

# PRÁTICAS ALIMENTARES DE PORTADORES DA DOENÇA CELÍACA EM CHAPECÓ (SC)

SGARBOSSA, Daliane (\*); TEO, Carla Rosane Paz Arruda (\*\*)

\* Nutricionista, aluna Pós-graduação Nutrição Humana – Unochapecó

\*\* Nutricionista, Docente da Área de Ciências da Saúde – Unochapecó

Chapecó-SC, Outubro de 2011

Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação em Nutrição Humana

**RESUMO:** A doença celíaca, caracterizada pela intolerância ao glúten, tem ganhado ênfase nos estudos de saúde nos últimos anos. Um dos pontos em destaque para este avanço relaciona-se ao tratamento da doença que é unicamente através de cuidados dietéticos. O objetivo do trabalho foi conhecer a adequação do consumo alimentar e as dificuldades vinculadas às práticas alimentares dos celíacos cadastrados na Acelbra (Associação dos Celíacos do Brasil) Regional Oeste, sede em Chapecó-SC. Utilizou-se de inquérito alimentar e entrevista para obtenção dos dados. Salienta-se que os celíacos relataram dificuldades quanto à disponibilidade de alimentos isentos de glúten no mercado local, assim como o preço elevado dos mesmos, o que dificulta o acesso e o seguimento de dieta totalmente isenta de glúten pelos pacientes. Além desta questão de abrangência social, foram observadas características específicas relacionadas ao consumo de alimentos, com déficit ou excesso de ingestão de determinados grupos alimentares, o que pode acarretar em riscos aos pacientes entrevistados. Por fim, concluiu-se que há grande necessidade do desenvolvimento de um guia alimentar específico para esta população, possibilitando o direcionamento das pesquisas e também orientação dos profissionais de saúde, essencialmente nutricionistas, quanto à alimentação adequada para os celíacos, uma vez que o tratamento atual consiste apenas em cuidados com a alimentação.

**Palavras-chave:** doença celíaca, glúten, padrões alimentares.

## INTRODUÇÃO

A doença celíaca foi descrita inicialmente em 1888, por Samuel Gee como afecção celíaca, sendo associados os seus efeitos deletérios a alguns cereais apenas a partir da segunda guerra mundial, pelo pediatra e professor Holandês Willem Karel Dicke (SDEPANIAN, MORAIS e FAGUNDES-NETO, 1999; POSSIK et al., 2005).

Atualmente a prevalência de doença celíaca varia entre 1 a 1,5 % na população mundial, sendo mais prevalente entre os caucasianos e também no sexo feminino. Destaca-se a susceptibilidade genética, sendo 70 a 100% em gêmeos monozigóticos, 8 a 18% em familiares de primeiro grau e 2,5% para familiares de segundo grau.

No Brasil, assim como na América Latina, não há estudos que comprovem a real prevalência de doença celíaca na população em geral; porém, um levantamento realizado com

2045 doadores de sangue no Centro de Hematologia de Brasília evidenciou a ocorrência de 1 celíaco para cada 681 doadores aparentemente saudáveis, indicando que a doença não seria rara no país (GALDOLFI et al., 2000), onde, inclusive, devido à alta miscigenação racial, já foram descritos casos em mulatos (FARO, 2008).

Conforme relatado por Araújo et al. (2010), atualmente a doença celíaca é considerada problema de saúde pública, uma vez que há frequente associação com distintas morbidades e também grande probabilidade de ocorrer complicações graves, das quais destaca-se a osteoporose e doenças malignas ao longo do trato gastrointestinal.

A intolerância ao glúten, como é caracterizada a doença celíaca, atualmente e desde sua descoberta, tem, como única alternativa de tratamento, eliminar completa e permanentemente da dieta todas as preparações que contenham como ingredientes os cereais formadores de glúten: trigo, centeio, cevada e aveia (LÓPEZ, PEREIRA e JUNQUEIRA, 2004).

Segundo Sdepanian, Morais e Fagundes-Neto (1999), estes cereais possuem em sua composição as prolaminas responsáveis pela manifestação da doença celíaca, denominadas gliadina (trigo), secalina (centeio), hordeína (cevada) e avenina (aveia). Percebe-se, portanto, a grande limitação imposta à dieta do celíaco, visto que os cereais são utilizados no preparo de pães, bolos, biscoitos, pizzas e massas alimentícias, produtos consumidos diariamente pela maior parte da população (LÓPEZ, PEREIRA e JUNQUEIRA, 2004).

Indivíduos com doença celíaca apresentam uma predisposição genética ao desenvolvimento da doença, porém a mesma pode manifestar-se em qualquer momento da vida, especialmente quando há exposição ao risco, o que inclui o consumo de alimentos com glúten, conforme descrito acima. Sabe-se, também, que quanto maior a demora no diagnóstico da doença celíaca mais os pacientes apresentam complicações relacionadas à qualidade de vida (ARAÚJO et al, 2010).

A partir do diagnóstico é necessário o seguimento de uma dieta isenta de glúten para cessar a sintomatologia da doença, porém sabe-se que isto também implica uma série de dificuldades devido à mudança brusca de hábitos alimentares e conseqüente problema de adaptação à nova dieta, muitas vezes podendo levar a monotonia e anorexia, prejudicando o estado nutricional dos pacientes (EGASHIRA et al., 1986 apud POSSIK et al., 2005).

Esta dificuldade no seguimento da dieta pode ser explicada de acordo com o especificado no Guia Alimentar para População Brasileira, onde são descritos que os hábitos alimentares formam-se de maneira gradual, levando em consideração distintos aspectos, sendo eles os culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais, e que quando

necessárias mudanças, estas devem ser integradas cuidadosamente aos hábitos dos indivíduos (BRASIL, 2006).

É importante destacar que o sucesso da dietoterapia para doença celíaca, além de relacionar-se com a adaptação do indivíduo acometido pela doença à dieta, também se relaciona com a exatidão das informações contidas nos rótulos de alimentos e medicamentos para que não haja ingestão involuntária de glúten através do consumo de produtos supostamente livres desse componente (POSSIK et al., 2005).

Em virtude do exposto, o presente estudo teve por objetivo conhecer a adequação do consumo alimentar e as dificuldades vinculadas às práticas alimentares dos celíacos cadastrados na Acelbra (Associação dos Celíacos do Brasil) Regional Oeste, sede em Chapecó-SC.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó (parecer nº 213/2010) e teve caráter descritivo. O trabalho foi realizado com aplicação de entrevista e de inquérito alimentar aos celíacos que participaram dos encontros da Associação dos Celíacos do Brasil (Acelbra), Regional Oeste, sede em Chapecó-SC, durante os meses de Maio a Julho/2011.

O inquérito alimentar utilizado foi o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), adaptado de Fornés, Stringuini e Elias (2003). Os participantes e ou seus responsáveis (quando o celíaco era menor de 18 anos) foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos de pesquisa e receberam para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma disponível ao participante e outra ao pesquisador.

Salienta-se que a pesquisa assumiu delineamento de uma série de casos e foi realizada com oito celíacos, os quais participam regularmente dos encontros da associação; os demais participantes (dois) não aceitaram colaborar com a pesquisa.

O QFCA foi avaliado em uma perspectiva qualitativa de acordo com os parâmetros para uma alimentação saudável preconizados no Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

A média de idade dos celíacos entrevistados foi de 29 anos, variando de 2,3 a 48 anos. Quanto ao tempo transcorrido entre o diagnóstico da doença celíaca e a coleta de dados desse estudo, a variação foi de 15 dias a 5 anos, sendo que, em sua maioria, os entrevistados passaram muito tempo de suas vidas sem ter o diagnóstico.

Uma característica comum a todos os celíacos na presente pesquisa é que a doença foi diagnosticada após os dois anos de idade, dado relevante, uma vez que no estudo de Sdepanian, Morais e Fagundes-Neto (2001) 51,9% dos entrevistados apresentaram o diagnóstico a partir desta idade, o que foi considerado pelos autores como diagnóstico tardio. Vale salientar que quanto mais precoce for o diagnóstico, mais viável se torna encontrar alternativas de tratamento para cessar os sintomas da doença, os quais afetam diretamente a convivência social dos celíacos.

Este diagnóstico tardio é explicado, pelo menos em parte, no estudo de Gama e Silva e Furlanetto (2010), os quais descrevem que o diagnóstico da doença celíaca fora da faixa pediátrica vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, principalmente em virtude do surgimento de testes sorológicos de alta acurácia e da maior atenção dos médicos para os sintomas atípicos da doença em questão.

Quando indagados sobre o consumo de alimentos com glúten, 3 dos entrevistados (37,5%) relataram ingeri-los, cada um por um motivo diferente. Assim, um relatou estar em adaptação à dieta isenta de glúten, outro referiu a pouca disponibilidade de produtos isentos de glúten no mercado local e outro justificou com a dificuldade para controlar sua ansiedade em provar alimentos com glúten.

Araújo et al. (2010) ressaltam que o seguimento de uma dieta isenta de glúten interfere drasticamente no estilo de vida dos celíacos e, muitas vezes, para não se privarem de frequentar serviços de alimentação e/ou de viajar, por exemplo, acabam seguindo a dieta dita normal, que tem menor impacto social.

A presente pesquisa indicou que as maiores dificuldades encontradas pelos celíacos na aquisição de alimentos estão relacionadas ao preço elevado e a pouca disponibilidade e variedade de alimentos isentos de glúten no mercado local, já que 6 pessoas (62,5%) relataram ser péssima, 1 pessoa (12,5%) regular e apenas 1 pessoa (12,5%) relatou ser boa.

Os locais de compra dos alimentos isentos de glúten mencionados pelos entrevistados foram os seguintes: apenas supermercados (n=1; 12,5%), apenas em lojas de produtos naturais (n=2; 25,0%) e os dois locais de compra (n=5; 62,5%).

### **Consumo Alimentar**

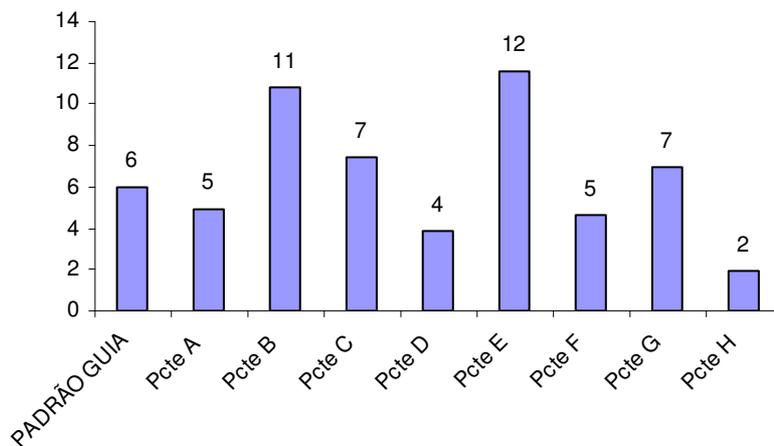
O consumo alimentar é uma ferramenta importante para a compreensão do processo saúde-doença, sendo o questionário de frequência alimentar um dos instrumentos mais utilizados, conforme relatado por Zanolla et al (2009).

Com relação ao consumo alimentar dos celíacos, destaca-se que não há padrões de referência nutricionais específicos para este público e, por este motivo, as recomendações utilizadas nesse trabalho são aquelas preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

Destaca-se, inicialmente, o consumo do grupo dos cereais, tubérculos e raízes, dos quais se recomenda a ingestão diária de 6 porções. Para esse grupo de alimentos, o consumo variou de 2 a 12 porções diárias (gráfico 1) nesse estudo, com média de 6,5 porções. Vale ressaltar que este grupo alimentar deve suprir de 45 a 65% das necessidades energéticas diárias de um indivíduo, portanto seu consumo é muito importante (BRASIL, 2006).

No grupo dos cereais, os grãos como arroz, trigo e milho e os tubérculos como batata, são os carboidratos mais consumidos pelos brasileiros (BRASIL, 2006), estando o trigo, absolutamente restrito para os celíacos, entre os mais consumidos. Isso se explica pelo fato de que o trigo compõe a maioria das receitas de massas, pães, bolos e biscoitos, alimentos cujo consumo por portadores de doença celíaca está condicionado à substituição do trigo, na sua formulação, por outros cereais que não contenham glúten, como por exemplo a farinha de milho, farinha de arroz, fécula de batata, farinha de mandioca, polvilho e amido de milho (SDEPANIAN, MORAIS e FAGUNDES-NETO, 1999).

Esta substituição pode acarretar em menor consumo destes alimentos, uma vez que se torna necessária a mudança nos hábitos alimentares, o que pode justificar o consumo inferior às 6 porções diárias recomendadas para o grupo dos cereais por 4 dos celíacos entrevistados (figura 1).



**Figura 1.** Consumo diário do grupo dos cereais.

Ressalta-se que o consumo superior a 6 porções diárias, verificado também para 4 entrevistados (50,0%), sinaliza para a importância de orientar os celíacos a evitarem o excesso de consumo de alimentos deste grupo, uma vez que isso pode acarretar em acúmulo de gordura no organismo e, conseqüentemente, no aumento dos níveis séricos de triglicerídeos.

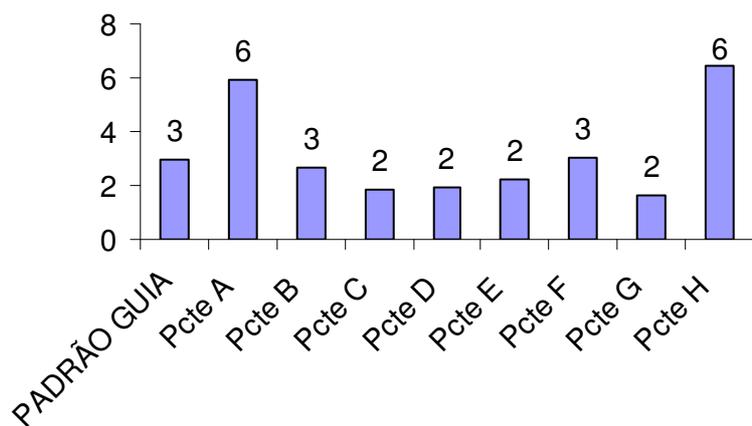
Um fator importante destacado por Thompson (2005a) é que a partir da adesão a dieta, o celíaco pode apresentar carências nutricionais não somente pela diminuição na absorção dos nutrientes, mas por iniciar o uso de alimentos sem glúten, os quais apresentam baixo teor de micronutrientes, essencialmente vitaminas do complexo B, quando comparados aos alimentos com glúten. A autora ressalta, ainda, que os cereais sem glúten deveriam ser enriquecidos com micronutrientes para suprir a falta destes e assim não agravar o problema de carência nutricional neste público.

Além da diminuição na quantidade de micronutrientes, normalmente os cereais sem glúten apresentam teor diminuído de fibras, pois normalmente são utilizados amidos de grãos já refinados para substituição do glúten nas receitas, fator que também pode interferir negativamente ao celíaco (THOMPSON, 2005a).

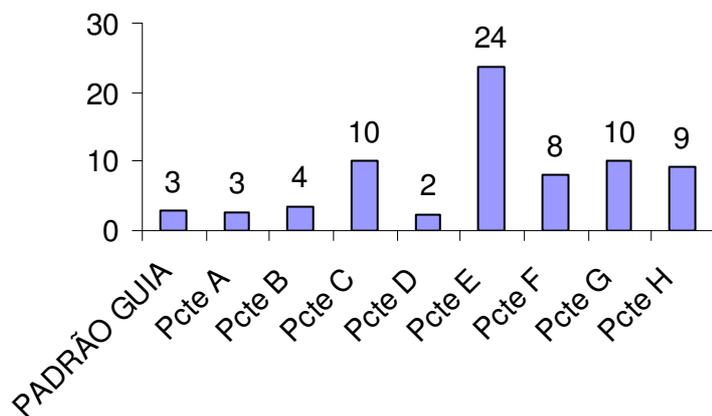
Portanto, observa-se que o público celíaco deve ser necessariamente acompanhado por profissionais da área da saúde para evitar problemas futuros relacionados ao déficit na ingestão de nutrientes, o que inclui macro e micronutrientes.

Em relação aos micronutrientes destacam-se dois grupos alimentares como importantes fontes, que são o das frutas e o das hortaliças e legumes, ambos com recomendação de ingestão diária de 3 porções.

Particularmente o consumo das frutas, nesse estudo, variou entre 2 e 6 porções diárias, com média de 3,2 porções, sendo que 4 pessoas (50,0%) apresentaram consumo abaixo do recomendado e 4 pessoas acima (50,0%). Quanto ao consumo de hortaliças e legumes houve maior variação, estando o consumo entre 2 e 24 porções diárias, com apenas um dos entrevistados (12,5%) apresentando consumo abaixo da recomendação (figuras 2 e 3).



**Figura 2.** Consumo diário do grupo das frutas.



**Figura 3.** Consumo diário do grupo de hortaliças/legumes.

Considerando que os celíacos podem apresentar dificuldades na absorção de micronutrientes, destaca-se que o consumo superior as 3 porções diárias para ambos os grupos, pode favorecer o funcionamento do organismo, sem acarretar problemas.

Vale salientar que o consumo abaixo do recomendado tanto para frutas como para hortaliças e legumes deve ser identificado e evitado, uma vez que o intestino dos indivíduos hipersensíveis ao glúten pode apresentar redução das vilosidades e, como consequência, haver diminuição na absorção de nutrientes, implicando, futuramente, distúrbios relacionados a esta má absorção (ANGELIS, 2006).

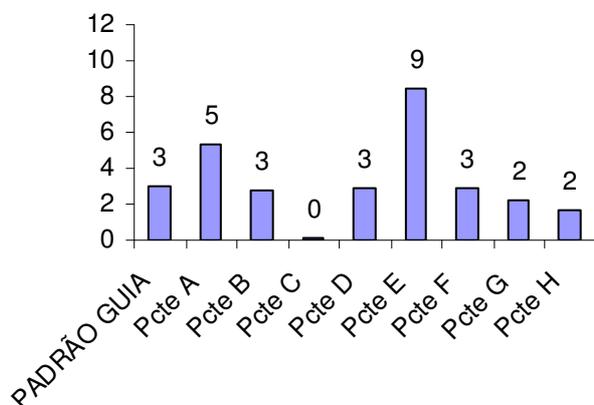
Em relação ao consumo de vitaminas/minerais pode-se dizer que quanto maior o tempo de exposição as dietas isentas de glúten, maiores os riscos dos pacientes celíacos apresentarem hipovitaminoses, essencialmente se não fizerem suplementação (HALLERT et al, 2009).

Um estudo realizado por Hallert et al (2009) comprova o achado descrito acima, os autores avaliaram o nível sérico de homocisteína plasmática total de trinta pacientes, sendo comprovado que este medidor teve diminuição ao longo do tratamento totalmente isento de glúten, o que confirma que esta dieta é pobre em vitaminas e minerais. Vale ressaltar ainda, que este estudo foi realizado com pacientes Suecos, e obteve resultados parecidos com outro estudo realizado na Holanda, e que estudos realizados com outras populações podem aprofundar estes achados.

Thompson (2005b) salienta ainda que normalmente a maior preocupação dos profissionais da área da saúde permanece voltada à exclusão do glúten da dieta dos celíacos, sendo menor a atenção quanto a perda da qualidade nutricional da mesma. E que segundo Hallert et al. (2009) a suplementação de micronutrientes, especialmente de vitaminas do complexo B, pode suprir este déficit nutricional consequente a manutenção da dieta isenta de glúten.

Em virtude do exposto, percebe-se que o acompanhamento rigoroso e individual por profissionais da área da saúde tem grande valor para os celíacos, pois é possível detectar hipovitaminoses e trabalhar para corrigir as deficiências.

Outro grupo alimentar avaliado foi o dos laticínios, para o qual também se recomenda consumo de 3 porções diárias (BRASIL, 2006). O consumo relatado para este grupo pode ser visualizado na figura 4, abaixo relacionada, sendo que foi superior ou igual a recomendação pelo guia alimentar em 62,5% dos entrevistados o que corresponde a 5 pessoas, os demais (3 pessoas ou 37,5%) apresentaram consumo abaixo das recomendações diárias ideais.



**Figura 4.** Consumo diário do grupo de leites e derivados.

Considerando que produtos lácteos são fontes de proteínas e também de cálcio, destaca-se que o consumo pelos celíacos, igual ou superior ao recomendado para população sadia, não deverá trazer consequências, uma vez que estudos tem relatado redução da massa mineral óssea em pacientes que apresentam esta doença (CARVALHO et al., 2003).

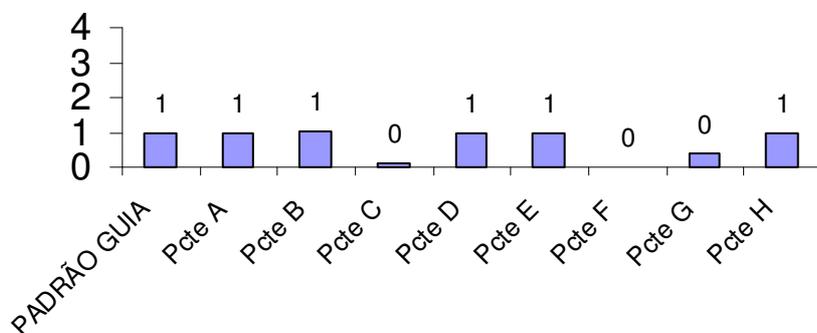
Em virtude do exposto percebe-se que um consumo abaixo da recomendação para o grupo de laticíneos pode levar a um déficit nutricional correspondente aos macronutrientes (proteína) e também aos microelementos como é o caso do cálcio, nutriente que teve sua importância citada acima.

Para as leguminosas, importante fonte proteica de custo mais acessível, recomenda-se a ingestão de 1 porção diária (BRASIL, 2006).

Segundo destacado por Philipi (2008) o grupo das leguminosas é composto por feijões, lentilhas, ervilhas, soja, grão de bico e amendoim. Um grupo de importância muito relevante já que é fonte de proteínas, ácidos graxos insaturados, minerais, vitaminas antioxidantes e fibras. Sabe-se de estudos que comprovam que o consumo regular de três a cinco vezes na semana são importantes para redução de doenças cardiovasculares e também de níveis de colesterol séricos.

Conforme dados dispostos na figura 5, três dos entrevistados (37,5%) apresentam consumo diário de feijão menor que a recomendação, o restante (62,5% ou 5 pessoas) relataram consumir mais que uma porção diária. Salienta-se que o consumo regular para os celíacos deveria ser no mínimo 1 porção diária deste grupo alimentar para melhor suprir a

demanda de nutrientes, e auxiliar como protetor ao organismo no controle dos níveis séricos de lipídeos.



**Figura 5.** Consumo diário do grupo das leguminosas.

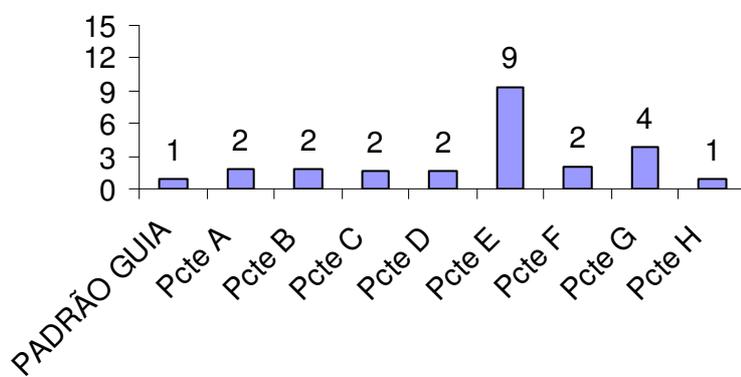
Levando-se em consideração que os celíacos tendem a desenvolver ao longo de suas vidas doenças como o diabetes e hipercolesterolemia, salienta-se a afirmação de Costa e Rosa (2010) que os níveis séricos elevados de colesterol e glicose podem ser minimizados a partir do consumo de leguminosas, em especial do consumo do feijão. As mesmas autoras ressaltam que o alimento é amplamente consumido na América do Sul, sendo que o Brasil é um dos maiores produtores do grão, o que facilita o acesso ao produto, não tornando a alimentação ainda com custo mais elevado.

Em virtude do exposto, o consumo de 1 porção diária para o grupo das leguminosas, conforme recomendação do guia alimentar (Brasil, 2006), parece estar condizente com a demanda nutricional dos celíacos, sendo que o aumento da ingestão pode apenas potencializar os efeitos no organismo.

Quanto ao grupo das carnes considera-se adequada uma ingestão de 1 porção diária. Philippi (2008) ressalta que as carnes são fontes de vitaminas e minerais além de proteínas de alto valor biológico, desta forma conhecida por ter em sua composição todos os aminoácidos essenciais ao organismo humano, além de apresentar ótima digestibilidade e portanto boa biodisponibilidade de nutrientes.

É importante ressaltar que o consumo aumentado de carnes pode acarretar no desenvolvimento de doenças, que até o momento ainda não são bem esclarecidas, conforme aponta Philippi (2008), mas há indícios que o consumo aumentado possa elevar o risco de desenvolvimento de câncer do cólon.

Levando-se em consideração que 6 pessoas do grupo entrevistado (75,0%) apresentaram consumo maior que o número de porções diárias indicadas para o grupo das carnes, fica claro que é de extrema importância a orientação sobre o controle de ingestão destes alimentos, principalmente pelo fato do paciente celíaco apresentar maior probabilidade de desenvolvimento de câncer no intestino quando comparado a pacientes que não tem a doença (FARO, 2008). Destaca-se dentro deste 1 dos entrevistados (12,5%) por relatar o consumo de 9 porções diárias para este grupo alimentar, o que é ainda mais preocupante (figura 6).



**Figura 6.** Consumo diário do grupo das carnes.

Além da possibilidade de induzir ao câncer no intestino, o consumo exagerado de carnes pode acarretar em aumento dos níveis séricos de colesterol, por isso é importante a escolha do tipo da carne a ser consumida, sempre preferindo as brancas (peixe, frango) e evitando carnes vermelhas (bovina, suína) pois nestas encontra-se maiores quantidades de gorduras saturadas, as quais são maléficas a saúde (PHILIPPI, 2008).

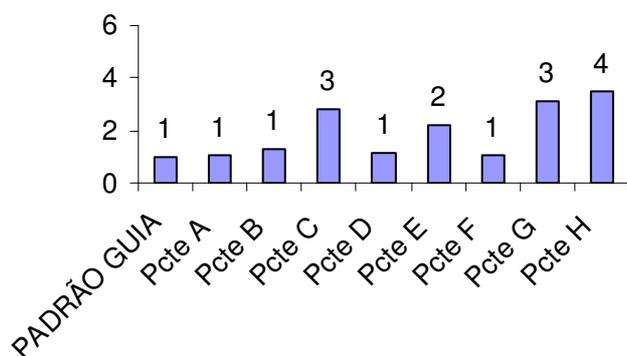
Destaca-se como importante o fato de nenhum dos entrevistados apresentar consumo abaixo da recomendação, já que os demais (2 pessoas ou 25,0%) relataram consumo de 1 porção diária para o grupo das carnes, o que está dentro do que é considerado normal, sem maiores prejuízos a saúde.

Ao descrever sobre o grupo das carnes é importante destacar que contemplam os alimentos fontes de ferro, mineral fundamental para funcionamento do organismo em especial para o transporte de oxigênio (COZZOLINO, 2007). Sendo assim, observa-se que a ingestão do grupo das carnes sem haver excessos, trará benefícios aos celíacos, assim como a população em geral, do contrário haverá consequências, conforme acima citado.

Para o grupo de gorduras e doces a recomendação diária de ingestão estabelecida é que não ultrapasse 1 porção para cada grupo alimentar, assim evita-se complicações no organismo (BRASIL, 2006).

Destaca-se que o grupo das gorduras, se consumido com moderação, tem papel muito importante ao organismo, uma vez que é responsável por cerca de 15 a 30% das energias diárias consumidas pela população. Além do benefício a saúde, melhoram as características sensoriais dos alimentos, o que potencializa o consumo destes (PHILIPPI, 2008).

Ao visualizar os resultados da presente pesquisa, observado que 50,0% dos entrevistados (4 pessoas) apresentaram consumo diário maior do que 1 porção do grupo de gorduras, fato preocupante, já que a manutenção de um consumo baixo de gorduras é o indicado para toda a população, vale ressaltar que é sempre importante verificar a qualidade dos ácidos graxos consumidos (figura 7).



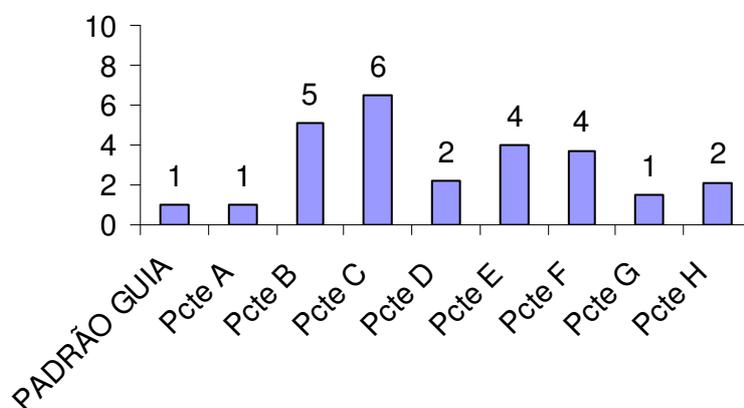
**Figura 7.** Consumo diário do grupo de óleos e gorduras.

Uma questão importante a ser comentada é que, pacientes celíacos tem baixa probabilidade de apresentar problemas relacionados ao excesso de ingestão de gorduras, fato citado na pesquisa de Lewis et al. (2009), onde os autores realizaram a mensuração de colesterol total e frações em pacientes celíacos recém diagnosticados, e repetiu os testes decorridos 12 meses do início do tratamento com isenção total de glúten, os pacientes apresentaram elevação dos níveis séricos de colesterol total, induzido pelo aumento da fração HDL colesterol, o bom colesterol.

Vale destacar que o estudo de Lewis et al. (2009), foi realizado no Reino Unido, e seria necessário avaliar outras populações do mundo quanto aos mesmos aspectos e,

preferencialmente, associados aos tipos de alimentos consumidos pela população, o que pode apresentar interferência direta nestes índices. Desta forma, seria mais facilmente comparados os resultados e melhor visualizar a aplicabilidade aos celíacos de outros países/continentes. Como precaução, visualiza-se a necessidade de orientação aos celíacos da atual pesquisa, para minimizar a frequência de consumo e também para consumir melhores fontes de óleos/gorduras no dia-a-dia.

Com relação ao consumo de doces, observado elevado consumo, já que apenas dois dos entrevistados (25,0%) apresentaram consumo de 1 porção ao dia, os demais (6 pessoas ou 75,0%) apresentaram consumo superior ao máximo ideal, dados disponibilizados na figura 8.



**Figura 8.** Consumo diário do grupo de açúcares e doces.

Pode-se destacar que atualmente não são encontrados estudos concretos sobre a associação de incidência de diabetes mélicos em pacientes com doença celíaca, há mais estudos que indicam prevalência/incidência de doença celíaca em pacientes com diabetes melitos, essencialmente em crianças (MONT-SERRAT et al., 2008; VENTURA, MAGAZZU e GRECO, 1999; VITORIA et al, 1998). Mesmo assim vale ressaltar que o aumento no consumo de açúcares e doces pode induzir ao surgimento de diabetes, além de outras disfunções no organismo e por isso o grupo deve ter maior cautela no consumo deste grupo alimentar.

Um assunto a ser levantado, mas em primeiro momento nada conclusivo, é que grande parte dos entrevistados da presente pesquisa, relataram que há grande oferta nos estabelecimentos comerciais de alimentos doces isentos de glúten, e pouca oferta de alimentos salgados, e isto de alguma forma pode induzir ao consumo de alimentos doces o que durante

um período longo de tempo submetido a mesma alimentação pode acarretar em prejuízos e de alguma forma induzir ao surgimento de doenças, o que de certa forma inclui o diabetes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como particularidade do presente estudo, vale destacar que as maiores dificuldades dos celíacos estão na pouca disponibilidade de produtos isentos de glúten no mercado local, além de pouca disponibilidade de alimentos salgados e o alto custo. Percebe-se, ainda, que não há preocupação quanto à qualidade nutricional, mas sim em encontrar alimentos sem glúten para consumir.

Ressalta-se a importância de acompanhamento individual com profissional habilitado, uma vez que possibilita o tratamento das particularidades de cada paciente, podendo assim potencializar os benefícios individuais.

Em virtude de algumas dificuldades na comparação de porções ideais aos celíacos com o guia alimentar para a população em geral, percebeu-se a necessidade de elaboração de um guia alimentar direcionado aos celíacos, levando-se em consideração todas as tendências em apresentar déficits nutricionais e/ou complicações em virtude da má alimentação e/ou má absorção de nutrientes.

Para concluir, é ainda mais importante a atualização sobre os conhecimentos acerca da doença celíaca por parte dos profissionais da área da saúde, essencialmente dos nutricionistas, uma vez que o único tratamento na atualidade está relacionado à alimentação.

## REFERÊNCIAS

ANGELIS, R. C. **Alergias alimentares:** tentando entender por que existem pessoas sensíveis a determinados alimentos. São Paulo: Atheneu, 2006.

ARAÚJO, Halyna Mayer Chaver; ARAÚJO, Wilma Maria Coelho; BOTELHO, Assunção Raquel Braz; ZANDONADI, Renata Puppim. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, 23(3):467-474, maio/jun., 2010.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

CARVALHO, C. N. M.; SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES NETO, U. Doença celíaca em tratamento: avaliação da densidade mineral óssea. **Jornal de Pediatria**, n.79, v. 4, p.303-308, 2003.

COSTA, Neuza Maria Brunoro; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. **Alimentos funcionais:** componentes bioativos e efeitos fisiológicos. Rio de Janeiro, Rubio, 2010.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes.** 2. ed. Atualizada e ampliada. Barueri-SP: Manole, 2007.

FARO, Helena Campos. **Doença celíaca: revisão bibliográfica.** 2008, 58p. Monografia (Especialização em Pediatria), Hospital Regional da Asa Sul, Residência Médica em Pediatria, Brasília, 2008.

FORNÉS, NS; STRINGHINI, MLF; ELIAS, BM. Reprodutibilidade and validity of a food-frequency questionnaire for use among low-income Brazilian workers. **Public Health Nutrition.** V. 6, n. 8, p. 821-827, 2003.

GALDOLFI, L; PRATESI, R; CORDOBA, J.C; TAUIL, PL; GASPARIN, M ; CATASSI, C. a prevalência de doença celíaca em doadores de sangue no Brasil. **Jornal de Gastroenterologia**, v. 95, n. 3, p. 689 – 692, mar. 2000.

GAMA E SILVA, Tatiana Sudbrack da, FURLANETTO, Tania Weber. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. **Rev Assoc Med Brás**, 56(1): 122-126, 2010.

HALLERT, C; SVENSSON M; THOLSTRUP, J; HULTBERG, B. Clinical trial: B vitamins improve health in patients with celiac disease living on a gluten-free diet. **Aliment Pharmacol Ther** 29, 811–816, 2009.

LEWIS NR, SANDERS DS, LOGAN RF, FLEMING KM, HUBBARD RB, WEST J . Cholesterol profile in people with newly diagnosed coeliac disease: a comparison with the general population and changes following treatment. **Br J Nutr.**, 102(4):509-13, 2009.

LÓPEZ, A. C. B.; PEREIRA, A. J. G.; JUNQUEIRA, R. G. Flour mixture of rice flour, corn and cassava starch in the production of gluten-free white bread. **Brazilian Archives of Biology and Technology**, v. 47, n. 1, p. 63-70, mar. 2004.

MONT-SERRAT, Camila; HOINEFF, Cláudio; MEIRELLES, Ricardo M R; KUPFER, Rosane. Diabetes melitos e doenças auto-imunes: prevalência da doença celíaca em crianças e adolescentes portadores de diabetes tipo I. **Arq Bras Endocrinol Metab**, p. 52-9, 2008.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos**: fundamentos básicos da nutrição. Barueri-SP, Manole, 2008.

POSSIK, P.A.; FINARDI FILHO, F.; FRANCISCO, A.; LUIZ, M.T.B. Alimentos sem glúten no controle da doença celíaca. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr**, v. 29, p. 61-74, jun. 2005.

SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 36, n.4, p. 244-255, out./dez. 1999.

SDEPANIAN, Vera Lucia; MORAIS, Mauro Batista de; FAGUNDES-NETO, Ulysses. Doença celíaca: características clínicas e métodos utilizados no diagnóstico de pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 77 (2): 131-8, 2001.

THOMPSON, Tricia. Oats and the glúten-free diet. **Journal of The American Dietetic Association**, v 103, n. 3, p. 376-379, 2005 a.

THOMPSON T, DENNIS M, HIGGINS LA, LEE AR, SHARRETT MK. Are Americans with celiac disease consuming recommended amounts of fibre, iron, calcium and grain foods? **J Hum Nutr Dietet** , n. 18, p. 163– 9, 2005b.

VENTURA A, MAGAZZÙ G, GRECO L. Duration of exposure to gluten and risk for autoimmune disorders in patients with celiac disease. SIGEP Study Group for Autoimmune Disorders in Celiac Disease. **Gastroenterology**. Aug;117(2):297–303, 1999.

VITORIA, Juan C.; CASTAÑO, Luis; ITXASO, Rica; BILBAO, Ramón J.; ARRIETA, Arantza; GARCÍA-MASDEVALL, María D. Association of insulin-dependent diabetes mellitus and celiac disease: a study based on serological markers. **Journal of Pediatric Gastroenterology e Nutrição**. July, v.27, p. 47-52, 1998.

ZANOLLA, Anelise Fernanda; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; HENN, Ruth Liane; WAHRLICH, Vivian; ANJOS, Luiz Antonio. Avaliação de reprodutibilidade e validade de um questionário de frequência alimentar em adultos residentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):840-848, abr, 2009.