

Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Doença Celíaca



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA
Secretaria Municipal de Saúde

Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Doença Celíaca

CONSULTA PÚBLICA

Nova Lima
2026

2026 Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima

Prefeito Municipal
João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal
Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretária Municipal de Saúde
Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária Executiva
Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários
Dayanna Mary De Castro

Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial
Carolina De Castro Figueiredo Resende

Subsecretária de Atenção à Saúde
Karla Morais Seabra Vieira Lima

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde
Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde
Natália Diegues Marchezini

Elaboração
Pedro Henrique Ribeiro da Cunha

Revisão técnica
Ana Flávia Barbosa Coelho
Bruna Calado Pena
Débora Fernandes Rodrigues
Débora Ferreira Franco Gomide

Revisão de texto
Carolina Andrade Junqueira Lopes

Normalização
Carolina Andrade Junqueira Lopes

APRESENTAÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma condição crônica, de natureza autoimune, que exige reconhecimento oportuno, diagnóstico adequado e acompanhamento contínuo e multiprofissional. Apesar de sua relevância clínica e epidemiológica, permanece subdiagnosticada, sobretudo em razão da ampla variabilidade de manifestações clínicas e da presença frequente de formas não clássicas ou assintomáticas. Esse cenário impõe desafios importantes à organização do cuidado e à garantia de uma atenção integral às pessoas acometidas.

O Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Doença Celíaca, do município de Nova Lima, foi elaborado com o propósito de subsidiar e orientar os profissionais de saúde da rede de atenção à saúde, especialmente da Atenção Primária e da Atenção Especializada, na identificação, investigação, manejo e acompanhamento das pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de Doença Celíaca. Fundamentado em evidências científicas, diretrizes nacionais e internacionais e na realidade do Sistema Único de Saúde, este documento busca promover a padronização das condutas clínicas e ampliar a resolutividade do cuidado, garantindo assistência à população acometida.

Ao longo do protocolo, são abordados aspectos essenciais relacionados à epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, critérios de rastreamento e diagnóstico, estratégias terapêuticas, acompanhamento clínico e nutricional, manejo das complicações, critérios de encaminhamento e ações de educação em saúde e apoio psicossocial. Destaca-se o papel central da dieta isenta de glúten como única terapêutica eficaz atualmente disponível, bem como a importância do acompanhamento nutricional e do suporte multiprofissional para a adesão ao tratamento e a promoção da qualidade de vida.

Este protocolo reafirma o compromisso do município de Nova Lima com a organização do cuidado integral, humanizado e baseado em evidências, fortalecendo as linhas de cuidado para condições crônicas e contribuindo para a equidade no acesso aos serviços de saúde. Espera-se que este instrumento seja uma ferramenta prática de apoio ao trabalho das equipes, favorecendo o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações e a melhoria dos desfechos clínicos e sociais das pessoas com Doença Celíaca.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fisiopatologia da doença celíaca.	10
Figura 2 – O “iceberg” de manifestações da doença celíaca.	11
Figura 3 – Lesões cutâneas da dermatite herpetiforme.	Erro! Indicador não definido.
Figura 4 – Quando pedir sorologia da doença celíaca?	Erro! Indicador não definido.
Figura 5 – Esquema ilustrativo de lesão intestinal conforme classificação de Marsh-Oberhuber. IELs: Infiltrado Epitelial Linfocitário	20
Figura 6 – Algoritmo recomendado para o diagnóstico sem biópsia em crianças	22
Figura 7 – Exemplo de identificação da presença ou ausência de glúten em rótulo de alimento	Erro! Indicador não definido.

CONSULTA PÚBLICA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Condições associadas à doença celíaca que justificam investigação **Erro!**

Indicador não definido.

Quadro 2 – Interpretação dos resultados da sorologia de DC e conduta padrão 18

Quadro 3 – Comparação entre os diferentes exames sorológicos para DC **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 4 – Exames laboratoriais para triagem inicial **Erro! Indicador não definido.**

Quadro 5 – Principais complicações da DC 35

CONSULTA PÚBLICA

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGA-IGA – Anticorpos Antigliadina IgA
AGA-IgG – Anticorpos Anti-Gliadina IgG
CBP – Cirrose biliar primaria
CM – Colite microscópica
DC – Doença Celíaca
DCP – Doença celíaca potencial
DCR – Doença Celíaca Refratária
DGP-IgA – Peptídeo de Gliadina Desamidado IgA
DGP-IgG – Peptídeo de Gliadina Desamidada IgG
DH – Dermatite herpetiforme
DIG – Dieta isenta de glúten
DII – Doença inflamatória intestinal
DM1 – Diabetes tipo 1
EMA IgA – Anticorpos Anti-Endomísio IgA
EMA-IgG – Anticorpos Anti-Endomísio IgG
EOE – Esofagite eosinofolica
FENACELBRA – Federação Nacional de Celíacos do Brasil
FODMAP – *Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols* (Oligossacarídeos, Dissacarídeos, Monossacarídeos e Polióis Fermentáveis)
HAI – Hepatite autoimune
HLA – Antígeno Leucocitário Humano
IELs – Linfócitos Intraepiteliais
IMC – Índice de Massa Corpórea,
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
SII – Síndrome do intestino irritável
TDAH – Transtornos de déficit de atenção
TG2 – Transglutaminase Tecidual 2
TG3 – Transglutaminase epidérmica 3
tTG – Enzima transglutaminase tecidual
tTG-IgA – Transglutaminase tecidual IgA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1	6
2 EPIDEMIOLOGIA E IMPORTÂNCIA CLÍNICA	7
3 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO	9
4 SINAIS E SINTOMAS	11
4.1 FORMA CLÁSSICA (GASTROINTESTINAL)	11
4.2 FORMA NÃO CLÁSSICA (EXTRAIESTINAL)	12
4.3 FORMA ASSINTOMÁTICA (SILENCIOSA)	12
4.4 DERMATITE HERPETIFORME	13
5 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO	15
5.1	15
5.2 ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA	16
5.3 TESTES GENÉTICOS	19
5.4 CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA	19
5.4.1 Doença celíaca potencial	20
5.5 DIAGNÓSTICO SEM BIÓPSIA EM CRIANÇAS	21
5.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	22
5.6.1. Síndrome do intestino irritável (SII)	22
5.6.2 Intolerância à lactose	23
5.6.3. Doenças inflamatórias intestinais (DII)	23
5.6.4 Infecções parasitárias crônicas	24
5.6.5 Sensibilidade ao glúten não celíaca (SGNC)	24
5.6.6 Alergia ao trigo	25
6 TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO	26
6.1 TRATAMENTO DIETÉTICO	26
6.2 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL INICIAL	26
6.3. MONITORAMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL	28
6.3.1 Avaliação clínica	28
6.3.2 Monitoramento laboratorial sequencial	28
6.4 SUPORTE PSICOLÓGICO E EDUCACIONAL	31
7 COMPLICAÇÕES	32
7.1 COMPLICAÇÕES NUTRICIONAIS	32
7.2 COMPLICAÇÕES REPRODUTIVAS	32
7.3 COMPLICAÇÕES HEPÁTICAS	33

7.4 DOENÇA CELÍACA REFRATÁRIA	33
7.5 NEOPLASIAS ASSOCIADAS	34
7.6 CRISE CELÍACA	34
8 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	36
8.1 ENCAMINHAMENTO PARA GASTROENTEROLOGIA	36
8.2 ENCAMINHAMENTO PARA ENDOSCOPIA	36
8.3 ENCAMINHAMENTO PARA NUTRIÇÃO	36
8.4 ENCAMINHAMENTO PARA PSICOLOGIA OU SERVIÇO SOCIAL	37
8.5. ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS ESPECIALISTAS	37
9 EDUCAÇÃO E APOIO AO PACIENTE	38
9.1 ABORDAGENS EDUCATIVAS	38
9.2 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E SOCIAL	39
9.3 GRUPOS DE APOIO E RECURSOS	40
10 CONCLUSÃO	41
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

CONSULTA PÚBLICA

1 INTRODUÇÃO

A Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia autoimune crônica desencadeada pela ingestão de glúten, uma proteína presente no trigo, centeio e cevada, em indivíduos geneticamente predispostos. A resposta imunológica anormal ao glúten leva a um processo inflamatório no intestino delgado, com consequente atrofia das vilosidades intestinais, má absorção de nutrientes e manifestações clínicas variadas (CATASSI *et al.*, 2022).

Apesar de ser considerada uma condição amplamente estudada, a doença ainda é subdiagnosticada, especialmente em sua forma não clássica ou assintomática. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são essenciais para prevenir complicações a longo prazo, como desnutrição, osteoporose, infertilidade e linfoma intestinal (ZINGONE *et al.*, 2024).

Este protocolo tem como finalidade padronizar o atendimento aos pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Doença Celíaca, desde a atenção primária até os níveis de referência secundários, promovendo maior qualidade, segurança e resolutividade nos cuidados prestados.

1.1 OBJETIVOS DO PROTOCOLO

O presente protocolo tem como objetivo auxiliar os profissionais de saúde da Atenção Primária e da Atenção Especializada do município de Nova Lima a:

1. Compreender a abrangência de critérios para investigação, bem como sinais e sintomas da doença, oportunizando seu reconhecimento precoce.
2. Estabelecer critérios de rastreamento e de diagnóstico claros e objetivos, baseados nas melhores evidências disponíveis.
3. Orientar sobre o tratamento dietético e acompanhamento clínico nos diferentes níveis de atenção.
4. Promover o encaminhamento adequado para serviços especializados quando necessário.
5. Favorecer a educação em saúde e apoio ao paciente celíaco.

2 EPIDEMIOLOGIA E IMPORTÂNCIA CLÍNICA

Estudos epidemiológicos sobre a doença celíaca indicam que, em média, a prevalência global da doença gira em torno de 1%, sendo que há variações regionais significativas. Em testes sorológicos, os números ficam próximos de 1,4% e, em biópsias, próximos de 0,7%. Essa diferença se deve, em parte, aos critérios diagnósticos utilizados, ao acesso aos serviços de saúde e ao grau de conscientização da população e dos profissionais de saúde acerca da doença (GATTI *et al.*, 2024; GRECO *et al.*, 2011; LEBWOHL; RUBIO-TAPIA, 2021).

Muitos casos permanecem sem diagnóstico por anos ou mesmo por toda a vida, especialmente nas formas não clássicas, que se manifestam por sintomas extraintestinais ou por alterações laboratoriais inespecíficas que, sem uma alta suspeição clínica, são de difícil reconhecimento.

A doença pode afetar pessoas de todas as idades e etnias, mas é mais comum em mulheres, com uma proporção de cerca de 2:1 em relação aos homens. Em indivíduos com parentes de primeiro grau com DC, o risco de se ter a doença pode chegar a 10%. Outros grupos de risco incluem pacientes com doenças autoimunes, como diabetes mellitus tipo 1, tireoidite de Hashimoto, hepatite autoimune e síndrome de Sjögren, além de indivíduos com síndromes genéticas como Down, Turner e Williams. A suscetibilidade genética, principalmente relacionada aos haplótipos HLA-DQ2 e HLA-DQ8, é um fator determinante no desenvolvimento da doença (GATTI *et al.*, 2024; GRECO *et al.*, 2011; LEBWOHL; RUBIO-TAPIA, 2021).

No Brasil, a prevalência estimada da doença celíaca varia entre 0,3% e 1%, embora existam evidências de significativa subnotificação (BRASIL, 2025). A ausência de estudos populacionais de larga escala e a variabilidade clínica da doença dificultam a estimativa precisa. Além disso, a baixa suspeição clínica por parte dos profissionais de saúde e as limitações no acesso a métodos diagnósticos contribuem para o subdiagnóstico. Segundo a Federação Nacional de Celíacos do Brasil (FENACELBRA), estima-se que cerca de 2 milhões de brasileiros sejam celíacos, sendo que apenas 1 em cada 7 tem ciência de sua condição.

Diante desse cenário, é fundamental implementar estratégias eficazes para o aumento da detecção da DC, com especial atenção aos grupos de risco e populações geneticamente predispostas. Investimentos em educação médica continuada, campanhas de conscientização da população e ampliação do acesso a testes diagnósticos são medidas essenciais para reduzir a subnotificação e garantir o diagnóstico precoce, evitando complicações clínicas e promovendo melhor qualidade de vida e inclusão social para os pacientes celíacos.

CONSULTA PÚBLICA

3 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

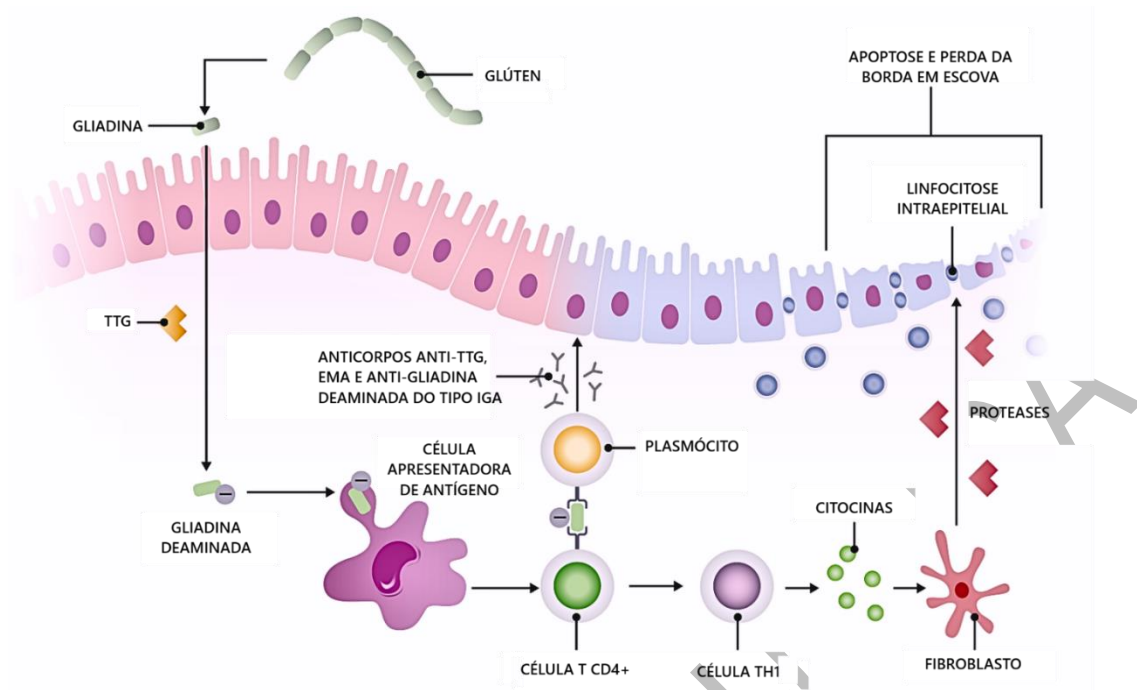
A Doença Celíaca (DC) é uma condição autoimune provocada pela ingestão de glúten em pessoas geneticamente predispostas que, em geral, carregam os alelos HLA-DQ2 e/ou HLA-DQ8. Esses marcadores estão presentes em mais de 95% dos casos diagnosticados. No entanto, sua presença isolada não garante que a doença vá se manifestar, uma vez que até 40% da população geral os possui sem desenvolver a condição (CATASSI *et al.*, 2022; FASANO; CATASSI, 2012; TAYLOR; LEBWOHL; SNYDER, 2019).

Quando o glúten é ingerido, ele não é completamente digerido, sendo que alguns de seus fragmentos, em especial a gliadina, resistem à quebra total no intestino. Esses fragmentos atravessam a barreira intestinal e são modificados pela enzima transglutaminase tecidual (tTG), por um processo chamado deaminação. A gliadina deaminada se liga com maior facilidade às moléculas HLA-DQ2 ou DQ8 presentes nas células apresentadoras de antígeno (CATASSI *et al.*, 2022; FASANO; CATASSI, 2012).

Esse processo ativa os linfócitos T CD4+ na mucosa do intestino delgado, dando início a uma resposta inflamatória prolongada. Nessa fase, ocorre a liberação de citocinas inflamatórias — especialmente o interferon-gama — e a produção de autoanticorpos como anti-transglutaminase (anti-tTG), anti-endomísio (EMA) e anti-gliadina (AGA). Além disso, linfócitos intraepiteliais são ativados e passam a agredir diretamente os enterócitos (CATASSI *et al.*, 2022; FASANO; CATASSI, 2012).

Esse ataque contínuo compromete a estrutura da mucosa intestinal. As vilosidades se tornam atrofiadas, as criptas intestinais sofrem hiperplasia e há um aumento do número de linfócitos na camada epitelial. O conjunto dessas alterações caracteriza o padrão de lesão observado nas biópsias intestinais, assunto que será aprofundado mais adiante neste protocolo.

Figura 1 – Fisiopatologia da doença celíaca.



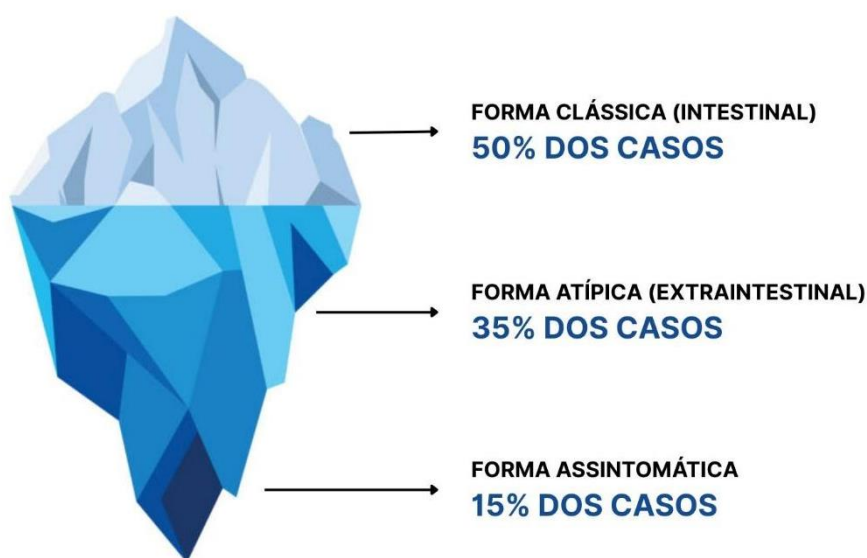
Fonte: Adaptado de Lecturio. *Doença celíaca*. 2025.

CONSULTA PÚBLICA

4 SINAIS E SINTOMAS

A Doença Celíaca apresenta um espectro clínico bastante variável, podendo se manifestar de forma clássica, não clássica ou assintomática. Essa diversidade clínica contribui para o subdiagnóstico, especialmente em adultos (ZINGONE *et al.*, 2024; BRASIL, 2025).

Figura 2 – O “iceberg” de manifestações da doença celíaca.



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1 FORMA CLÁSSICA (GASTROINTESTINAL)

Mais comum em crianças, especialmente entre 6 meses e 2 anos, após a introdução do glúten na dieta.

Os sintomas típicos incluem:

- diarreia crônica;
- distensão abdominal;
- perda de peso;
- atrofia da musculatura glútea;
- alterações de apetite;
- vômitos.

4.2 FORMA NÃO CLÁSSICA (EXTRAIESTINAL)

Predomina em adolescentes e adultos, muitas vezes sem queixas gastrointestinais.

Possíveis manifestações:

- baixa estatura;
- anemia por deficiência de ferro refratária à reposição de ferro por via oral;
- anemia por deficiência de folato e vitamina b12;
- osteoporose;
- hipoplasia do esmalte dentário;
- artralguas ou artrites;
- constipação intestinal refratária ao tratamento;
- atraso puberal;
- irregularidade do ciclo menstrual;
- esterilidade;
- abortos de repetição;
- ataxia;
- epilepsia (isolada ou associada à calcificação cerebral);
- neuropatia periférica inexplicada;
- miopatia;
- manifestações psiquiátricas (depressão, autismo, esquizofrenia);
- úlcera aftosa recorrente;
- elevação das enzimas hepáticas sem causa aparente;
- fraqueza e Síndrome de Fadiga Crônica;
- perda de peso sem causa aparente;
- edema de surgimento abrupto após infecção ou cirurgia;
- dispepsia não ulcerosa.

4.3 FORMA ASSINTOMÁTICA (SILENCIOSA)

São indivíduos com alterações sorológicas e histológicas, mas sem sintomas clínicos evidentes. Frequentemente diagnosticada em triagens de grupos de risco.

4.4 DERMATITE HERPETIFORME

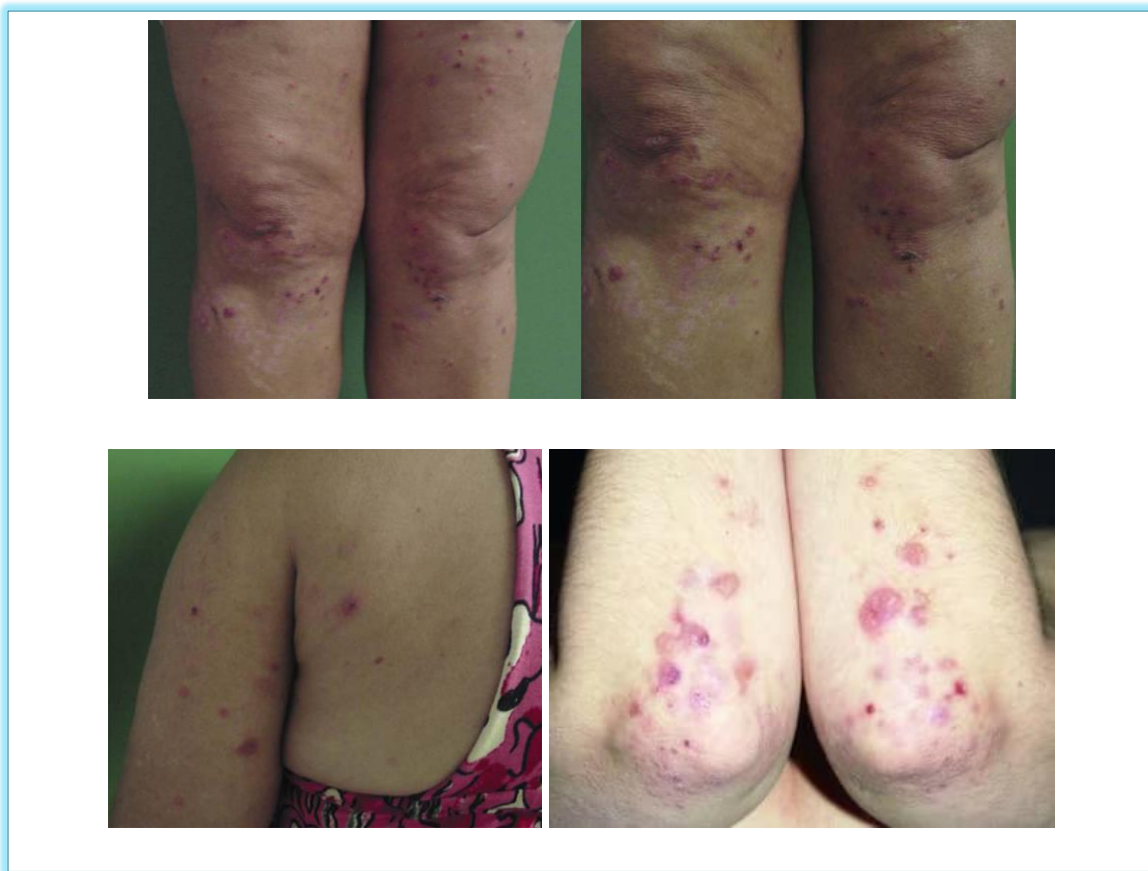
A dermatite herpetiforme (DH) é uma manifestação cutânea específica da Doença Celíaca (DC). Caracteriza-se por lesões papulovesiculosas, intensamente pruriginosas, geralmente dispostas de forma simétrica nos cotovelos, joelhos, nádegas e região sacral. Apesar do quadro de pele ser marcante, sintomas gastrointestinais típicos da DC são incomuns nesses pacientes. Ainda assim, a maioria apresenta alterações histológicas intestinais, que podem variar desde atrofia de vilosidades até aumento isolado de linfócitos intraepiteliais (REUNALA; HERVONEN; SALMI, 2021).

A relação entre a DH e a Doença Celíaca é estreita e complexa. Ambas compartilham fatores genéticos, principalmente os alelos HLA-DQ2 e/ou DQ8, e são desencadeadas por uma resposta imunológica anormal ao glúten. A patogênese envolve a produção de autoanticorpos do tipo IgA dirigidos a diferentes isoformas da enzima transglutaminase. Na forma clássica da DC, o alvo principal é a transglutaminase tecidual (TG2); já na DH, o alvo predominante é a transglutaminase epidérmica (TG3).

Esses autoanticorpos são produzidos por plasmócitos da mucosa intestinal e, no caso da DH, se depositam de forma granular na derme papilar, formando um achado típico identificado pelo exame de imunofluorescência direta da pele. A presença desses depósitos de IgA, associada ao quadro clínico, é essencial para o diagnóstico da doença.

A ingestão de glúten é o fator desencadeante tanto da DH quanto da enteropatia celíaca. A exclusão rigorosa do glúten da dieta leva, na maioria dos casos, à regressão das lesões cutâneas e à normalização das alterações intestinais. No entanto, mesmo após longos períodos em dieta isenta de glúten, a reintrodução do glúten costuma provocar recidiva clínica e histológica, reforçando a necessidade de adesão estrita e vitalícia à dieta (MENDES *et al.*, 2013).

Figura 1 – Lesões cutâneas da dermatite herpetiforme.



Fonte: Manuais MSD, 2024; Mendes *et al.*, 2013.

CONSULTA

5 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

A triagem para Doença Celíaca deve ser considerada mesmo na ausência de manifestações clínicas em indivíduos que pertencem a grupos de risco. A identificação precoce desses casos é essencial para dar início ao tratamento e prevenir complicações (RUBIO-TAPIA *et al.*, 2023; BRASIL, 2025).

5.1 GRUPOS DE RISCO PARA DC

A triagem estará indicada para os seguintes grupos:

1. Familiares de primeiro grau de pacientes com diagnóstico confirmado de DC (pais, irmãos, filhos).
2. Pessoas portadoras das seguintes condições, conforme quadro:

Quadro SEQ Quadro * ARABIC 1 – Condições associadas à doença celíaca que justificam investigação

(continua)

Condições Associadas	Rastrear para DC?	Fonte de Evidência	Comentários
<i>Distúrbios Gastrointestinais</i>			
<i>Esofagite Eosinofílica (EoE)</i>	Não	Diretrizes	Realizar rastreamento apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Gastrite Atrófica Autoimune</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Síndrome do Intestino Irritável (SII)</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Doença Inflamatória Intestinal (DII)</i>	Sim	Opinião de Especialistas	Não é necessário rastreamento durante o acompanhamento de DII se o paciente responder bem ao tratamento
<i>Colite Microscópica (CM)</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Distúrbios Hepáticos/Pancreáticos/Esplênicos</i>			
<i>Anormalidades Enzimáticas Pancreáticas Inexplicadas</i>	Não	Opinião de Especialistas	Evidências escassas e contraditórias sobre se a DC é super-representada neste grupo de pacientes. Realizar rastreamento apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Pancreatite Idiopática</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Anormalidades Enzimáticas Hepáticas Inexplicadas</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Hepatite Autoimune (HAI)</i>	Sim	Diretrizes	O rastreamento deve, idealmente, ser realizado antes que o paciente com HAI receba esteroides ou imunossuppressores
<i>Cirrose Biliar Primária (CBP)</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Hipospelenismo ou Asplenia Funcional com Infecções Bacterianas Graves</i>	Sim	Diretrizes	O rastreamento deve ser realizado se o paciente também sofreu infecções bacterianas graves, particularmente aquelas associadas a bactérias encapsuladas
<i>Distúrbios Endócrinos e Autoimunes</i>			
<i>Diabetes Tipo 1 (DM1)</i>	Sim	Diretrizes	Repetir o rastreamento em pacientes negativos para DC com DM1 aos 2 e 5 anos após o diagnóstico de DM1
<i>Tireoidite de Hashimoto e Doença de Graves</i>	Sim	Diretrizes	No caso do hipotireoidismo, pesquisar sobretudo se houver uso de altas doses de levotiroxina (acima de 100 mcg)
<i>Síndrome de Sjögren (SjS)</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Osteopenia e Osteoporose</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreamento apenas se houver suspeita clínica forte.

Quadro 1 – Condições associadas à doença celíaca que justificam investigação

(conclusão)

<i>Distúrbios Dermatológicos</i>			
<i>Dermatite Herpetiforme</i>	Sim	Diretrizes	Todos os pacientes diagnosticados com dermatite herpetiforme devem realizar uma biópsia duodenal antes de iniciar a dieta sem glúten
<i>Psoríase, outros distúrbios dermatológicos</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreio apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Distúrbios Orais</i>			
<i>Síndrome Aftosa Recorrente</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Defeitos de Esmalte</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Distúrbios Neurológicos</i>			
<i>Epilepsia</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreio apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Ataxia Inexplicada</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Neuropatia Periférica</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Enxaqueca</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreio apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Distúrbios Ginecológicos</i>			
<i>Infertilidade</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreio apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Aborto Espontâneo Recorrente (AER)</i>	Não	Opinião de Especialistas	Realizar rastreio apenas se houver suspeita clínica forte.
<i>Menarca Tardia/Menopausa Precoce</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Condições Genéticas</i>			
<i>Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Outras condições</i>			
<i>Síndrome de Fadiga Crônica</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Nefropatia por IgA</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Deficiência seletiva de IgA (IgAD)</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Déficit pondero/estatural sem causa aparente</i>	Sim	Diretrizes	—
<i>Anemia ferropriva refratária à reposição de ferro oral</i>	Sim	Diretrizes	—

Fonte: Adaptado de Zingone *et al.*, 2024.

Outras doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico e a artrite reumatoide, apresentam maior associação com a doença celíaca quando comparadas à população geral. Nesses casos, a solicitação de exames sorológicos deve ser considerada de forma individualizada, especialmente diante de sinais ou sintomas clínicos sugestivos (WIESER *et al.*, 2024; KUMRAL; SYED, 2020).

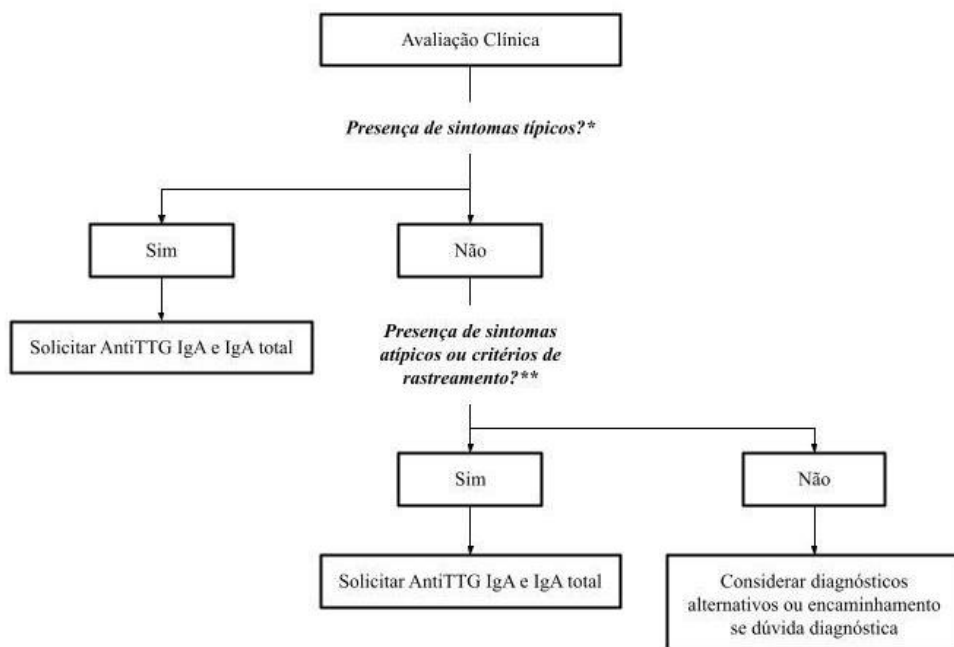
5.2 ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA

Pacientes que se enquadram em algum dos critérios acima devem ser testados por meio de sorologia com **ingestão de glúten ativa** (pelo menos 1 a 3 porções diárias por 6 a 12 semanas antes dos testes). A sorologia é a principal ferramenta inicial para o diagnóstico da DC (RUBIO-TAPIA *et al.*, 2023).

Deve-se solicitar, conforme algoritmo abaixo:

**Anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-tTG IgA).
Dosagem de IgA total (para identificar deficiência seletiva de IgA).**

Figura SEQ Figura * ARABIC 4 – Quando pedir sorologia da doença celíaca?



Legenda: *Sintomas típico incluem: diarreia crônica, distensão abdominal, perda de peso, diminuição do tecido celular subcutâneo, atrofia da musculatura glútea, alterações de apetite, vômitos frequentes. ** Sintomas atípicos e critérios de rastreamento incluem: Gastrite atrófica autoimune, Síndrome do intestino irritável (SII), Doença inflamatória intestinal (DII), Colite microscópica (CM), Pancreatite idiopática, Elevação de enzimas hepáticas inexplicadas, Hepatite autoimune (HAI), Cirrose biliar primária (CBP), Hiperesplenismo ou asplenia funcional, Diabetes tipo 1 (DM1), Tireoidite de Hashimoto, Doença de Graves, Síndrome de Sjögren (SjS), Dermatite herpetiforme, Síndrome aftosa recorrente, Defeitos de esmalte, Ataxia inexplicada, Neuropatia periférica, Menarca tardia/menopausa precoce, Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams, Síndrome de fadiga crônica, Nefropatia por IgA, Deficiência seletiva de IgA (IgAD), Déficit pondero-estatural sem causa aparente, Anemia ferropriva refratária à reposição de ferro oral.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2 – Interpretação dos resultados da sorologia de DC e conduta padrão

	IgA total	Interpretação	Conduta sugerida
Positivo	Normal	Sugestivo de doença celíaca.	Encaminhamento para realização de endoscopia com biópsia intestinal.
Negativo	Normal	Pouca probabilidade de doença celíaca (se em dieta com glúten).	Considerar diagnósticos alternativos. Se alta suspeita clínica, encaminhar para atenção secundária (gastroenterologista) para elucidação e seguimento.
Negativo	Baixo (deficiência de IgA)	Resultado pode ser falso-negativo.	Encaminhar para atenção secundária (gastroenterologista) para elucidação e seguimento.
Positivo	Baixo (deficiência de IgA)	Valor limitado de tTG-IgA (pode ser falso-positivo).	Encaminhar para atenção secundária (gastroenterologista) para elucidação e seguimento.
Indeterminado	Normal ou baixo	Resultado inconclusivo.	Encaminhar para atenção secundária (gastroenterologista) para elucidação e seguimento.

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSULTA

Se um paciente com critérios de rastreamento para DC realizar endoscopia digestiva alta por outras razões, convém que a biópsia de intestino delgado para doença celíaca (descrita abaixo em mais detalhes) seja realizada na mesma oportunidade.

Abaixo estão evidenciados os principais exames sorológicos para doença celíaca:

Quadro 3 – Comparação entre os diferentes exames sorológicos para DC

Exame	Classe Ig	Sensibilidade	Especificidade	Vantagens	Limitações	Indicações principais
<i>Anticorpo anti-transglutaminase tecidual (tTG-IgA)</i>	IgA	90–98% (adultos e crianças)	95–98%	Alta acurácia, automatizável (ELISA, CLIA, FEIA), disponível e custo razoável	Pode ser falso-negativo em deficiência de IgA; sensibilidade menor com baixos títulos	Teste de triagem inicial preferencial
<i>Anticorpo anti-endomisio (EMA-IgA)</i>	IgA	85–95%	~100%	Altíssima especificidade, útil como confirmatório	Exame manual (imunofluorescência), operador-dependente, mais caro e menos disponível	Confirmação de resultados positivos de tTG-IgA; evitar biópsia em crianças com alto título
<i>Anticorpo anti-peptídeo de gliadina deamidada (DGP-IgA / DGP-IgG)</i>	IgA / IgG	80–95% (variável por idade/método)	90–95%	Útil em <2 anos para aumentar a sensibilidade e em deficiência de IgA	Menor acurácia que tTG-IgA/EMA; não recomendado como triagem em adultos	Crianças <2 anos; pacientes com deficiência de IgA
<i>Anticorpo anti-gliadina (AGA-IgA / AGA-IgG)</i>	IgA / IgG	50–70%	50–90%	Histórico (primeiro teste disponível)	Baixa acurácia; alta variabilidade interlaboratorial; obsoleto	Não recomendado atualmente
<i>Anticorpo anti-transglutaminase tecidual ou anti-endomisio IgG (tTG-IgG / EMA-IgG)</i>	IgG	60–85%	90–98%	Alternativa em pacientes com deficiência seletiva de IgA	Menor desempenho geral que os testes IgA	Pacientes com deficiência de IgA

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3 TESTES GENÉTICOS

A pesquisa dos alelos HLA-DQ2 e HLA-DQ8 é uma ferramenta complementar na investigação da doença celíaca. Seu principal valor reside no elevado valor preditivo negativo, uma vez que a ausência desses alelos praticamente exclui o diagnóstico da doença.

Por esse motivo, a análise do HLA é especialmente útil em casos duvidosos, como em pacientes que já estão em dieta isenta de glúten e não podem ou não desejam realizar o desafio do glúten, ou ainda naqueles cuja biópsia duodenal apresentou resultados inconclusivos (TAYLOR; LEBWOHL; SNYDER, 2019).

Entretanto, devido ao seu custo elevado e à aplicabilidade clínica reduzida em comparação a outros métodos diagnósticos, esses testes não estão disponíveis em nossa prática clínica, não tendo sido incorporados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2025).

5.4 CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA

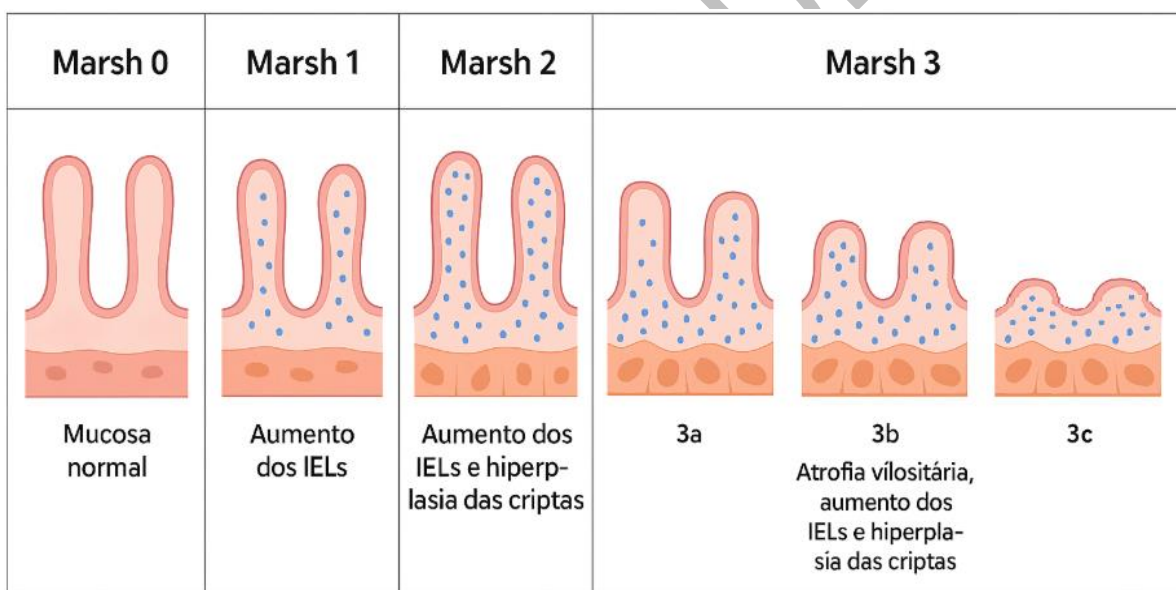
A confirmação histológica da doença celíaca é realizada por meio de endoscopia digestiva alta com biópsia do duodeno.

Recomenda-se a coleta de pelo menos duas biópsias do bulbo duodenal e quatro da segunda porção do duodeno, a fim de aumentar a sensibilidade diagnóstica, considerando o caráter parcheado das lesões intestinais.

A avaliação histológica é realizada de acordo com a classificação de Marsh modificada, que permite a graduação das alterações da mucosa intestinal.

- **Marsh 0:** mucosa normal;
- **Marsh 1:** infiltrado linfocitário;
- **Marsh 2:** hiperplasia de criptas;
- **Marsh 3a-c:** atrofia vilositária parcial a total.

Figura 5 – Esquema ilustrativo de lesão intestinal conforme classificação de Marsh-Oberhuber. IELs: Infiltrado Epitelial Linfocitário



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.4.1 Doença Celíaca Potencial

A doença celíaca potencial (DCP) é definida pela presença de sorologia positiva para doença celíaca, tipicamente anticorpos anti-transglutaminase tecidual ou anti-endomísio, associada à predisposição genética (HLA-DQ2 ou HLA-DQ8), sem evidência de atrofia vilositária nas biópsias duodenais (classificação de Marsh 0 ou 1).

A DCP representa uma fração significativa dos diagnósticos relacionados ao espectro da doença celíaca, sendo mais frequentemente identificada em populações pediátricas e em grupos de risco, como pacientes com diabetes mellitus tipo 1.

O principal elemento para definição de conduta, nesses casos, é a presença ou ausência de sintomas:

- Em pacientes sintomáticos, com manifestações gastrointestinais ou extraintestinais atribuíveis à doença celíaca, recomenda-se a introdução de dieta isenta de glúten (DIG), uma vez que há evidências de melhora clínica significativa. Nesses casos, deve-se instituir acompanhamento multidisciplinar.
- Em pacientes assintomáticos, a conduta é mais controversa, não havendo consenso quanto ao início imediato da DIG, uma vez que muitos desses indivíduos não evoluem para a forma clássica da doença, caracterizada por atrofia vilositária. Nessa situação, recomenda-se acompanhamento clínico e sorológico regular e, em casos selecionados, avaliação histológica periódica, mantendo-se o paciente em dieta contendo glúten.

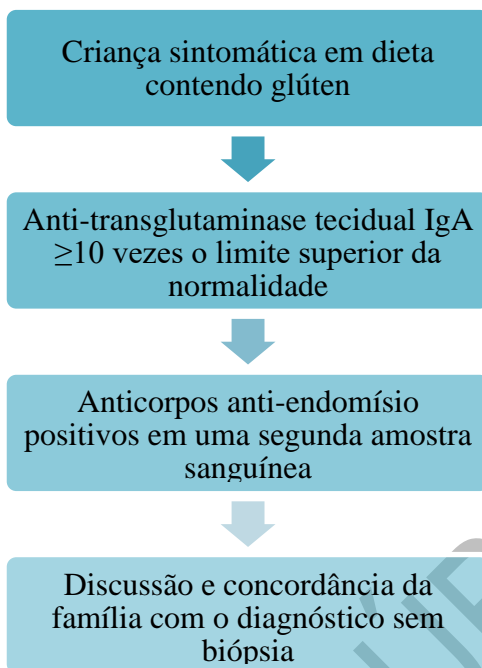
O objetivo desse acompanhamento é identificar precocemente o surgimento de sintomas, a elevação dos títulos de anticorpos ou a progressão histológica para doença celíaca clássica, circunstâncias nas quais a DIG deve ser instituída (NEMTEANU et al., 2023).

5.5 DIAGNÓSTICO SEM BIÓPSIA EM CRIANÇAS

A investigação da doença celíaca em crianças sem a realização de biópsia intestinal é atualmente respaldada por diretrizes internacionais, especialmente as da *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN), e validada por estudos multicêntricos de alta qualidade. O racional para evitar a biópsia baseia-se na elevada acurácia dos testes sorológicos, especialmente quando os títulos de anticorpos anti-transglutaminase tecidual IgA são ≥ 10 vezes o limite superior da normalidade e são confirmados por anticorpos anti-endomísio positivos em uma segunda amostra sanguínea (BEN-TOV et al., 2025).

O algoritmo recomendado para o diagnóstico sem biópsia em crianças está descrito abaixo.

Figura 6 – Algoritmo recomendado para o diagnóstico sem biópsia em crianças



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando esses critérios são rigorosamente seguidos, a acurácia diagnóstica e o valor preditivo positivo ultrapassam 99%.

5.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da Doença Celíaca (DC) inclui diversas condições gastrointestinais com sintomas semelhantes, como diarreia crônica, dor abdominal, distensão, flatulência e perda de peso (GREEN *et al.*, 2022; ZINGONE *et al.*, 2024, EL-SALHY *et al.*, 2015).

A seguir, são apresentadas as principais condições que devem ser consideradas, com base nas evidências disponíveis na literatura médica.

5.6.1. Síndrome do Intestino Irritável (SII)

A Síndrome do Intestino Irritável é uma causa comum de sintomas gastrointestinais funcionais e pode ser confundida com DC devido à sobreposição clínica — especialmente dor abdominal, distensão e alteração do hábito intestinal.

No entanto, a SII não apresenta alterações histológicas da mucosa nem está associada à produção de autoanticorpos. A exclusão da Doença Celíaca é essencial em pacientes com sintomas compatíveis com SII, sobretudo na presença de sinais de alarme, como anemia, perda de peso ou histórico familiar de DC.

Nessas situações, recomenda-se a solicitação de sorologia específica, incluindo anticorpos anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-tTG IgA) e anticorpos anti-endomísio (anti-EMA). Quando os resultados são positivos, está indicada a realização de biópsia duodenal para confirmação diagnóstica.

5.6.2 Intolerância à lactose

A intolerância à lactose também pode causar distensão abdominal, diarreia e flatulência, sintomas que se assemelham aos da DC. No entanto, não há envolvimento autoimune, nem lesões histológicas na mucosa intestinal.

O diagnóstico pode ser realizado por meio do teste respiratório do hidrogênio, do teste oral de tolerância à lactose, de teste genético ou pela exclusão da lactose da dieta, com posterior avaliação da resposta clínica.

Em indivíduos com DC, pode haver intolerância à lactose secundária, decorrente da lesão da borda em escova dos enterócitos. Nesses casos, a tolerância à lactose tende a melhorar após a adoção de uma dieta isenta de glúten.

5.6.3. Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)

As Doenças Inflamatórias Intestinais, como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa, podem simular a DC, apresentando sintomas semelhantes, como dor abdominal, diarreia crônica e perda de peso.

No entanto, costumam apresentar manifestações sistêmicas adicionais, como febre, artralgias e manifestações extraintestinais. Além disso, o padrão inflamatório difere significativamente entre as DII e a DC. A doença de Crohn caracteriza-se por inflamação

transmural e pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal, enquanto a retocolite ulcerativa compromete exclusivamente a mucosa do cólon.

Nesse contexto, achados endoscópicos, biópsias e exames de imagem são fundamentais para a diferenciação diagnóstica entre as DII e a doença celíaca.

5.6.4 Infecções parasitárias crônicas

Parasitas como *Giardia lamblia* e *Strongyloides stercoralis*, podem causar sintomas de má absorção, diarreia prolongada e perda de peso, semelhantes aos da DC.

A investigação deve incluir exames parasitológicos de fezes e, em casos selecionados, sorologias específicas. Essas infecções não cursam com autoanticorpos, nem com as lesões características da DC nas biópsias do intestino delgado.

5.6.5 Sensibilidade ao glúten não celíaca (SGNC)

A SGNC é uma condição em que o indivíduo apresenta sintomas intestinais e extraintestinais associados à ingestão de glúten, porém sem evidência de autoimunidade ou de lesões intestinais típicas. Nesses casos, a sorologia é negativa e a biópsia duodenal é normal ou apenas com alterações leves e inespecíficas.

O diagnóstico é feito por exclusão — após descartar DC e alergia ao trigo — e se baseia na melhora clínica após a retirada do glúten.

Estudos recentes sugerem que, em muitos casos, os sintomas podem estar relacionados a outros componentes do trigo, como frutanos (um tipo de FODMAP, acrônimo para o grupo de oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis), e não ao glúten propriamente dito.

5.6.6 Alergia ao trigo

A alergia ao trigo é uma reação imunológica mediada por IgE (ou, menos frequentemente, por mecanismos não-IgE) que pode causar sintomas respiratórios, urticária, anafilaxia ou manifestações gastrointestinais. Os sintomas costumam ser agudos e surgem logo após a ingestão do trigo.

O diagnóstico é feito por meio de testes cutâneos, dosagem de IgE específica e, quando necessário, teste de provocação oral supervisionado. Ao contrário da DC, não há produção de autoanticorpos, nem lesões intestinais características.

CONSULTA PÚBLICA

6 TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Na Doença Celíaca, **o único tratamento eficaz atualmente disponível é a exclusão total e definitiva do glúten da dieta.** A adesão rigorosa à dieta isenta de glúten (DIG) é essencial para alcançar a remissão clínica, normalizar os marcadores sorológicos, promover a regeneração da mucosa intestinal e prevenir complicações nutricionais, metabólicas, reprodutivas e malignas.

6.1 TRATAMENTO DIETÉTICO

O tratamento da DC é exclusivamente dietético, exigindo a retirada completa do glúten. Embora essa medida seja simples em teoria, existe uma demanda por mudanças significativas nos hábitos alimentares e tem impacto direto na rotina do paciente e em sua qualidade de vida (VÁZQUEZ-POLO *et al.*, 2023).

A dieta deve ser estrita, sendo necessário evitar não apenas trigo, centeio e cevada in natura, mas também produtos industrializados que possam conter traços de glúten ou sofrer contaminação cruzada durante a fabricação. Atenção especial deve ser dada a ingredientes ocultos em medicamentos, suplementos, cosméticos, produtos escolares e até colas. Além disso, cozinhas e outros ambientes onde os alimentos são preparados e armazenados devem ser seguros e isentos de glúten (VARGAS *et al.*, 2024).

A aveia pura, sem glúten e certificada, pode ser introduzida na maioria dos casos, desde que o paciente esteja assintomático e sob monitoramento profissional. Esse cuidado com a aveia é importante pois, em sua versão convencional, a contaminação com trigo é frequente. Além disso, uma pequena fração dos celíacos pode ser sensível à avenina, proteína presente na aveia que, em pessoas suscetíveis, pode mimetizar os efeitos do glúten.

6.2 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL INICIAL

Mesmo após o início da dieta, o acompanhamento nutricional é essencial. A má absorção crônica pode deixar déficits importantes, que precisam ser identificados e corrigidos (CARDO *et al.*, 2021).

A avaliação antropométrica inicial em pacientes com doença celíaca é fundamental para identificar desnutrição, déficits de crescimento e alterações na composição corporal que são comuns no momento do diagnóstico, especialmente em crianças. Medidas como peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e, quando possível, avaliação de massa magra e gordura, permitem quantificar o impacto da má absorção crônica e orientar intervenções nutricionais precoces (SETAVAND; EKRAMZADEH; HONAR, 2021).

A deficiência de ferro é a mais comum na prática clínica, presente em até 50% dos pacientes no momento do diagnóstico, e frequentemente manifesta-se como anemia ferropriva. Folato e vitamina B12 também podem se encontrar reduzidos, especialmente quando há comprometimento amplo do intestino delgado, o que pode conduzir à anemia megaloblástica.

A deficiência de vitamina D é observada em cerca de 20% dos casos, podendo comprometer a saúde óssea. Já o zinco pode estar reduzido em até 60% dos pacientes, e essa deficiência pode persistir mesmo após o início da dieta isenta de glúten.

Outros micronutrientes, como cobre, vitamina A, vitamina E, vitamina B6, magnésio e selênio, também podem estar deficientes, especialmente em quadros mais graves ou em pacientes com diarreia prolongada. No entanto, a triagem desses elementos deve ser individualizada, conforme sintomas, gravidade clínica e exames prévios. A investigação dos outros micronutrientes deve ser reservada para casos com sintomas persistentes, má resposta à dieta ou sinais clínicos de carência.

Nas crianças, o acompanhamento antropométrico com aferição de peso e estatura é indispensável, já que o crescimento pode estar comprometido. Em adultos, o monitoramento do índice de massa corporal (IMC) é útil para detectar tanto desnutrição quanto ganho de peso excessivo, condição que pode ocorrer após a transição para uma dieta sem glúten caso essa seja baseada em muitos produtos ultraprocessados, mesmo com o selo “gluten free”. O nutricionista tem papel central e deve orientar o paciente celíaco a manter uma alimentação equilibrada, dando preferência a alimentos naturalmente isentos de glúten, mais saudáveis e menos processados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2024).

Ressalta-se que, sobretudo para pacientes recém-diagnosticados, é pertinente o compartilhamento de materiais de apoio. Nesse contexto, destacam-se os materiais

divulgados pela FENACELBRA (Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil), que se constituem de cartilhas, guias, manuais e campanhas educativas elaborados para informar, orientar e apoiar pessoas com doença celíaca, seus familiares, profissionais de saúde, escolas e instituições. Eles abordam desde conceitos básicos sobre a condição até práticas do dia a dia, como a leitura correta de rótulos, prevenção da contaminação cruzada, cuidados em ambientes escolares e hospitalares, além de trazer receitas e tabelas de alimentos permitidos.

O site pode ser acessado no endereço <https://www.fenacelbra.com.br/>.

6.3. MONITORAMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL

O acompanhamento do paciente com doença celíaca deve ser contínuo, sistemático e multidimensional, com foco na resposta à DIG, prevenção de complicações, identificação de deficiências nutricionais e verificação da adesão ao tratamento.

6.3.1 Avaliação clínica

Inclui revisão regular dos sintomas gastrointestinais e extraintestinais, com avaliação sistematizada e análise do impacto psicossocial. As consultas devem ocorrer anualmente, mas podem ser mais frequentes em casos de má adesão ou sintomas persistentes.

6.3.2 Monitoramento laboratorial sequencial

➤ Sorologia (TTG-IgA)

Recomenda-se a repetição dos exames sorológicos, principalmente anti-transglutaminase tecidual IgA, em 6 e 12 meses após o diagnóstico e, posteriormente, anualmente, desde que o paciente permaneça assintomático e com adesão à dieta. A persistência de positividade sorológica após 12 meses de dieta rigorosa deve motivar investigação adicional, incluindo avaliação dietética detalhada e, se necessário, biópsia duodenal (ELLI *et al.*, 2024).

Vale ressaltar que a negatificação da sorologia não garante necessariamente a recuperação histológica, mas a persistência de sorologia positiva é sim uma forte indicação de que ainda existe lesão ativa da mucosa intestinal.

➤ **Exames laboratoriais**

Em suma, para a triagem inicial, recomenda-se solicitar, baseando-se no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, de 2025, em diretrizes internacionais:

Quadro SEQ Quadro * ARABIC 4 – Exames laboratoriais para triagem inicial

Hemograma Completo

Ferritina

Vitamina B12

TSH

T4 livre

TGO

TGP

Cálcio

Fósforo

Vitamina D*

Folato*

Zinco*

Legenda: * Exames não incluídos no PCDT, porém amplamente indicados em diretrizes internacionais, sobretudo no diagnóstico, devido a deficiências com prevalência significativamente maior em relação à população geral (BLEDSOE *et al.*, 2019).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A primeira reavaliação laboratorial deve ser feita em 3 a 6 meses após o início da dieta. Se os parâmetros estiverem normalizados e o paciente assintomático, os intervalos podem ser ampliados para controle anual. Nos casos com sintomas persistentes, baixa adesão ou exames alterados, a frequência deve ser ajustada para 3 a 6 meses até estabilização.

Em crianças, o acompanhamento deve ser mais próximo, especialmente nos primeiros 12 a 24 meses após o diagnóstico, devido ao risco de impacto no crescimento e desenvolvimento.

➤ **Densitometria óssea:**

A densitometria óssea (DXA) está indicada no diagnóstico de doença celíaca, sobretudo em adultos com fatores de risco, a saber:

- idade ≥ 45 anos;
- menopausa;
- baixo IMC;
- histórico de fratura;
- presença de déficits nutricionais evidentes;
- sintomas persistentes;
- má adesão à dieta.

Após o início da dieta isenta de glúten, a reavaliação da densidade mineral óssea pode ser considerada entre 1 e 2 anos, principalmente em pacientes com fatores de risco persistentes.

A **repetição anual sistemática do exame não é necessária para todos os casos**, mas pode ser indicada em subgrupos específicos, como aqueles com deterioração clínica, histórico de fraturas, menopausa precoce, uso crônico de corticosteroides ou deficiência persistente de vitamina D e cálcio (TOVOLI *et al.*, 2025).

➤ **Biópsia duodenal:**

Apesar de sua repetição rotineira não ser mandatória em pacientes adultos assintomáticos, com sorologia negativa e boa adesão à dieta, recomenda-se a realização de biópsia de controle em adultos e crianças entre um e dois anos após o início da dieta isenta de glúten, com o objetivo de avaliar a recuperação da mucosa intestinal. Isso é especialmente importante sobretudo em pacientes com:

- idade superior a 40 anos;
- sintomas iniciais mais graves;
- persistência ou recidiva de sintomas, mesmo com adesão comprovada à dieta;
- sinais de alarme, como anemia, diarreia, perda de peso ou má absorção;
- sorologia persistentemente positiva após acompanhamento nutricional adequado.

Quando indicada, a biópsia deve ser realizada preferencialmente após 12 a 24 meses de dieta, pois a recuperação mucosa é lenta, especialmente em adultos. Em casos de doença celíaca refratária, o momento e a frequência da biópsia devem ser individualizados conforme a evolução clínica (ELLI *et al.*, 2023).

6.4 SUPORTE PSICOLÓGICO E EDUCACIONAL

A doença celíaca impõe um importante fardo psicológico tanto para pacientes quanto para familiares e cuidadores. Estudos mostram aumento da prevalência de ansiedade, depressão, transtornos de déficit de atenção (TDAH) e outros distúrbios psiquiátricos em comparação com a população geral. Em adultos, há relatos de déficits cognitivos, alterações cerebrais e até pensamentos autolesivos. Em crianças, o diagnóstico pode causar sofrimento psicossocial importante, especialmente nos primeiros meses após a confirmação da doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2024)

A exigência de uma dieta estrita isenta de glúten, embora essencial para o tratamento, é percebida como um peso emocional, afetando a qualidade de vida, principalmente em contextos sociais e econômicos desfavoráveis. Questões como o risco de exclusão social e as dificuldades em ambientes escolares e profissionais tornam a adesão mais desafiadora (BOZORG *et al.*, 2024).

É comum que os cuidadores também sofram impacto emocional e financeiro, o que pode afetar toda a dinâmica familiar. Por isso, recomenda-se o rastreamento regular de sintomas de saúde mental e a oferta de suporte emocional, tanto aos pacientes quanto às suas famílias, como parte do cuidado multidisciplinar na DC (BOZORG *et al.*, 2024, ROY *et al.*, 2016).

7 COMPLICAÇÕES

A Doença Celíaca, ao comprometer a mucosa intestinal por meio de uma resposta autoimune ao glúten, desencadeia uma série de consequências sistêmicas e nutricionais. Quando não diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada, pode evoluir com complicações significativas. Essas complicações incluem deficiências de micronutrientes, alterações hepáticas, distúrbios reprodutivos, manifestações neurológicas e, em casos mais graves, neoplasias associadas.

Esse cenário reforça a importância do rastreamento oportuno, da intervenção precoce e do acompanhamento multidisciplinar contínuo. O manejo adequado da doença permite prevenir essas complicações e promover melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes.

7.1 COMPLICAÇÕES NUTRICIONAIS

Conforme discutido anteriormente, a inflamação crônica e a atrofia das vilosidades intestinais comprometem a absorção de macro e micronutrientes essenciais. A conduta clínica envolve a reposição específica conforme os déficits identificados, frequentemente exigindo suplementação oral ou, em casos mais graves, formas parenterais com vigilância para prevenir a síndrome de realimentação (CARDÓ *et al.*, 2021).

O monitoramento laboratorial periódico é essencial, assim como o acompanhamento com nutricionista para garantir que a dieta isenta de glúten seja diversificada e suficiente em nutrientes.

7.2 COMPLICAÇÕES REPRODUTIVAS

Mulheres com doença celíaca, especialmente quando não tratadas, apresentam maior risco de menarca tardia, irregularidades menstruais e amenorreia. A infertilidade é mais prevalente nessa população, sobretudo na forma inexplicada, mas a adoção da DIG pode, em muitos casos, restaurar a fertilidade (PRASAD *et al.*, 2024).

Abortos espontâneos recorrentes, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, natimortalidade e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional também são mais frequentes, embora também seja esperada uma melhora significativa nesses desfechos após o início do tratamento dietético. Durante a gestação, os quadros de anemia também são mais frequentes, com potenciais repercussões tanto maternas quanto fetais (SACCONI *et al.*, 2016)

Diante dessas evidências, reforça-se que seja considerado o rastreamento da DC em mulheres com infertilidade sem causa definida, abortamentos de repetição e complicações gestacionais recorrentes, sobretudo quando há associação com outras condições autoimunes ou familiares afetados.

7.3 COMPLICAÇÕES HEPÁTICAS

Alterações hepáticas são comuns na DC e podem se manifestar como elevação leve e isolada de transaminases. Em geral, essas alterações são reversíveis com a exclusão do glúten. Também podem ocorrer esteatose hepática, hepatite autoimune e, mais raramente, evolução para cirrose. A resposta ao tratamento dietético costuma ser favorável, dispensando terapias imunossupressoras na maioria dos casos (WIESER *et al.*, 2024).

7.4 DOENÇA CELÍACA REFRATÁRIA

A Doença Celíaca Refratária (DCR) é definida pela persistência de sintomas clínicos e de atrofia vilositária, mesmo após mais de 12 meses de adesão rigorosa à DIG. Antes de confirmar o diagnóstico, é essencial excluir contaminações ocultas, erros diagnósticos e outras enteropatias, como doença de Crohn ou colagenose (GREEN *et al.*, 2022).

A DCR é classificada em dois tipos:

- Tipo I: com linfócitos intraepiteliais normais, normalmente tem melhor prognóstico.
- Tipo II: com linfócitos aberrantes, associado a maior risco de evolução para linfoma intestinal.

O manejo da DCR deve ser feito em centros especializados e pode incluir suporte nutricional, imunossuppressores e, em casos avançados, tratamento quimioterápico.

7.5 NEOPLASIAS ASSOCIADAS

Pacientes com DC não tratada apresentam maior risco de malignidades, especialmente linfoma T associado à enteropatia, neoplasia intestinal agressiva e de mau prognóstico. Também há aumento do risco de adenocarcinoma de intestino delgado, além de possíveis associações com câncer de esôfago, orofaringe e laringe.

Apesar de serem complicações raras, esses riscos justificam a importância da adesão rigorosa à dieta e do seguimento clínico regular. A introdução precoce da dieta isenta de glúten está associada à recuperação da mucosa intestinal e à redução significativa do risco de neoplasias (LUDVIGSSON *et al.*, 2025).

7.6 CRISE CELÍACA

A crise celíaca é uma manifestação rara, mas potencialmente grave ou fatal, da DC. Caracteriza-se por um quadro agudo ou rapidamente progressivo de diarreia intensa, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, como hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia. Pode cursar com acidose metabólica, insuficiência renal, hipoalbuminemia, edema, perda ponderal acentuada, manifestações neurológicas e risco de trombose.

Essa crise ocorre, na maioria das vezes, em pacientes com DC não diagnosticada ou que abandonaram a dieta. Pode ser precipitada por infecções, estresse fisiológico ou outras condições que gerem descompensação.

O diagnóstico é clínico, apoiado por exames sorológicos e biópsia duodenal compatíveis com DC. O tratamento envolve reposição hidroeletrólítica, suporte nutricional intensivo (inclusive com possibilidade de nutrição parenteral), corticoterapia nos casos refratários e reintrodução estrita da dieta sem glúten. Em pacientes com desnutrição grave, é fundamental monitorar o risco de síndrome de realimentação (DHALI *et al.*, 2025).

Quadro 5 – Principais complicações da DC

Complicações Nutricionais	Déficit ponderoestatural
	Déficit de micronutrientes
Complicações Reprodutivas	Menarca tardia
	Irregularidades menstruais
	Infertilidade inexplicada
	Abortos espontâneos recorrentes
	Prematuridade
	Restrição de crescimento intrauterino
	Anemia materna e fetal
Complicações Hepáticas	Elevação de transaminases
	Associação com hepatite autoimune
Doença Celíaca Refratária	
Neoplasias associadas	Linfoma T associado à enteropatia
	Adenocarcinoma
	Outros tumores de TGI
Crise Celíaca	

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSULTA

8 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

O manejo da Doença Celíaca deve ser multiprofissional e, em muitos casos, interinstitucional. Abaixo estão os critérios para encaminhamento aos diferentes níveis de atenção.

8.1 ENCAMINHAMENTO PARA GASTROENTEROLOGIA

O encaminhamento para gastroenterologia está indicado quando houver:

- dúvida diagnóstica (sorologia inconclusiva ou doença celíaca potencial);
- falha na resposta à dieta sem glúten;
- suspeita de doença celíaca refratária;
- complicações intestinais (como linfoma, neoplasias, estenoses).

8.2 ENCAMINHAMENTO PARA ENDOSCOPIA

Indicar encaminhamento para endoscopia nas seguintes situações:

- positividade de anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA (ressaltar no encaminhamento a necessidade de biópsia específica para a doença).

8.3 ENCAMINHAMENTO PARA NUTRIÇÃO

Recomenda-se encaminhamento obrigatório para todos os pacientes com diagnóstico confirmado, para:

- orientação sobre dieta isenta de glúten;
- planejamento alimentar equilibrado;
- suplementação nutricional em casos de necessidade;
- monitoramento do estado nutricional.

8.4 ENCAMINHAMENTO PARA PSICOLOGIA OU SERVIÇO SOCIAL

O encaminhamento do paciente para psicologia ou serviço social está indicado nas seguintes situações:

- dificuldade de adesão à dieta;
- impacto emocional, estresse ou transtornos alimentares associados;
- crianças e adolescentes com dificuldades de adaptação escolar/social;
- necessidade de laudos para instituições (escolas, creches, ambientes coletivos).

8.5. ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS ESPECIALISTAS

O encaminhamento para outros especialistas deve ser considerado conforme as manifestações clínicas associadas e a presença de comorbidades, visando ao manejo integral do paciente.

- Endocrinologia: na presença de doenças endocrinológicas associadas, como diabetes mellitus tipo 1 e tireoidopatias autoimunes.
- Reumatologia: quando houver suspeita ou confirmação de doenças autoimunes sistêmicas.
- Ginecologia/Obstetrícia: nos casos de infertilidade, abortamentos recorrentes ou outras complicações ginecológicas e obstétricas relacionadas.

9 EDUCAÇÃO E APOIO AO PACIENTE

A educação em saúde é um componente essencial para o sucesso do tratamento da doença celíaca, uma vez que o único tratamento eficaz disponível consiste na adesão estrita e permanente à dieta isenta de glúten.

O conhecimento adequado sobre a doença, seus mecanismos, riscos e estratégias de manejo influencia diretamente a adesão ao tratamento, a qualidade de vida e a prevenção de complicações a curto e longo prazo.

9.1 ABORDAGENS EDUCATIVAS

É fundamental explicar de forma clara ao paciente que a doença celíaca é uma condição autoimune, e não uma simples alergia alimentar. Isso significa que, ao ingerir glúten, o organismo da pessoa com doença celíaca desencadeia uma resposta imunológica que agride o próprio intestino delgado, podendo causar danos mesmo na ausência de sintomas aparentes. Dessa forma, a inexistência de manifestações clínicas não indica ausência de atividade da doença.

Por esse motivo, é essencial enfatizar que mesmo pequenas quantidades de glúten são capazes de provocar lesões intestinais e reações clínicas, muitas vezes silenciosas, mas ainda assim prejudiciais. A adesão rigorosa à dieta isenta de glúten, portanto, não deve ser flexibilizada, ainda que o paciente se sinta bem.

Durante a orientação nutricional, deve-se informar sobre os alimentos naturalmente isentos de glúten, como arroz, milho, batata, frutas, hortaliças e carnes in natura, que devem compor a base segura da alimentação da pessoa com doença celíaca. Esses alimentos, quando não contaminados, permitem uma dieta variada e nutricionalmente adequada.

Também é importante ensinar o paciente a identificar a presença de glúten nos rótulos de alimentos industrializados, reconhecendo termos como “trigo”, “centeio”, “cevada” e seus derivados. Além disso, deve-se orientar a verificação da informação “contém glúten” ou “não contém glúten”, conforme a legislação vigente, bem como a existência de certificações que assegurem a ausência de glúten.

A **Figura 7** apresenta um exemplo ilustrativo de inscrição referente à presença ou ausência de glúten, comum em embalagens de alimentos. No exemplo, é possível observar que essa informação geralmente aparece logo após a seção “Ingredientes”, facilitando a identificação pelo consumidor.

Figura SEQ Figura * ARABIC 7 – Exemplo de identificação da presença ou ausência de glúten em

INGREDIENTES: aaaaa, bbbbb, ccccc, ddddd. **ALÉRGICOS:** pode conter eeeee, fffff, ggggg. **NÃO CONTÉM GLÚTEN.**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Outro ponto crucial é discutir o risco de contaminação cruzada, que pode ocorrer quando utensílios, superfícies ou ambientes entram em contato com o glúten e depois com alimentos que deveriam ser isentos da proteína. Dessa forma, orientações sobre o preparo, armazenamento e consumo dos alimentos devem sempre incluir medidas de prevenção rigorosas para garantir a segurança alimentar (WILLIAMS; HARRIS; ODOM, 2022).

9.2 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E SOCIAL

É importante reconhecer os impactos emocionais e sociais que a restrição alimentar imposta pela doença celíaca pode causar. O diagnóstico frequentemente traz sentimentos de negação, frustração, ansiedade e até isolamento, especialmente diante da necessidade de exclusão rigorosa do glúten em todas as situações do cotidiano. Momentos sociais como festas, refeições em família, eventos escolares ou atividades no ambiente de trabalho podem se tornar fontes de estresse e constrangimento, dificultando a adaptação e a manutenção da dieta (ROZENSZTRAUCH; MOSTYŃSKA, 2025).

Diante disso, é essencial oferecer apoio psicológico desde o momento do diagnóstico, ajudando o paciente e sua família a compreenderem e lidarem com os aspectos emocionais e comportamentais da nova rotina alimentar. O acompanhamento psicológico também

auxilia no desenvolvimento de estratégias para enfrentar as restrições sociais e para construir uma relação mais positiva com a alimentação.

Além disso, a integração do serviço social é fundamental para oferecer suporte às famílias que enfrentam dificuldades no acesso a alimentos isentos de glúten, que muitas vezes são mais caros e menos disponíveis. O assistente social pode orientar sobre programas de apoio (que, infelizmente, ainda são escassos), políticas públicas e formas de garantir a segurança alimentar do paciente celíaco, promovendo maior equidade no cuidado e permitindo a adesão ao tratamento (VÁZQUEZ-POLO *et al.*, 2023).

9.3 GRUPOS DE APOIO E RECURSOS

É altamente recomendável incentivar a participação do paciente em grupos de celíacos, pois o apoio social e a troca de experiências com outras pessoas que enfrentam os mesmos desafios podem ser elementos valiosos para a adesão ao tratamento e para o bem-estar emocional.

Outro ponto importante é a divulgação de materiais educativos elaborados por associações de pacientes, como a FENACELBRA (Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil), que oferece conteúdo confiável, acessível e adaptado à realidade brasileira. Esses recursos contribuem para esclarecer dúvidas, orientar escolhas alimentares e fortalecer a autonomia do paciente e da família.

Os materiais podem ser acessados através do link: <https://www.fenacelbra.com.br/publicacoes-em-pdf>.

Por fim, é essencial reforçar a importância do acompanhamento regular no serviço de saúde, mesmo em pacientes assintomáticos. A vigilância contínua permite monitorar a adesão à dieta isenta de glúten, identificar precocemente eventuais complicações e garantir a recuperação e manutenção da saúde intestinal e nutricional ao longo do tempo. A ausência de sintomas não garante a ausência de lesões na mucosa, motivo pelo qual o seguimento deve ser constante, sistemático e integrado ao cuidado multidisciplinar.

10 CONCLUSÃO

A doença celíaca é uma condição imunomediada comum, frequentemente subdiagnosticada devido à diversidade de manifestações clínicas e à persistência do mito de que se trata de uma doença rara ou restrita a sintomas gastrointestinais típicos. Esse equívoco ainda é amplamente difundido, inclusive entre profissionais da saúde, contribuindo para atrasos no diagnóstico e maiores taxas de complicações.

A realidade, no entanto, é que a DC pode se apresentar de forma silenciosa, atípica ou extraintestinal, afetando crianças e adultos em qualquer fase da vida. Por isso, é fundamental que médicos, nutricionistas, enfermeiros e outros integrantes da equipe de saúde estejam atentos, atualizados e capacitados para reconhecer e conduzir adequadamente casos suspeitos, mesmo diante de apresentações sutis.

O tratamento, embora simples em princípio — a exclusão permanente do glúten —, exige comprometimento e orientação especializada. A adesão rigorosa à dieta é essencial e está diretamente relacionada à prevenção de deficiências nutricionais, complicações metabólicas e neoplasias, além da melhora da qualidade de vida. No entanto, essa conduta pode impor desafios significativos ao paciente e à família.

O acompanhamento periódico e multidisciplinar deve ser garantido mesmo para pacientes assintomáticos, pois a ausência de sintomas não exclui a possibilidade de doença ativa. Nesse contexto, o papel dos profissionais de saúde é decisivo não apenas no manejo clínico, mas também na educação do paciente e na construção de uma rede de cuidado consciente e efetiva.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEN-TOV, A.; ACHLER, T.; FAYNGOR, R. *et al.* Endomysial antibodies or anti-tissue transglutaminase type 2 IgA antibodies as a confirmatory test in children with celiac disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 80, n. 1, p. 147–150, 2025. DOI: 10.1002/jpn3.12383.
- BIBBINS-DOMINGO, K.; GROSSMAN, D. C.; CURRY, S. J. *et al.* Screening for Celiac Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, v. 317, n. 12, p. 1252-1257, 2017. DOI:10.1001/jama.2017.1462.
- BLEDSON, A. C. *et al.* Micronutrient Deficiencies Are Common in Contemporary Celiac Disease Despite Lack of Overt Malabsorption Symptoms. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 7, p. 1253–1260, 1 jul. 2019.
- BOZORG, S. R.; LEE, A. R.; MÅRILD, K.; MURRAY, J. A. The Economic Iceberg of Celiac Disease: More Than the Cost of Gluten-Free Food. *Gastroenterology*, v. 167, n. 1, p. 172-182, 2024. DOI:10.1053/j.gastro.2024.02.051.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca – PCDT. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- CARDO, A.; CHURRUCA, I.; LASA, A. *et al.* Nutritional Imbalances in Adult Celiac Patients Following a Gluten-Free Diet. *Nutrients*, v. 13, n. 8, p. 2877, 2021. DOI:10.3390/nu13082877.
- CATASSI, C.; VERDU, E. F.; BAI, J. C.; LIONETTI, E. Coeliac Disease. *Lancet (London, England)*, v. 399, n. 10344, p. 2413-2426, 2022. DOI:10.1016/S0140-6736(22)00794-2.
- CHIANG, J. L.; MAAHS, D. M.; GARVEY, K. C. *et al.* Type 1 Diabetes in Children and Adolescents: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 41, n. 9, p. 2026-2044, 2018. DOI:10.2337/dci18-0023.
- DHALI, A. *et al.* Analyzing the landscape of coeliac crisis in adult and paediatric populations: A systematic review and meta-analysis. *Digestive and Liver Disease*, v. 57, n. 6, p. 1149–1159, jun. 2025.
- DIABETES CARE. 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*, v. 48, n. Supplement_1, p. S283-S305, 2025. DOI:10.2337/dc25-S014.
- ELLI, L. *et al.* Guidelines for best practices in monitoring established coeliac disease in adult patients. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 18 dez. 2023.
- ELLI, L.; LEFFLER, D.; CELLIER, C. *et al.* Guidelines for Best Practices in Monitoring Established Coeliac Disease in Adult Patients. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, v. 21, n. 3, p. 198-215, 2024. DOI:10.1038/s41575-023-00872-2.

EL-SALHY, M.; HATLEBAKK, J. G.; GILJA, O. H.; HAUSKEN, T. The relation between celiac disease, nonceliac gluten sensitivity and irritable bowel syndrome. *Nutrition Journal*, v. 14, p. 92, 2015. DOI:10.1186/s12937-015-0080-6.

FASANO, A.; CATASSI, C. Clinical practice. Celiac disease. *New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 25, p. 2419-2426, 2012.

FENACELBRA. Dados estatísticos da Doença Celíaca. Disponível em: <https://www.fenacelbra.com.br/dados-estatisticos>. Acesso em: 13 jul. 2025.

GATTI, S.; RUBIO-TAPIA, A.; MAKHARIA, G.; CATASSI, C. Patient and Community Health Global Burden in a World With More Celiac Disease. *Gastroenterology*, v. 167, n. 1, p. 23-33, 2024. DOI:10.1053/j.gastro.2024.01.035.

GÓMEZ-AGUILILLA, S.; FARRAIS, S.; LÓPEZ-PALACIOS, N. *et al.* Diagnosis of Celiac Disease on a Gluten-Free Diet: A Multicenter Prospective Quasi-Experimental Clinical Study. *BMC Medicine*, v. 23, n. 1, p. 182, 2025. DOI:10.1186/s12916-025-04008-y.

GRECO, L.; TIMPONE, L.; ABKARI, A. *et al.* Burden of Celiac Disease in the Mediterranean Area. *World Journal of Gastroenterology*, v. 17, n. 45, p. 4971-4978, 2011. DOI:10.3748/wjg.v17.i45.4971.

GREEN, P. H. R.; PASKI, S.; KO, C. W.; RUBIO-TAPIA, A. AGA Clinical Practice Update on Management of Refractory Celiac Disease: Expert Review. *Gastroenterology*, v. 163, n. 5, p. 1461-1469, 2022. DOI:10.1053/j.gastro.2022.07.086.

HUSBY, S.; CHOUNG, R. S.; CRAWLEY, C.; LILLEVANG, S. T.; MURRAY, J. A. Laboratory Testing for Celiac Disease: Clinical and Methodological Considerations. *Clinical Chemistry*, v. 70, n. 10, p. 1208-1219, 2024. DOI:10.1093/clinchem/hvae098.

HUSBY, S.; MURRAY, J. A.; KATZKA, D. A. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Monitoring of Celiac Disease-Changing Utility of Serology and Histologic Measures: Expert Review. *Gastroenterology*, v. 156, n. 4, p. 885-889, 2019. DOI:10.1053/j.gastro.2018.12.010.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOS EUA (NIH). *Celiac Disease Awareness Campaign*. [S.l.: s.n.], [s.d.].

JANSSON-KNODELL, C. L.; RUBIO-TAPIA, A. Gluten-related disorders from bench to bedside. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 22, n. 4, p. 693-704.e1, 2024. DOI:10.1016/j.cgh.2023.09.042.

KUMRAL, D.; SYED, S. Celiac Disease Screening for High-Risk Groups: Are We Doing It Right? *Digestive Diseases and Sciences*, v. 65, n. 8, p. 2187-2195, 2020. DOI:10.1007/s10620-020-06352-w.

LEBWOHL, B.; RUBIO-TAPIA, A. Epidemiology, Presentation, and Diagnosis of Celiac Disease. *Gastroenterology*, v. 160, n. 1, p. 63-75, 2021. DOI:10.1053/j.gastro.2020.06.098.

LEONARD, M. M.; SAPONE, A.; CATASSI, C.; FASANO, A. Celiac Disease: A Review. *JAMA*, v. 318, n. 1, p. 33-34, 2017.

LUDVIGSSON, J. F.; YAO, J.; LEBWOHL, B. *et al.* Coeliac Disease: Complications and Comorbidities. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, v. 22, n. 4, p. 252-264, 2025. DOI:10.1038/s41575-024-01032-w.

LECTURIO. Doença celíaca. *Lecturio (Concise Medical Knowledge)*, 28 jan. 2025. Disponível em: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/doenca-celiaca/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MCDERMID, J. M.; ALMOND, M. A.; ROBERTS, K. M. *et al.* Celiac Disease: An Academy of Nutrition and Dietetics Evidence-Based Nutrition Practice Guideline. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, v. 123, n. 12, p. 1793-1807.e4, 2023. DOI:10.1016/j.jand.2023.07.018.

MENDES, F. B. R.; HISSA-ELIAN, A.; de ABREU, M. A. M. M.; GONÇALVES, V. S. Review: dermatitis herpetiformis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 88, n. 4, p. 594–599, ago. 2013. DOI:10.1590/abd1806-4841.20131775.

MORAES, A. C.; COSTA, L. S.; MORAES, M. M.; OLIVEIRA, R. M. B. F. de; SDEPANIAN, V. L. *et al.* *Guia orientador para celíacos*. 1. ed. São Paulo: Escola Nacional de Defesa do Consumidor / Ministério da Justiça, 2010. 48 p.

MOSHIREE, B.; DROSSMAN, D.; SHAUKAT, A. AGA clinical practice update on evaluation and management of belching, abdominal bloating, and distention: expert review. *Gastroenterology*, v. 165, n. 3, p. 791–800.e3, 2023. DOI:10.1053/j.gastro.2023.04.039.

MSD MANUALS. Dermatite herpetiforme. *Manual MSD – Versão para Profissionais de Saúde*, fev. 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/disturbios-dermatologicos/doencas-bolhosas/dermatite-herpetiforme>. Acesso em: 18 jun. 2025.

NARCISO-SCHIAVON, J. L.; SCHIAVON, L. L. To Screen or Not to Screen? Celiac Antibodies in Liver Diseases. *World Journal of Gastroenterology*, v. 23, n. 5, p. 776-791, 2017. DOI:10.3748/wjg.v23.i5.776.

NEMTEANU, R. *et al.* Is There a Time and a Place for the Gluten-Free Diet in Potential Celiac Disease? *Nutrients*, v. 15, n. 18, p. 4064–4064, 20 set. 2023.

OZA, S. S.; AKBARI, M.; KELLY, C. P. *et al.* Socioeconomic Risk Factors for Celiac Disease Burden and Symptoms. *Journal of Clinical Gastroenterology*, v. 50, n. 4, p. 307-312, 2016. DOI:10.1097/MCG.0000000000000366.

PEREZ-JUNKERA, G.; SIMÓN, E.; CALVO, A. E. *et al.* Importance of an Ongoing Nutritional Counselling Intervention on Eating Habits of Newly Diagnosed Children With Celiac Disease. *Nutrients*, v. 16, n. 15, p. 2418, 2024. DOI:10.3390/nu16152418.

PINTO-SANCHEZ, M. I.; BLOM, J. J.; GIBSON, P. R.; ARMSTRONG, D. Nutrition Assessment and Management in Celiac Disease. *Gastroenterology*, v. 167, n. 1, p. 116-131.e1, 2024. DOI:10.1053/j.gastro.2024.02.049.

POPP, A.; MÄKI, M. Gluten-Induced Extra-Intestinal Manifestations in Potential Celiac Disease-Celiac Trait. *Nutrients*, v. 11, n. 2, p. E320, 2019. DOI:10.3390/nu11020320.

PRASAD, S. *et al.* Reproductive functions and pregnancy outcome in female patients with celiac disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, v. 39, n. 7, p. 1310–1317, jul. 2024.

REUNALA, T.; HERVONEN, K.; SALMI, T. Dermatitis Herpetiformis: An Update on Diagnosis and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*, v. 22, n. 3, p. 329–338, 11 jan. 2021.

ROY, A.; MINAYA, M.; MONEGRO, M. *et al.* Partner Burden: A Common Entity in Celiac Disease. *Digestive Diseases and Sciences*, v. 61, n. 12, p. 3451-3459, 2016. DOI:10.1007/s10620-016-4175-5.

ROZENSZTRAUCH, A.; MOSTYŃSKA, P. Quality of Life in Children With Celiac Disease: An Observational Study. *Nutrients*, v. 17, n. 6, p. 1085, 2025. DOI:10.3390/nu17061085.

RUBIO-TAPIA, A.; HILL, I. D.; SEMRAD, C. *et al.* American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 118, n. 1, p. 59-76, 2023. DOI:10.14309/ajg.0000000000002075.

SACCONE, G.; BERGHELLA, V.; SARNO, L. *et al.* Celiac Disease and Obstetric Complications: A Systematic Review and Metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 214, n. 2, p. 225-234, 2016. DOI:10.1016/j.ajog.2015.09.080.

SETAVAND, Z.; EKRAMZADEH, M.; HONAR, N. Evaluation of malnutrition status and clinical indications in children with celiac disease: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, v. 21, n. 1, 29 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Manual de aspectos nutricionais em situações especiais na infância e adolescência*. Organizadoras: Virgínia Resende Silva Weffort; Luciana Rodrigues Silva. Colaboradores: Ana Paula Aragão *et al.* São Paulo: SBP, 2024. 110 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24504e-Man_AspecNutric_em_Sit_Especiais_Inf_e_adl.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

TAYLOR, A. K.; LEBWOHL, B.; SNYDER, C. L. Celiac Disease. In: ADAM, M. P. *et al.* (Ed.). *GeneReviews®* [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, 1993–. Atualizado em 31 jan. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1727/>.

TOVOLI, F. *et al.* TIMING THE SCAN: OPTIMIZING SCREENING FOR OSTEOPOROSIS AND RISK OF FRACTURE IN CELIAC DISEASE. *The American Journal of Gastroenterology*, 26 ago. 2025.

TYE-DIN, J. A. Review Article: Follow-Up of Coeliac Disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, v. 56, n. Suppl 1, p. S49-S63, 2022. DOI:10.1111/apt.16847.

VARGAS, F. M. *et al.* Celiac Disease: Risks of Cross-Contamination and Strategies for Gluten Removal in Food Environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 2, p. 124–124, 24 jan. 2024.

VÁZQUEZ-POLO, M.; NAVARRO, V.; LARRETXI, I. *et al.* Uncovering the Concerns and Needs of Individuals With Celiac Disease: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, v. 15, n. 17, p. 3681, 2023. DOI:10.3390/nu15173681.

WERKSTETTER, K. J.; KORPONAY-SZABÓ, I. R.; POPP, A. *et al.* Accuracy in Diagnosis of Celiac Disease Without Biopsies In Clinical Practice. *Gastroenterology*, v. 153, n. 4, p. 924-935, 2017. DOI:10.1053/j.gastro.2017.06.002.

WIESER, H.; CIACCI, C.; SOLDAINI, C.; GIZZI, C.; SANTONICOLA, A. Gastrointestinal and Hepatobiliary Manifestations Associated With Untreated Celiac Disease in Adults and Children: A Narrative Overview. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 15, p. 4579, 2024. DOI:10.3390/jcm13154579.

WILLIAMS, P. M.; HARRIS, L. M.; ODOM, M. R. Celiac Disease: Common Questions and Answers. *American Family Physician*, v. 106, n. 1, p. 36-43, 2022.

WOLF, J.; PETROFF, D.; RICHTER, T. *et al.* Validation of Antibody-Based Strategies for Diagnosis of Pediatric Celiac Disease Without Biopsy. *Gastroenterology*, v. 153, n. 2, p. 410-419.e17, 2017. DOI:10.1053/j.gastro.2017.04.023.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. *Global Guidelines: Celiac Disease*. [S.l.: s.n.], 2016.

ZINGONE, F.; BAI, J. C.; CELLIER, C.; LUDVIGSSON, J. F. Celiac Disease-Related Conditions: Who to Test? *Gastroenterology*, v. 167, n. 1, p. 64-78, 2024. DOI:10.1053/j.gastro.2024.02.044.

CONSULTA PÚBLICA