DOENÇA CELÍACA (DC) **–** Diagnóstico, tratamento, hábitos e práticas alimentares**.**

ELIELSON SILVA GOMES DE DEUS

elielsonsgomes@uol.com.br

**RESUMO**

DE DEUS, Elielson S. Gomes, (DC): diagnóstico, tratamento, hábitos e práticas alimentares. (2011). São Paulo, 2011.

Nos dias atuais muito se discute em relação a doenças autoimunes, devido ao grande índice de pacientes afetados por essas patologias e seu descobrimento tardio. A doença celíaca trata-se de uma hipersensibilidade do organismo ao glúten, ou seja, uma proteína presente em cereais como trigo, aveia, cevada, centeio e malte, ingredientes presentes em praticamente toda dieta humana. É muito comum paciente tomar ciência da doença após anos consumindo alimentos ricos em cereais sem manifestações dos sintomas que indicam a patologia. Geralmente se manifesta entre 24 meses e 06 anos de vida, apresentando sintomas como diarreias, distensão abdominal, anorexia, atraso no crescimento, atrofia muscular e em alguns casos hipotonia e irritabilidade. A continuidade no consumo de glúten leva o paciente a enfermidades graves, como linfoma, carcinomas do esôfago, adenocarcinoma do intestino delgado, lesões hepáticas e pancreáticas. Por se tratar de uma patologia extremamente complexa com relação às manifestações ocasionadas pelo organismo, tornar-se muito importante uma analise minuciosa ao suspeito da DC para que uma vez que o diagnóstico seja positivo, a mesma tenha uma vida normal depois de conscientizada sobre a gravidade da enfermidade e iniciado para toda vida uma nova dieta alimentar.

Palavras – Chaves: Doença Celíaca, Celíaco, Intolerância ao Glúten.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACELBRA- *Associação dos Celíacos do Brasil*

ANVISA- *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*

DC- *Doença Celíaca*

DMI- *Diabetes Melito*

DMO- *Densidade Mineral Óssea*

SD- *Síndrome de Down*

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO......................................................................................................5

 2- OBJETIVO..............................................................................................................7

 3- REVISÕES DA LITERATURA...............................................................................8

 3.1- Histórico da doença....................................................................................8

 3.2- Diagnóstico......................................................................................11

 3.3- Relação da doença celíaca com outras patologias.........................12

 3.4- Tratamento......................................................................................15

 4- METODLOGIA......................................................................................................18

 5- CONCLUSÃO.......................................................................................................19

 6- REFERÊNCIAS....................................................................................................20

1. INTRODUÇÃO

 Muito se discute hoje sobre doenças autoimunes. Nos últimos anos, houve uma grande incidência dessas patologias na população brasileira. Nota-se com frequência resultados de vários diagnósticos em pacientes que descobriram tardiamente serem portadores de algumas dessas doenças. De certa forma, ainda é grande a quantidade de indivíduos portadores que desconhecem sua existência, é o caso da doença celíaca (DC), uma moléstia causada pela hipersensibilidade do organismo ao glúten, em pessoas geneticamente predispostas. Essa proteína é encontra-se nos cereais como trigo, aveia, cevada, centeio e malte.

 As proteínas desses cereais são na maioria das vezes, encontradas em vários ou até mesmo em praticamente toda dieta humana, talvez seja esse o motivo da grande dificuldade por parte do paciente em controlar sua alimentação, uma vez que, a vida dessa pessoa ao tornar-se consciente sobre sua moléstia passa por mudanças radicais. “A primeira alusão à doença celíaca remota ao ano de 200 da era cristã, mas foi só em 1888 que Samuel Gee, a descreveu nos termos atuais.” (NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007).

 A grande preocupação nos dias atuais se dá pelo grande número de pessoas que descobrem a intolerância ao glúten depois de ter consumido alimentos ricos do mesmo por toda a vida, sem ter havido sintomas da doença. Ainda não se sabe como ocorre essa rejeição tardia do organismo. O que se sabe é que a fisiopatologia da DC é complexa, resultado muitas vezes, da interação entre fatores ambientais, genéticos e imunológicos.

 Quando a doença aparece na infância, geralmente apresenta-se tipicamente por volta dos 24 meses aos 06 anos de idade, percebe-se que durante a ingestão desses cereais na alimentação do lactente, os primeiros sintomas são instalação gradual de diarreias, distensão abdominal, anorexia, bem como atraso no crescimento, atrofia muscular, e em muitos casos hipotonia e irritabilidade.

 Na criança mais velha ou até mesmo adolescente a DC pode ser diagnosticada quando se observa atraso no desenvolvimento da puberdade, entre outros casos como raquitismo, anemia, diarreia com frequência e até mesmo desempenho escolar inadequado. Nos adultos existe um vasto leque de manifestações clínicas, muitas vezes assintomáticas, um perigo, uma vez que após a ingestão desses cereais o metabolismo do indivíduo inicia-se uma “guerra” para combater essa proteína, fazendo com que as células de defesa do corpo criem anticorpos para destruí-las. No entanto, esses anticorpos podem identificar células do próprio organismo como estranhas iniciado um ataque, destruindo-as.

 A insistência, ao consumo do glúten por paciente celíaco em sua dieta diária, pode causar outras enfermidades graves, como linfoma, carcinomas do esôfago, assim como adenocarcinoma do intestino delgado bem como outras doenças do trato gastrointestinal, lesões hepáticas e pancreáticas entre outras. Segundo, Mont-Serrat *et al*, (2008), existe uma predisposição da DC em pessoas portadoras da diabetes melitos tipo I, após análises de testes em pacientes, foi detectado em alguns deles prevalência de 2,5% para esta doença no grupo. A elevada população de celíacos em meio à prevalência da doença celíaca no Brasil, com a estimativa de 300 mil brasileiros portadores da patologia, sendo mais frequente em mulheres que em homens, em uma estimativa de 2:1.

 Mesmo com aumento no número de celíacos no país e a pouca atenção por parte das indústrias de alimentos que em meio à quantidade de pacientes celíacos que possuem extensa restrição alimentar inseridas em sua dieta, encontra dificuldade ao se deparar com uma pequena gama de produtos livres do glúten de fácil acesso. A transgressão da dieta de pacientes por falta de orientação familiar, dificuldade financeira, descrença, habito do uso de farinha de trigo, falta de habilidade culinária ou a fortes pressões de propagandas de produtos industrializados na mídia. É importante salientar, que a intolerância ao glúten é uma das manifestações do organismo de extrema complexidade, sendo que em todos os casos suspeitos devem ser analisados com extrema singularidade a fim de proporcionar ao paciente uma vida saudável mesmo com a ausência destas proteínas.

1. OBJETIVO

 Chamar atenção da população quanto à gravidade da doença, de maneira que se posicionem perante a indústria pleiteando mais atenção a esses pacientes, na busca de novos e diversos produtos alimentícios livres de glúten e com preços acessíveis, proporcionando ainda mais qualidade de vida.

3- REVISÕES DA LITERATURA

3.1- Histórico da doença

 A doença celíaca é uma patologia autoimune que desde a era cristã tem histórico de sua existência, muito embora sua origem ainda seja uma incógnita para os estudiosos da área da saúde. O que se sabe, é que esta doença é uma enteropatia de resistência ao consumo do glúten. Conforme Nobre *et al, (2007),* existe muita discussão com relação ao contexto epidemiológico da doença, que se expandiu e, atualmente é considerada a intolerância alimentar mais comum em todo mundo.

 Acreditava-se que a doença era exclusivamente uma moléstia da infância, mas agora, sabe-se que ela pode aparecer em qualquer idade, seja adulto ou ate mesmo uma criança recém-nascida coincidindo com a introdução dos cereais na alimentação. De acordo com Cardoso *et al,* (2006), essa patologia de exclusiva intolerância às proteínas do trigo entre outros cereais, passou a ser considerada nos dias atuais, uma doença comum, que pode ser diagnosticada independentemente da idade do indivíduo. Segundo Bahia *et al,* (2010), dentre outros fatores, ainda são destacados como um fator histórico da doença, como a predisposição genética de algumas pessoas. Esse fator genético é conhecido desde 1970.

 Ainda em Bahia *et al,* (2010), estudos recentes demostraram que a patogênese da DC pode estar diretamente relacionada aos fatores genéticos. Todavia, não se pode generalizar, uma vez que, essa predisposição pode não prevalecer em determinadas etnias. Estudos dos últimos anos indicam que a relação da DC com o fator genético são característicos, entretanto, existem outros fatores que podem desencadear a doença, que pode ser da origem da pessoa à sua raça.

 Segundo Rauen; Back; Moreira, (2005), a prevalência da DC é bastante diferente de um país em relação a outro, no Brasil até o momento, não existem dados estatísticos oficiais. Sabe-se que a patologia atinge em sua maioria indivíduos de cor branca, mas se tratando de Brasil, que é uma nação de muita miscigenação racial, já foi descrito em pessoas mulatas. Além disso, ainda existem inúmeras pessoas que desenvolveram a doença, mas não sabem.

 Em Araújo *et al,* (2010), devido a essa prevalência e aumento excessivo de pessoas portadoras, a patologia hoje, é considerada no mundo todo, como um problema de saúde publica, em decorrência da probabilidade de aparecimento de complicações mais graves.

 É muito provável que ao se manifestar num indivíduo, a doença celíaca já havia acometido outros membros da família, pois esse traz em seu gene condições hereditárias para a doença. Utiyama; Reason; Kotze, (2004), a doença celíaca (DC) representa uma forte condição hereditária, constituindo-se numa enfermidade multifatorial, que envolve tanto componentes genéticos, como ambientais na sua etiopatogenia. Em Nobre; Silva; Cabral, (2007), a DC em seu aspecto principal, a fisiopatologia é complexa, dessa forma, resultando da interação de vários fatores, ambientais, genéticos e imunológicos. Alguns eventos na patogênese da DC são apresentados na Figura 1.



 **Legenda: G= Glutamina; E= Epítopos de derivados do glúten (péptidos desaminados).**

  **Figura 1**- “Representação esquemática da patogênese da doença celíaca”(NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007).

 Esses fatores são cruciais para determinar o aparecimento da doença no ser humano, uma vez que, conforme as características imunológicas de cada indivíduo, a prevalência da DC pode estar relacionada diretamente com alguns fatores, como ambientais, genéticos e imunológicos.

 O glúten é o fator indutor da doença. Trata-se de uma proteína existente em diversos cereais, constituída por prolaminas e gluteninas. As prolaminas tóxicas encontram-se no trigo (gliadina) cevada (hordeina) e centeio (cecalina). Estes peptídeos são resistentes à digestão pelas enzimas gástricas e pancreáticas e alcançam a lâmina própria do intestino delgado, possivelmente em consequência de aumento da permeabilidade intestinal. O glúten tem um elevado teor dos aminoácidos prolina (15%) e glutamina (35%). Sabe-se que as moléculas DQ2 e DQ8 tem uma elevada afinidade para os peptídeos com polaridade negativa. A glutamina poder ser convertida em ácido glutâmico, numa reação em que a transglutaminase tecidual intervém como catalizador, resultando em aumento da reatividade com as moléculas. (NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007).

 Os fatores genéticos são na sua maioria o mais estudado, pois conforme Utiyana; Reason; Kotze, (2004), por se tratar de um aspecto hereditário, deve-se ser investigados, pois estudos de segregação familiar têm sugerido grande prevalência da doença numa margem de 8% a 18% entre parentes de primeiro grau, além da taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos variar entre 70% a 100%. É uma margem que pelos resultados, indicam o fator genético como possível meio de conhecer a origem da doença.

 Para Mont-Serrat, *et al,* (2008), conforme estudo realizado entre pacientes portadores de Diabetes Melito Tipo I, por exemplo, há uma probabilidade relevante quanto à suscetibilidade genética nesses indivíduos.

 O organismo do ser humano é constituído de inúmeras células, dentre elas, destacam-se as células de defesa, como os linfócitos, responsáveis pelo reconhecimento de patógenos que possam entrar no organismo. Segundo Nobre; Silva; Cabral, (2007), não se sabe ainda como, mas essas células de defesa, na presença do glúten, liberam toxinas resultando entre outros efeitos, inflamações e estimulando a produção de células T citotóxicas, acarretando em lesões na matriz extracelular e até mesmo a morte das células. Daí a importância de estudos dessa doença autoimune.

3.2- Diagnóstico

 A princípio, a detecção da doença celíaca é constatada a partir de decorrência de alguma situação do indivíduo. Estas podem ser de uma simples diarreia a uma forma mais agressiva, como fortes dores abdominais. A partir desses entre outros sintomas, é que pode partir para exames laboratoriais etc. Segundo a *Associação dos Celíacos do* *Brasil* (ACELBRA), existem três formas clínicas de apresentação da doença: clássica, não clássica, latente e assintomática.

 A forma clássica conforme Araújo *et al*, (2010), tem sua manifestação principalmente na infância logo nos primeiros anos de vida, acompanhada de manifestações como diarreia, vômitos, emagrecimento entre outros sintomas. Segundo Brandt; Silva, (2008) é importante pesquisar esses sintomas já nos primeiros eventos, pois pode prevenir outras complicações e até mesmo a morte da criança. A forma clássica é de certa maneira, a mais fácil de detectar a doença, uma vez que a manifestação da criança já caracteriza anormalidades.

 As formas não clássicas são caracterizadas pela ausência dos sintomas digestivos ou quando presentes, estes ocupam um segundo plano. Ainda em Araújo *et al*, (2010), são sintomas que aparecem mais tardiamente na infância, estes pacientes podem mostrar manifestações isoladas, como baixo crescimento, anemia por deficiência de ferro, artrite, lesões intestinais até problemas mais comumente de pessoas adultas, como a osteoporose.

 Utiyama; Reason; Kotze, (2004), a forma latente da enfermidade é diagnosticada através de biopsia jejunal normal, onde o indivíduo consome o glúten, dessa forma diferencia-se das demais, uma vez que, em outros períodos de tempo, tais pacientes podem apresentar atrofiamento das vilosidades intestinais, revertendo à anormalidade com a retirada do glúten da dieta.

 Araújo, *et al*, (2010), as manifestações assintomáticas são comprovadas fundamentalmente entre familiares de primeiro grau de pacientes celíacos. Dessa forma, vem sendo reconhecida com frequência nas últimas duas décadas após desenvolvimento de marcadores sorológicos específicos.

3.3- Relação da doença celíaca com outras patologias

 Uma das preocupações atual em relação às doenças associadas com a DC é a prevalência de algumas dessas patologias como diabetes, osteoporose, artrites além de outros fatores neurológicos e psicológicos. Segundo Carvalho *et al,* (2003), os adultos que são acometidos com DC apresentam na sua maioria grande risco de baixa de densidade mineral óssea (DMO), aumentando o risco de doenças ósseas como osteoporose etc.

 Após estudos realizados com pacientes crianças e adolescentes em dieta sem o glúten, neste caso, no entanto houve uma diferença comparativa entre os dois grupos quanto à (DMO). “Assim, o rastreamento da osteoporose através da avaliação da (DMO) mostrou ser útil, especialmente nos adolescentes com agravo nutricional com DC, e que iniciaram tratamento dietético após os dois anos de idade.” (CARVALHO, *et al*, 2003).

 Silva, (2003), dá um alerta quanto aos indivíduos portadores de DC, que não são diagnosticados ou até mesmo negligenciados, apresentam um risco eminente de complicações ósseas. Nota-se que nos últimos anos, tem constantemente chamado a atenção para o simples fato de que a DC sem soma de dúvidas, predispõe em anormalidades a alterações no metabolismo do cálcio pelo organismo.

 Dentre inúmeras moléstias relacionadas com a DC assim como a osteoporose, o diabetes é a moléstia que traz maior preocupação aos portadores, talvez pelo fato de ela trouxer outras complicações relacionadas que dificulte ainda mais a vida da pessoa. De acordo Mont-Serrat *et* al, (2008), a associação de diabetes melito tipo 1 (DMI) com doenças autoimunes, causam particularmente desordens tireoidianas, tornando o organismo mais suscetível a outras doenças oportunistas.

 Ainda em Mont-Serrat *et* *al*, (2008), é importante destacar que, a maioria dos pacientes crianças com DC e diabetes melito tipo 1(DMI), em muitos casos apresenta formas silenciosas ou subclínicas da doença. Ressalta ainda, que apesar de comum, sintomas clássicos como diarreia, dores abdominais, podem não ser apresentados em muitas crianças. Como mostra as tabela 1 e 2 respectivamente sobre estudos com 120 pessoas entre 0 e 17 anos de idade de ambos os sexos. A tabela 1 resume as características clínicas e laboratoriais da população estudada. A tabela 2 mostra pacientes positivos para a DC.



 Fonte: Mont-serrat, *et al*, (2008).



 Fonte: Mont-serrat, *et al*, (2008).

 A prevalência da doença celíaca tem relação com muitas outras enfermidades, tanto autoimunes como doenças oportunistas, infecciosas, genéticas, entre outras. Pratesi, Gandolfi, (2005), destacam o aumento significadamente de prevalência da DC em pessoas portadoras da síndrome de Down (SD). No Brasil, houve um aumento aproximadamente de 6% em comparação a estudos feitos anteriormente em relação a outros estudos entre as várias prevalências citadas nas diversas literaturas mundiais. Eles destacam ainda, que a DC em pacientes com síndrome de Down, pode desencadear outras complicações como para a saúde bucal.

 Segundo Rauen; Back; Moreira, (2005), esses pacientes portadores de DC estão sujeitos a sofrerem com muitas infecções na mucosa bucal e hipoplasias do esmalte dentário, esta lesão se manifesta com algumas fissuras nos dentes.

 A Associação de Celíacos do Brasil prevê um aumento no número de pessoas que irão conviver nos últimos anos, com outras doenças associadas a DC, isso se dá, pois como já citado, há um grande percentual de portadores da intolerância ao glúten que ainda não foi manifestado.



3.4- Tratamento

 De acordo Rauen; Back; Moreira, (2005) o tratamento possivelmente eficaz para os portadores de DC, em todas as circunstancias clínicas, é dietético, dessa forma, devendo excluir o glúten da alimentação por toda a vida. Araújo *et al*, (2010), no Brasil, como intuito de amenizar as dificuldades da adesão ao tratamento, surgiram as Associações de Celíacos. No início de 1994, alguns pais de celíacos fundaram a ACELBRA (São Paulo), que tem como fundamento, orientar os pacientes quanto à doença e a dieta sem o glúten.

 Ainda em Araújo *et al*, (2010), a Associação de Celíacos do Brasil, tem como objetivo exigir da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o comprimento da Lei n.º 8.543 (Brasil, 1992) que obriga as indústrias alimentícias imprimir no rótulo das embalagens a informação que contém glúten e seus derivados. Em 2003, foi em fim, publicada a Lei n.º 10.674, que atende às exigências acima. A tabela 3, a seguir mostra diversos alimentos e seus derivados que são adequados ou não à alimentação do portador de DC.

**Tabela 3**: Grupos de alimentos permitidos e proibidos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRUPOS | PERMITIDOS | PROIBIDOS |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Farinhas e Féculas, Cereais, Tubérculos e seus subprodutos, que encontramos em forma de pó. | As mais indicadas:   Arroz, Batata, Milho e Mandioca. Arroz: farinha de arroz, creme de arroz, arroz integral em pó e seus derivados. O creme de arroz não é um creme ou pasta, e sim um pó. Milho: fubá, farinha, amido de milho flocos, canjica e pipoca. Batata: fécula ou farinha.Mandioca ou Aipim: fécula ou farinha, como a tapioca,  polvilho doce ou azedo. Macarrão de cereais: arroz,  milho e mandioca. Cará,  Inhame,  Araruta, Sagu, Trigo sarraceno. | TRIGO: farinha,  semolina, germe e  farelo. AVEIA: flocos e  farinha. CENTEIO, CEVADA: farinha.  MALTETodos os produtos elaborados com os cereais citados acima |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bebidas | Sucos de frutas e vegetais naturais, refrigerantes e chás.   Vinhos, champanhes, aguardentes e saquê. Cafés com selo ABIC. | Cerveja, whisky, vodka, gin, e ginger-ale. Ovomaltine, bebidas contendo malte, cafés misturados com cevada. Outras bebidas cuja composição não esteja clara no rótulo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Leites e derivados | Leite em pó, esterilizados (caixas tetra Pack), leites integrais, desnatados e semidesnatados. Leite condensado, cremes de leite etc. Queijos frescos, tipo minas, ricota, parmesão. Pães de queijo.  Para iogurte e requeijão, verifique observações nas embalagens. | Leites achocolatados que contenham malte ou extrato de malte, queijos fundidos, queijos preparados com cereais proibidos.   Na dúvida ou ausência das informações corretas nas embalagens, não adquira o produto. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AçúcaresDocesAchocolatados | Açúcar de cana, mel, melado, rapadura, glucose de milho, malto-dextrina, dextrose, glicose.   Geleias de fruta e de mocotó, doces e sorvetes caseiros preparados com alimentos permitidos.   Achocolatados de cacau, balas e caramelos. | Para todos os casos, verifique as embalagens. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Carnes (boi, aves, porco, cabrito, rãs, etc.), peixes e produtos do mar, ovos e Vísceras (fígado, coração).  | Todas, incluindo presunto e linguiça caseira. | Patês enlatados, embutidos (salame, salaminho e algumas salsichas) Carnes à milanesa. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gorduras e óleos | Manteiga, margarina, banha de porco, gordura vegetal hidrogenada, óleos vegetais, azeite. | Para todos os casos, observe sempre a embalagem do produto. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grãos | Feijão, broto de feijão, ervilha seca, lentilha, amendoim, grão de bico, soja. | Extrato proteico vegetal,Proteína vegetal hidrolisada. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hortaliças | Legumes e verduras: Todas |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Condimentos | Sal, pimenta, cheiro-verde, erva, temperos caseiros, maionese caseira, vinagre fermentado de vinhos tinto e de arroz, glutamato monossódico (Ajinomoto).  | Maionese, catchup, mostarda e temperos industrializados podem conter o glúten. Leia com muita atenção o rótulo. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUAISQUER ALIMENTOS | Leia atentamente os rótulos | Os proibidos devem ter a expressão CONTÉM GLÚTEN nos rótulos |
| FRUTAS  | Todas são pouco calóricas e nos oferecem sais minerais, vitaminas e carboidratos, além de grandes doses de vitamina. Veja quadro abaixo: |

|  |  |
| --- | --- |
| Abacaxi | é digestivo, rico em fibras, vitaminas e sais minerais. |

|  |  |
| --- | --- |
| Acerola, Caju, Goiaba e Laranja, Kiwi e Tangerina. | ricos em vitamina C |

|  |  |
| --- | --- |
| Banana | rica em potássio |

|  |  |
| --- | --- |
| Maçã | rica em fibras, essencial para o funcionamento do coração. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mamão | é digestivo, laxante e cicatrizante. |

|  |  |
| --- | --- |
| Manga | elevado valor calórico, rica em vitamina A |

|  |  |
| --- | --- |
| Maracujá | considerado calmante e abaixa a pressão arterial |
| Morango | rico em potássio e vitamina C |
| Melão e Melancia | são considerados diuréticos e ricos em água |

Fonte: *Associação dos Celíacos do Brasil,* (ACELBRA). Disponível em: www.acelbra.org.br

4- METODOLOGIA

 O desenvolvimento do trabalho foi baseado em informações retiradas do banco de dados Scielo, Bireme e sites governamentais.

5- CONCLUSÃO

 Concluiu-se que hoje temos apenas o mecanismo de Lei o qual, obriga as indústrias alimentícias, a indicarem se há ou não a presença de glúten em seus alimentos, porém ainda existe a grande dificuldade para celíacos encontrarem variedades de alimentos disponíveis, e com valores semelhantes empregados aos outros alimentos consumidos pela população em geral.

6- REFERÊNCIAS

ARAÚJO, H.M.C. et al, Doença celíaca, hábitos e praticas alimentares e qualidade de vida. Rev. Nutr., Campinas, SP, v. 23, n. 3, p. 467-474, mai./jun., 2010.

BAHIA, M. et al, Discordância de apresentação da doença celíaca em gêmeos monozigóticos. Rev. Arq. Gastroenterol, Belo Horizonte, MG, v. 47, n. 1, p. 56-60, jan./mar., 2010.

BRANDT, K. G., DA SILVA, G. A. P. Soroprevalência da doença celíaca em ambulatório pediátrico, no nordeste do Brasil. Rev. Arq. Gastroenterol, Recife, PE, v. 45, n. 3, p. 239-242, jul./set., 2008.

CARDOSO, H. et al, Doença celíaca manifestada no puerpério. J. Port. Gastrenterol, Lisboa, PT, v. 13, n. 1, p. 47-50, nov./dez., 2006.

CARVALHO, C. N. M. et al, **Doença celíaca em tratamento:** avaliação da densidade mineral óssea. J. Pediatr., Rio de Janeiro, RJ, v. 79, n. 4, P. 303-308 jul./ago., 2003.

MONT-SERRAT, C. et al, **Diabetes e doenças autoimunes:** prevalência de doença celíaca em crianças e adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., Rio de Janeiro, RJ, v. 52, n. 9, P. 1461-1465 dez., 2008.

NOBRE, S. R.; SILVA, T., CABRAL, J.E.P. Doença celíaca revisitada. J. Port. Gastrenterol, Lisboa, PT, v. 14, n. 4, p. 184-193, set., 2007.

PRATESI, R., GANDOLFI, L. **Doença celíaca:** a afecção com múltiplas faces. J. Pediatr., Rio de Janeiro, RJ, v. 81, n. 5, p. 357-358, set./out., 2005.

RAUEN, M. S.; BACK, J. C. de V; MOREIRA, E. A. M. **Doença celíaca:** sua relação com a saúde bucal. Rev. Nutr., Campinas, SP, v. 18, n. 2, p. 271-276, mar./abr., 2005.

DA SILVA, G. A. P. **Doença celíaca:** repercussões na mineralização óssea. J. Pediatr., Rio de Janeiro, RJ, v. 79, n. 4, p. 282-283, jul./ago., 2005.

UTIYAMA, S. R. da R.; REASON, I. J. T. de M.; KOTZE, L. M. da S. **Aspectos genéticos e imunopatogênicos da doença celíaca:** visão atual. Arq. Gastroenterol, São Paulo, SP, v. 41, n. 2, p. 121-128, abr./jun., 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Lei n.º 8.543 (Brasil, 1992) e Lei n.º 10.674 (Brasil, 2003). Garantia e Obrigação das indústrias alimentícias imprimir no rótulo das embalagens a informação que contém glúten e seus derivados. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) em 23 de agosto de 2011.

ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL, tabela 3: Grupos de alimentos permitidos e proibidos. Disponível em [www.acelbra.org.br](http://www.acelbra.org.br), em 12 de setembro de 2011.