novos hábitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. G.; SÁ, W.A.C. Amarantho (*Amaranthu ssp*) e quinoa (*Chenopodium Quinoa*) alimentos alternativos para doentes Celíacos. *Ens Cienc.*, v. 13, n.1, p 77-92, Nov. 2009.

ANDREOLI, C. S.; CORTEZ, A. P. B.; SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B. de. Avaliação nutricional e consumo alimentar de pacientes com doença celíaca com e sem transgressão alimentar. *Rev. Nutr.* vol. 26 no. 3 Campinas. 2013.

ARAÚJO, H. M. C. Impacto da doença celíaca na saúde, nas práticas alimentares e na qualidade de vida celíacos. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

BOTELHO, R. B. A. Culinária regional: o Nordeste e a alimentação saudável [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.

BRANCAGLIONI, B.C.A.; RODRIGUES, G.C.; DAMIÃO, E.B.C.; QUEIROZ, M.S.; NERY, M. Crianças e adolescentes que convivem com diabetes e doença celíaca. *Rev Gaúcha Enferm*, 2016.

CEDERBORG, A. C.; HULTMAN, E.; MAGNUSSON, K. F. Living with children who have celiac disease: A parental perspective. *Child Care Health Dev.* 2012; 38(4): 484-9

CRONIN, C. C.; SHANAHAN, F. Exploring the iceberg – the spectrum of celiac disease. *Am J Gastroenterol.* 2003; 98:518-9.

DICKE, W. K. Coeliac disease. Investigation of the harmful effects of certain types of cereal on patients with coeliac disease. Thesis, Utrecht 1950.

FARRELL, R. J.; KELLY, C. P. Celiac spree, *N Engl J Med* 346:180, 2002.

FASANO, A.; CATASSI, C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology.* 2001 Feb; 120(3):636-51.

FASANO, A. Clinical presentation of celiac disease in the pediatric population. *Gastroenterology* 2005; 128:S68-73.

FAUSTO, N.; KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J.C. Robbins & Cotran – Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GARAMPAZZI, A.; RAPA, A.; MURA, S.; CAPELLI, A.; VALORI, A.; BOLDORINI, R.; ODERDA, G. Clinical pattern of celiac diseases is still changing. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2007;45:611-4.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. Cad Saúde Pública. 1997; 13(3): 455-67.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HILL, I.D.; DIRKS, M.H.; LIPTAK, G.S.; COLLETTI, R.B.; FASANO, A.; GUANDALINI, S. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005.

KAMIOKA, G. A.; STEDEFELDT, E.; DOMENE, S. M. A. Doença celíaca e mercado específico. Rev Soc Bras Alim Nutr. 2013; 38(3):201-19.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP S. Krause - Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 11ª Ed. São Paulo: Roca, 2005.

MARIANI, P.; VITI, M. G.; MONTOURI, M.; LA VECCHIA, A.; CIPOLLETTA, E.; CALVANI, L. The gluten-free diet: A nutritional risk factor for adolescents with celiac disease? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1998; 27(5): 519-23.

MUSTALAHTI, K.; SULKANEN, S.; HOLOPAINEN, P.; LAURILA, K.; COLLIN, P.; PARTANEN, J.; MÄKI, M. Coeliac disease among healthy members of multiple case coeliac disease families. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2002.

OLIVEIRA, R.P. Prevalência da doença celíaca em candidatos a doadores de sangue em São Paulo – Brasil. 2005. Tese de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

OLSSON, C.; HÖRNELL, A.; IVARSSON, A.; SYDNER, Y. M. The every day life of adolescent coeliacs: issues of importance for compliance with the gluten-free diet. J Hum Nutr Diet. 2008;21(4):359-67.

PETAROS, P.; MARTELOSSI, S.; TOMMASINI, A.; TORRE, G.; CARADONNA, M.; VENTURA, A. Prevalence of autoimmune disorders in relatives of patients with celiac disease. *Dig Dis Sci.* 2002; 47: 1427–1431.

RAUEN, M. S.; CAMILLI, J.; BACK, V.; MOREIRA, A. M. Doença celíaca: sua relação com a saúde bucal Celiac disease's relationship with the oral health. *Rev Nutr.* 2005;18(2):271–6.

ROMA, E.; ROUBANI, A.; KOLIA, E.; PANAYIOTOU, J.; ZELLOS, A.; SYRIOPOULOU, V. P. Dietary compliance and life style of children with celiac disease. *J Hum Nutr Diet.* 2010; 23(2):176-82.

ROMALDINI, C. C.; BARBIERI, D. Revisão/Review. *Arq Gastroenterol.* 1999;36(4):258–64.

ROSTOM, A.; MURRAY, J. A.; KAGNOFF, M. F. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on the diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterology.* 2006;131(6):1981-2002.

SARAPHIN, P.; MOBARIN, S. Mortality in patients with celiac disease, *Nutr Ver* 60:116, 2002.

SDEPANIAN, V. L.; DE MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. *Arq Gastroenterol.* 1999;36:244-57

SILVA, T. S.; DA G., FURLANETTO, T.W. Artigo Revisão diagnóstico de doença celíaca em adultos. *Rev Assoc Médica Bras.* 2010;56(1):122–6

STEPNIAK, D.; KONING, F. Celiac disease – sandwiched between innate and adaptive immunity. *Hum Immunol.* 2006;67(6):460-8.

PAVELEY, W.F. From Arateusto Crosby: a history of celiac disease. *Br Med J,* 297:1646, 1989

TRONCONE, R. et al: Gluten-sensitive enteropathy, *Pediatr Clin North Am* 43:355, 1996.

VILPPULA, A.; COLLIN, P.; MAKI, M.; VALVE, R.; LUOSTARINAN, M.; KRELELA, I.; PATRIKAINEN, H.; KAUKINEN, K.; LUOSTARINEN, L. Undetected celiac disease in the elderly: a biopsy-proven population-based study. *Dig Liver Dis.* 2008; 40: 809-13.