

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS
CURSO DE NUTRIÇÃO**

EDUARDA ROCHA DA CONCEIÇÃO

**ASPECTOS DESAFIADORES, PSICOLÓGICOS E FACILITADORES
ASSOCIADOS À DIETA SEM GLÚTEN NA DOENÇA CELÍACA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO**

SÃO LUÍS-MA

2023

EDUARDA ROCHA DA CONCEIÇÃO

**ASPECTOS DESAFIADORES, PSICOLÓGICOS E FACILITADORES
ASSOCIADOS À DIETA SEM GLÚTEN NA DOENÇA CELÍACA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança.

SÃO LUÍS-MA

2023

Ficha Catalográfica

Conceição, Eduarda Rocha da.

ASPECTOS DESAFIADORES, PSICOLÓGICOS E FACILITADORES ASSOCIADOS À DIETA SEM GLÚTEN NA DOENÇA CELÍACA: UMA REVISÃO DE ESCOPO / Eduarda Rocha da Conceição – 2023

65 páginas

Orientadora: Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança.
Curso de Nutrição, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

1. Dieta livre de glúten. 2. Doença celíaca 3. Aspectos socioeconômicos. 4. saúde mental. 5. Apoio psicossocial. I. Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança. II. Título.

**ASPECTOS DESAFIADORES, PSICOLÓGICOS E FACILITADORES
ASSOCIADOS À DIETA SEM GLÚTEN NA DOENÇA CELÍACA: UMA REVISÃO
DE ESCOPO.**

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Nutrição da
Universidade Federal do Maranhão como requisito
para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maylla Luanna
Barbosa Martins Bragança.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança (Orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

Prof.^a. Dr.^a. Joelma Ximenes Prado Teixeira
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

Prof.^a.
Msc. Yuko Ono
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

SÃO LUÍS - MA

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu perfeito pai e fiel amigo, que me conduziu até esse ponto da jornada. Eterna gratidão a minha mãe, Maria do Rosário Machado Rocha, por todo suporte, paciência e amor manifestado das mais variadas formas.

À minha irmã Rosália de Laura Rocha Conceição, que exala afeto e cumplicidade para mim todos os dias. Ao meu chunhado, Claudione Barros de Oliveira, por toda parceria. Ao meu pai Oraci da Conceição e à minha avó Maria Rosa da Conceição, que embora ausentes neste momento, sempre os carregarei honrosamente em minha história. Aos meus avós maternos, João Jacinto Rocha e Benedita Machado Rocha, também ausentes neste momento, mas eternamente constantes em minha memória e coração.

Destino também minha gratidão à Prof.^a Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança, pelas orientações, suporte, correções e elogios. Bem como, a todos os amigos que de alguma maneira contribuíram para essa versão da Eduarda que chega a este atual momento, especialmente as minhas amigas Jhéssica Alice Reis, Glenda Nunes e Klicya Nogueira que sonharam, choraram e celebraram comigo ao longo de tantos anos assim como em mais este ciclo da minha vida.

Muito obrigada, a todos!

RESUMO

A doença celíaca é uma enteropatia autoimune. O tratamento consiste na manutenção de uma dieta sem glúten pra toda a vida. O seu processo terapêutico pode acrescentar alta carga econômica, social e emocional. O objetivo desta revisão de escopo foi mapear as evidências disponíveis sobre os aspectos desafiadores, psicológicos e facilitadores que envolvem a manutenção da dieta livre de glúten e qualidade de vida em pessoas com doença celíaca. Foi realizada uma revisão de escopo a partir de uma busca nas bases de dados: PubMed, Lilacs, Web of Science, Embase, Scopus, Scielo e Google Acadêmico. Os artigos encontrados foram submetidos a um processo de triagem com leitura de título, resumo e texto completo. Ao final 26 artigos foram selecionados para inclusão. Entre os principais desafios encontrados estiveram as dificuldades socioeconômicas, contaminação cruzada, baixa qualidade nutricional da dieta, problemas com serviços de saúde e persistência de sintomas. A respeito dos aspectos que envolvem a saúde mental encontrou-se alta prevalência de transtornos alimentares, depressão e ansiedade. Os fatores facilitadores foram ter idade mais adiantada, maior tempo de experiência com a dieta, participar de associações de apoio, maior conhecimento sobre a dieta e ter uma percepção correta da DC. A dieta sem glúten continua sendo fundamental para o controle da DC, mas é necessário que a adesão a esta dieta seja acompanhada de um cuidado integrado considerando os aspectos psicossociais que envolvem esse tratamento.

Palavras-chave: Dieta livre de glúten; doença celíaca; aspectos socioeconômicos; saúde mental; apoio psicossocial.

ABSTRACT

Celiac disease is an autoimmune enteropathy. Treatment consists of maintaining a gluten-free diet for life. But this therapeutic process can add a high economic, social, and emotional burden. The objective of this scoping review was to map the available evidence on the challenging, psychological, and facilitating aspects involved in maintaining a gluten-free diet and quality of life in people with celiac disease. A scoping review was carried out based on a search in the following databases: PubMed, Lilacs, Web of Science, Embase, Scopus, Scielo, and Google Scholar. The articles found were submitted to a screening process with title, abstract, and full-text reading. In the end, 26 articles were selected for inclusion. Among the main challenges encountered were social and economic difficulties, cross-contamination, the low nutritional quality of the diet, problems with health services, and the persistence of symptoms. Regarding the mental health, a high prevalence of eating disorders, depression, and anxiety was found. Older age, longer experience with the diet, participating in support associations, greater knowledge about the diet, and having a correct perception of CD were facilitating factors. A gluten-free diet remains fundamental for CD control, but adherence to this diet must be accompanied by integrated care considering the psychosocial aspects involved in this treatment.

Keywords: Gluten-free diet; celiac disease; socioeconomic aspects; mental health; psychosocial support.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Aplicação da estratégia de busca na base de dados.....	11
Tabela 2 - Características gerais dos artigos incluídos na revisão	16
Tabela 3 - Desafios enfrentados na adesão à dieta sem glúten	23
Tabela 4 - Aspectos psicológicos relacionados aos desafios enfrentados.....	25
Tabela 5 - Fatores que facilitam a adesão à dieta livre de glúten	28
Figura 1- Fluxograma PRISMA-ScR referente ao processo de triagem dos artigos..	14

EDUARDA ROCHA DA CONCEIÇÃO

SUMÁRIO 1 INTRODUÇÃO

.....	8
2 MÉTODOS	9
3 RESULTADOS	12
3.1 Descrição dos artigos inseridos	13
3.2 Síntese dos Resultados	21
4 DISCUSSÃO	27
4.1 Desafios enfrentados na adesão a dieta livre de glúten	27
4.2 Aspectos psicológicos relacionados aos desafios enfrentados	38
4.3 Fatores que facilitam a adesão a dieta livre de glúten	43
5 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXO A.	
56 ANEXO B	
.....	61

1 INTRODUÇÃO

A doença celíaca é uma condição na qual o sistema imunológico reage causando uma enteropatia (uma agressão ao intestino delgado) mediante a ingestão de glúten. O glúten consiste em um conjunto de proteínas presentes no trigo, centeio e cevada (LUDVIGSSON et al., 2013). Trata-se de uma doença crônica e o tratamento em geral é baseado em uma alimentação com exclusão do glúten por toda a vida (BAI; CIACCI, 2017). Estima-se que a prevalência global da doença celíaca, detectada por meio de testes sorológicos, é de 1,4% (SINGH et al., 2018). Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento de 7,5% ao ano da incidência da doença celíaca. Além disso, embora essa doença possa acometer qualquer indivíduo geneticamente predisposto, independente de sexo ou faixa etária, tem se mostrado mais comum em mulheres e crianças (KING; KAPLAN; GODLEY, 2019).

A doença celíaca (DC) pode se manifestar através de sintomas clássicos como perda de peso, anemia ferropriva, diarreia crônica, atraso no crescimento, bem como sem sinais de má absorção, com presença de sintomas gastrointestinais inespecíficos ou extraintestinais (tais como enxaqueca, fadiga, erupção cutânea) e até mesmo pode ser assintomática (BAI; CIACCI, 2017; LUDVIGSSON et al., 2013).

Embora seja essencial uma adequada adesão à dieta totalmente sem glúten, esse tratamento dietético impõe uma alta carga aos portadores da doença celíaca, semelhante ao fardo da doença renal terminal (SHAH et al., 2014). O glúten está presente em uma grande diversidade de alimentos, que por vezes, estão vinculados aos momentos de interação social das pessoas. Dessa forma, eliminar o contato com o glúten se torna não somente uma questão de saúde, mas também um dilema social,

emocional e econômico para as pessoas com doença celíaca (DE PAULA; CRUCINSKY; BENATI, 2014; ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016).

Muitos estudos têm desbravado as implicações psicológicas da dieta sem glúten (ALJADA; ZOHNI; EL-MATARY, 2021; ZINGONE et al., 2015), outros tem se aprofundado nos desafios enfrentados e nos preditores de uma melhor adesão à dieta (BURGER et al., 2017; WHITE; BANNERMAN; GILLET, 2016). No entanto, ainda há a necessidade de revisões sistematizadas abrangendo simultaneamente as várias facetas que compõem o manejo da dieta sem glúten para o tratamento da doença celíaca. Por esse motivo, este trabalho buscou mapear as evidências disponíveis sobre os aspectos desafiadores, psicológicos e facilitadores que envolvem a manutenção da dieta sem glúten e qualidade de vida em pessoas com doença celíaca.

2 MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão de escopo baseada nas orientações do protocolo proposto pelo Joanna Briggs Institute (PETERS MDJ et al., 2020) e na extensão PRISMA-ScR para revisões de escopo (TRICCO et al., 2018). A pergunta de pesquisa foi construída utilizando a estratégia PCC, que tem como principais elementos o mnemônico: População, Conceito e Contexto. A população incluiu pessoas com doença celíaca, de todas as idades e ambos os sexos. O conceito configurou-se como os desafios, aspectos psicológicos e facilitadores associados ao manejo da dieta sem glúten. A fim de manter maior abrangência, o contexto foi deixado em aberto para que evidências de qualquer conjuntura pudessem ser incluídas. A partir disso, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os aspectos

desafiadores, psicológicos e facilitadores que envolvem a manutenção da dieta sem glúten e qualidade de vida das pessoas com doença celíaca?

Em seguida, partiu-se para a etapa de identificação dos estudos relevantes nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Web of Science, Embase, Scopus (acessadas pelo portal de periódicos CAPES, por meio do acesso Cafe), Scielo e Google Acadêmico. A busca nas bases de dados foi realizada por uma revisora, no período de 2 de junho a 30 de junho de 2022.

A estratégia de busca objetivou ser abrangente e contemplou 2 etapas: na primeira, a busca foi limitada à base PubMed e ao Google Acadêmico, seguida por uma análise das palavras mais recorrentes nos títulos e resumos dos artigos. A segunda etapa compreendeu a realização de busca em todas as bases de dados utilizando as palavras-chave identificadas na etapa anterior. As buscas nos bancos de dados contemplou a utilização das seguintes palavras-chave: doença celíaca, doença autoimune desencadeada pelo glúten, enteropatia sensível ao glúten, pacientes celíacos, pessoas celíacas, dieta sem glúten, exclusão do glúten, restrição de alimentos com glúten, comportamento alimentar, práticas alimentares, hábitos alimentares, adesão estrita à dieta, contaminação cruzada, manutenção da dieta, adaptação alimentar, desafios, barreiras, aspectos psicológicos, impacto psicossocial, saúde mental, relações sociais, qualidade de vida, bem-estar, ansiedade, depressão, saúde emocional, transtornos alimentares, preocupação, comportamentos inadequados, rede de apoio, fatores psicoafetivos, apoio social, facilidades, preditores de adesão. Foram usados os operadores booleanos “AND” e “OR” para separar as palavras-chave e não houve aplicação de filtros automáticos. Uma demonstração de como foi aplicada a estratégia de busca em uma das bases está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Aplicação da estratégia de busca na base de dados

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed	``doença celíaca`` OR ``doença autoimune desencadeada pelo glúten`` OR ``enteropatia sensível ao glúten`` OR ``pacientes celíacos`` ``pessoas celíacas`` AND ``dieta sem glúten`` OR ``exclusão do glúten`` OR ``restrição de alimentos com glúten`` OR ``comportamento alimentar`` OR ``práticas alimentares`` OR ``hábitos alimentares`` ``adesão estrita à dieta`` OR ``contaminação cruzada`` OR ``manutenção da dieta`` OR ``adaptação alimentar`` AND ``desafios`` OR ``barreiras`` OR ``aspectos psicológicos`` OR ``impacto psicossocial`` OR ``saúde mental`` OR ``relações sociais`` OR ``qualidade de vida`` OR ``bem-estar`` OR ``ansiedade`` OR ``depressão`` OR ``saúde emocional`` OR ``transtornos alimentares`` OR ``preocupação`` OR ``comportamentos inadequados`` OR ``rede de apoio`` OR ``fatores psicoafetivos`` OR ``apoio social`` OR ``facilidades`` OR ``preditores de adesão``.

Durante o processo de seleção das fontes de evidência, foram incluídos somente estudos primários (a fim de relatar evidências de investigações originais), disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol (devido a melhor viabilidade), publicados a partir de janeiro de 2018 até o final do mês de junho de 2022 (buscando abranger um conjunto de evidências mais recentes sobre o tema). Além disso, foram considerados como critério de inclusão apresentar resultados relacionados aos desafios, aspectos psicológicos e fatores facilitadores experimentados por pessoas com DC no processo de adesão à dieta sem glúten e manutenção da qualidade de vida. Foram excluídas as publicações incompatíveis com o foco desta pesquisa, os estudos duplicados e artigos de revisão.

Na etapa de extração de dados, foi utilizado o software Microsoft Excel para a gestão dos dados. Portanto os dados extraídos dos artigos foram alocados em uma planilha do Excel, com as seguintes categorias: autor e ano de publicação, desenho

do estudo e coleta de dados, descrição da população, tamanho amostral, critérios de inclusão e exclusão, objetivo e principais resultados. Para manipulação e resumo dos dados mapeados produziu-se o agrupamento e síntese dos resultados buscando apresentá-los de forma descritiva. Com esse propósito, os resultados encontrados foram resumidos em três eixos, intitulados como: 1. Desafios, 2. Aspectos Psicológicos 3. Fatores Facilitadores. Haja vista as seguintes especificações para cada eixo:

- ✦ Desafios para o alcance da manutenção da dieta sem glúten e qualidade de vida na DC
- ✦ Aspectos psicológicos frente aos desafios enfrentados no âmbito da DC
- ✦ Variáveis ou fatores associados à melhora da adesão à dieta sem glúten, qualidade de vida e bem-estar psicológicos.

Por conseguinte, os resultados encontrados foram apresentados em três tabelas correspondentes aos três eixos supracitados acompanhadas de um resumo narrativo. As etapas do processo realizado nesta revisão estão descritas na lista de verificação do PRISMA-ScR presente no Anexo B.

3 RESULTADOS

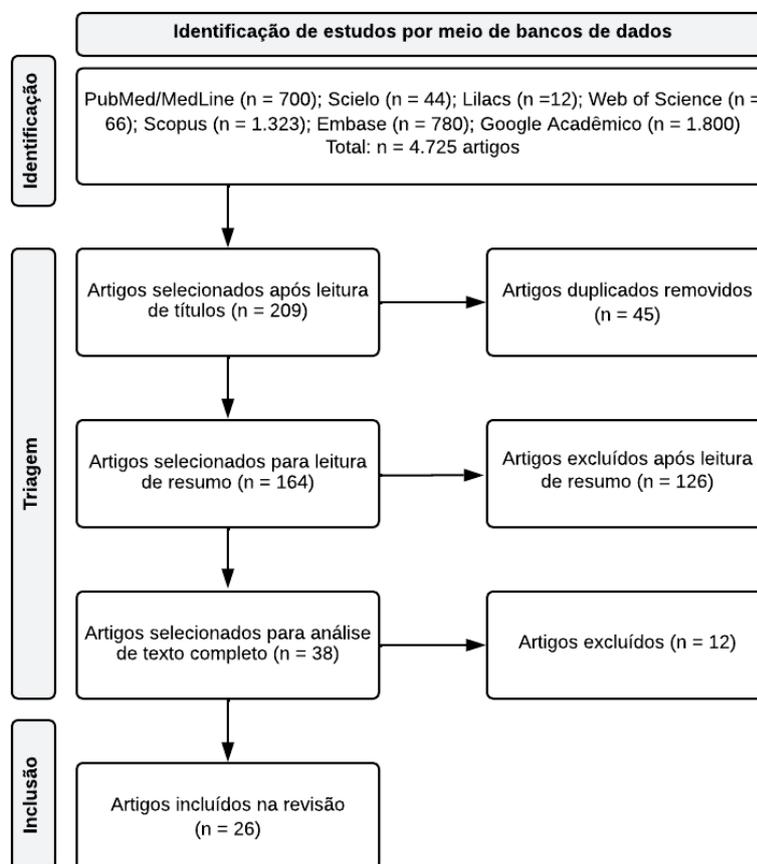
Foram encontrados 4.725 artigos a partir da busca nas bases de dados, dos quais 209 foram selecionados para análise após leitura de títulos e posteriormente 45 foram excluídos devido à repetição de títulos. Após a remoção de duplicatas, 164 artigos permaneceram para análise de resumo e, entre estes, 126 foram excluídos após leitura de resumo e 38 foram selecionados para a análise de texto completo.

Após a avaliação quanto à elegibilidade dos 38 estudos, 26 foram selecionados para inclusão na revisão e 12 estudos foram excluídos . A descrição das buscas e a seleção dos artigos estão descritos no fluxograma PRISMA-ScR, na Figura 1.

3.1 Descrição dos artigos inseridos

As características dos estudos incluídos nesta revisão estão detalhadas na Tabela 2. No tocante ao tipo de estudo, dezenove (73,0%) eram estudos transversais, três (11,5%) estudos de coorte observacional, dois (7,6%) ensaios clínicos controlado randomizado, um (3,8%) caso-controle e um (3,8%) retrospectivo descritivo. A coleta dos dados dos estudos foi, em sua maioria (57,6%), realizada por meio da aplicação de questionários via internet/plataformas virtuais. Dois estudos (7,6%) realizaram revisão de prontuários ou registros médicos, um (3,8%) combinou revisão de prontuários e aplicação de questionário online, cinco estudos (19,2%) realizaram entrevistas ou avaliações clínica presenciais, um (3,8%) envolveu entrevista somada a contatos via telefone, uma pesquisa postal (3,8%) e uma pesquisa (3,8 %) coletou informações de um banco de dados.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR referente ao processo de triagem dos artigos



Sobre o tamanho amostral dos estudos, a pesquisa com menor volume de participantes teve uma amostra de cinquenta pessoas (RONCORONI et al., 2018) e o estudo de maior abrangência teve trinta e sete milhões de participantes (ALKHAYYAT et al., 2021). A maioria dos trabalhos (65,3%, n = 17) selecionou a amostra a partir de associações de apoio a pessoas com DC, quatro (15,3%) de centros de atendimentos como clínicas e ambulatórios, um (3,8%) da população geral, um (3,8%) estudo selecionou participantes de associações de apoio e pessoas da população geral, três (11,5%) selecionaram pacientes registrados em bancos de registro de dados. Os

estudos incluíram crianças, adolescentes, adultos, de ambos os sexos e com determinados critérios a depender da especificação do objetivo de cada estudo.

Tabela 2 - Características gerais dos artigos incluídos na revisão

Autor e ano	Desenho do estudo e coleta de dados	Descrição da população	Tamanho amostral	Critérios de inclusão/exclusão	Objetivo do artigo
REAL-DELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021	Estudo exploratório transversal descritivo, realizado através do Google Forms.	Adultos, adolescentes e pais de crianças com doença celíaca residentes no Paraguai.	364 participantes	Inclusão: adultos, adolescentes e crianças com confirmação histológica de doença celíaca. como facilitadores e	Determinar as circunstâncias que atuam barreiras para a adesão à dieta sem glúten.
BARRIO et al., 2020	Pesquisa transversal, com aplicação de questionários online. Celíacos de Madri e seus respectivos pais.	Crianças e adolescentes membros da Associação de Celíacos de Madri e seus respectivos pais.	387 pais e 255 crianças /adolescentes	Inclusão: pessoas com DC, de 8 a 18 anos de idade, com endereço de e-mail registrado na Associação de Celíacos de Madri no momento da pesquisa.	Comparar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde e fatores relacionados em crianças celíacas espanholas e seus pais.
BESSA et al., 2020	Estudo transversal, realizado por meio de entrevistas presenciais. Celíacos do Brasil - Seção Ceará.	Adultos membros da Associação de entrevistas	83 pessoas	Inclusão: ter diagnóstico médico de DC, idade \geq 18 anos e residir no Estado do Ceará. Exclusão: possuir alguma limitação mental que possa comprometer a veracidade dos dados.	Descrever os hábitos de controle de saúde que influenciam no cotidiano dos celíacos e analisar a prática de ações relacionadas ao controle da saúde.
AL-SUNAID al., 2021	Estudo transversal, no qual foi aplicada uma pesquisa online. Saudita e de um grupo de suporte online.	Adultos participantes da Associação Celíaca Saudita e de um grupo de	97 pessoas	Inclusão: idade entre 18 a 65 anos, residir na Arábia Saudita e ter diagnóstico de DC há mais de 6 meses. Exclusão: possuir outra condição clínica que afete a qualidade de vida relacionada à saúde.	Investigar a associação entre a adesão a uma dieta sem glúten, insegurança alimentar e qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com DC.

CROCKER; JENKINSON; PETERS, 2020	Pesquisa transversal, em que a coleta de dados ocorreu por uma pesquisa postal.	Adultos membros de uma instituição de diagnóstico médico de DC.	268 pessoas com DC, no Reino Unido.	Inclusão: ter 18 anos ou mais de idade, residir no Reino Unido e declarar caridade para pessoas com DC.	Investigar as experiências dos pacientes com serviços de saúde e explorar a relação entre essas experiências e qualidade de vida.
HALMOS et al., 2018	Pesquisa transversal, com preenchimento de questionários online.	Membros das associações de apoio a portadores de DC, da Austrália e Nova Zelândia.	5.310 pessoas da Austrália e Nova Zelândia.	Inclusão: ser diagnosticado com DC há pelo menos 6 meses e com idade ≥ 13 anos.	Avaliar os fatores que influenciam a adesão à dieta sem glúten em pacientes com doença celíaca.
BENNETT et al., 2022	Estudo retrospectivo descritivo, realizado por meio de revisão de prontuários médicos.	Pacientes acompanhados na clínica do Centro de Nutrição Humana da Universidade Vanderbilt (EUA).	137 pacientes	Inclusão: ter biópsia comprovando DC e ter completado ao menos uma pesquisa sobre transtorno alimentar restritivo/evitativo entre janeiro de 2018 e agosto de 2020.	Identificar a prevalência de Transtorno Alimentar Restritivo em pacientes celíacos e avaliar complicações metabólicas, controle da DC e adesão à dieta.
LEINONEN et al., 2019	Estudo de coorte observacional, no qual primeiramente foram extraídas informações dos prontuários de pacientes pediátricos e em seguida foram enviados questionários aos pacientes que atingiram a idade adulta.	Pacientes registrados em um banco de dados de pesquisa na Finlândia.	231 pessoas em	Inclusão: possuir DC comprovada por biópsia, ter sido diagnosticado na infância entre 1966 e 2014. Exclusão: idade inferior a 18 anos, falecidos ou com informações de contato ausentes.	Avaliar a prevalência e os fatores associados às restrições da vida cotidiana causadas pela doença celíaca tratada em longo prazo.
PARKER et al., 2022	Estudo caso-controle, elaborado a partir de questionários online.	Pessoas com DC, membros de uma organização de Reino Unido	Grupo de celíacos: 523 Grupo controle: membros de uma organização de Reino Unido	Inclusão: idade ≥ 18 anos, estar em dieta sem glúten por no mínimo 1 ano. No grupo controle foram incluídos os que responderam à pesquisa, exceto no Reino Unido e pessoas da	Avaliar a prevalência e os fatores associados a distúrbios gastrointestinais funcionais em adultos com DC que aderem a uma dieta sem glúten.

1.940 os que apresentaram doença população geral. gastrointestinal orgânica.

TOKATLY LATZER et al., 2020	Estudo transversal descritivo gerado por meio de uma pesquisa online.	Adolescentes com doença celíaca, membros da Organização Nacional de Doença Celíaca (Israel).	136 adolescentes	Inclusão: idade entre 12 e 18 anos. Exclusão: possuir comorbidade (além DC) que necessita de um regime prescrito por toda a vida.	Avaliar a prevalência e os fatores de risco para da comportamentos alimentar desordenados entre indivíduos com DC.
JOELSON et al., 2018	Estudo transversal observacional, com aplicação de uma pesquisa online.	Pessoas com DC, participantes de um fórum criado pela Fundação de Doença Celíaca (EUA).	519 pessoas	Inclusão: indicar um diagnóstico de DC, qualquer idade, por endoscopia e biópsia e ter respondido às perguntas do estudo entre 30/01 e 25/08 de 2016.	Estudar o efeito dos em sintomas depressivos na associação entre os do sintomas da DC e a adesão a uma dieta sem glúten.
LEE et al., 2021	Estudo transversal envolvendo uma pesquisa mediada pela internet.	Pacientes e afiliados do Centro de Doença Celíaca de Nova York, EUA.	538 adultos	Inclusão: idade \geq 18 anos, diagnóstico de DC comprovado por biópsia (autorreferido) e adesão a dieta sem glúten.	Investigar as características demográficas e de saúde associadas à ansiedade social, comportamentos alimentares e qualidade de vida.
GUEDES et al., 2020	Estudo transversal, exploratório que entrevistas envolveu presenciais como meio de coleta de dados.	Adultos membros da Associação de Celíacos do Brasil - Seção Ceará.	83 pessoas	Inclusão: possuir diagnóstico concluído de DC, idade \geq 18 anos e residir no estado do Ceará. Exclusão: ter alguma limitação cognitiva que impedisse de responder o instrumento de forma autêntica.	Identificar a prevalência de ansiedade e depressão e a associação com variáveis psicoafetivas, familiares e cotidianas em indivíduos com DC.
FRASER;	Estudo transversal,	Adultos com DC, de ambos os sexos,	187 pessoas	Inclusão: ter idade igual ou maior a 18 anos, saber ler inglês e relatar	Investigar fatores celíacos específicos e não

MÖLLER; KNOWLES, 2022	realizado por meio de uma pesquisa online.	membros de uma organização de apoio australiana.		diagnóstico médico de doença celíaca.	específicos que preveem transtornos alimentares em indivíduos que vivem com DC.
MÖLLER et al., 2021	Estudo transversal, com aplicação de questionários online.	Membros de associações de apoio da Austrália e Nova Zelândia e participantes de pesquisas anteriores (registrados em uma lista de email).	1.697 indivíduos	Inclusão: idade \geq 18 anos, capazes de entender inglês e diagnosticados com doença celíaca.	Examinar o papel dos fatores psicossociais na mediação da relação entre sintomas gastrointestinais e qualidade de vida.
WOLF et al., 2018	Estudo prospectivo transversal, que envolveu entrevista e contatos por telefone.	Afilados do Centro de Doença Celíaca da Universidade de Columbia, em Nova York.	80 adultos e adolescentes	Inclusão: idade \geq 13 anos, diagnóstico de DC confirmado por biópsia duodenal de qualidade de vida com há 1 ano ou mais. Exclusão: não ter níveis de energia, adesão à dieta sem glúten e diagnóstica de DC.	Examinar as associações de qualidade de vida com há 1 ano ou mais. Exclusão: não ter níveis de energia, adesão à dieta sem glúten e conhecimento sobre essa dieta.
LUDVIGSSON et al., 2018	Estudo de coorte, no qual os dados foram coletados a partir de relatórios de biópsias e registros de departamentos de saúde.	Indivíduos com DC registrados nos departamentos de patologia da Suécia, que fizeram biópsias do intestino delgado entre 1969-2008.	7.648 pessoas	Inclusão: ter realizado ao menos uma biópsia dentro do prazo de 6 meses a 5 anos após a primeira biópsia cicatrização da mucosa na doença celíaca.	Examinar a relação entre ansiedade, depressão e cicatrização da mucosa na diagnóstica.
(ALKHAYYAT et al., 2021)	Estudo de coorte observacional retrospectivo, com utilização de um banco de dados.	Pacientes registrados em um banco de dados que abrange 360 hospitais dos Estados Unidos.	37.465.810	Inclusão: pacientes com DC registrados entre 2016 e 2020. O grupo de controle foi composto por pacientes registrados nesse período, mas sem diferentes condições celíaca. psiquiátricas.	Descrever a epidemiologia e a associação entre doença celíaca e diferentes condições de doença celíaca.

PRATESI et al., 2018 Estudo transversal, realizado através de uma plataforma de pesquisa online.	Membros da Associação dos Celíacos do Brasil e da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil.	450 pessoas	Inclusão: idade \geq 18 anos e diagnóstico de doença celíaca há mais de um ano.	Traduzir, adaptar culturalmente e validar um questionário de qualidade de vida específico para a DC e aplicá-lo a pacientes brasileiros com doença celíaca.
ENAUD et al., 2022 Estudo transversal realizado por meio de de Intolerantes ao de questionários online.	Membros da Associação Francesa de 2022 aplicação Glúten.	787 pessoas	Inclusão: idade de 15 anos ou mais e ter relatado possuir um diagnóstico estabelecido de doença celíaca (sorológica e/ou histologicamente). doença celíaca.	O objetivo foi determinar os fatores associados a uma melhor qualidade de vida em pacientes com
AKBARI NAMVAR et al., 2022 Ensaio clínico controlado randomizado, no qual o grupo de intervenção leste participou de sessões de educação em grupo. O grupo controle recebeu sessões de educação individual na clínica.	Pacientes com doença celíaca, registrados no banco de dados de registro de DC do Azerbaijão.	Grupo intervenção: 66 pessoas 64 pessoas	Inclusão: ter biópsia diagnóstica de DC, idade entre 18 e 55 anos, capacidade de leitura e escrita, ter aderência à dieta sem glúten por pelo menos 3 meses. Exclusão: possuir diabetes concomitante.	Investigar o efeito de um programa de educação em grupo sobre sintomas gastrointestinais e qualidade de vida em pacientes com DC, comparando com a educação individualizada.
FUEYO-DÍAZ et al., 2020 Estudo transversal descritivo, realizado por aplicação de questionários online.	Indivíduos residentes na Espanha que participavam de associações regionais de pacientes com DC ou das redes sociais das associações.	738 pacientes	Inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico médico de doença celíaca e prescrição de dieta sem glúten estrita por toda a vida.	Compreender a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença celíaca e analisar seus principais determinantes.

(BARBERIS; QUATTROPANI; CUZZOCREA, 2019) Estudo transversal, no qual questionários foram aplicados de 2019) forma online.	Adultos participantes de associações e grupos de apoio a pessoas com DC, na Itália.	433 indivíduos de nacionalidade italiana, ter diagnóstico de doença celíaca e seguir uma dieta sem glúten.	Investigar a relação entre motivação, adesão à dieta sem glúten, sintomas de ansiedade e depressão, além de funcionamento físico.
DIMIDI et al., 2021 Pesquisa transversal, em que questionários foram preenchidos presencialmente por pacientes na clínica médica.	Pacientes adultos atendidos em clínicas ambulatoriais no Reino Unido.	116 pacientes Inclusão: idade ≥ 18 anos, ter diagnóstico de DC há pelo menos 6 meses (por biópsia duodenal ou sorologia). Exclusão: referir ter qualquer outro distúrbio gastrointestinal, restrições alimentares (além da dieta sem glúten) ou distúrbio alimentar.	Identificar a relação entre adesão a uma dieta sem glúten (DSG) e características demográficas, conhecimentos, atitudes e crenças sobre DC e DSG, experiências de seguir uma DSG, sintomas e qualidade de vida.
SAINSBURY et al., 2018 Estudo transversal que realizou a coleta dos dados através de uma pesquisa online.	Integrantes das associações Australia Celíaca, Nova Zelândia Celíaca ou de páginas do Facebook de organizações estaduais de DC e outros grupos de apoio.	5.773 pessoas Inclusão: ter um diagnóstico de doença celíaca, ter idade ≥ 16 anos, responder as questões de aderência à dieta sem glúten e fornecer dados para pelo menos um dos conceitos teóricos de manutenção.	Determinar o ajuste de uma coleção de construções teóricas específicas de manutenção para a compreensão e previsão da adesão à dieta sem glúten.

RONCORONI et Estudo randomizado al., 2018 duplo-cego controlado por intervenção. O grupo intervenção realizou uma dieta low FODMAPs associada a dieta sem glúten e o grupo controle seguiu uma dieta sem glúten regular, ambos durante 21 dias.	Pacientes do Centro de Grupo Prevenção e Diagnóstico da Doença Celíaca da Policlínica de Milão, na Itália. Grupo	intervenção: 25 pessoas controle: 25 pessoas	Inclusão: idade entre 18 e 60 anos, aderência à dieta sem glúten por ≥ 1 ano, ter valores negativos de transglutaminase tecidual, sintomas semelhantes à Síndrome do Intestino Irritável (SII) ou distúrbios gastrointestinais funcionais e com uma pontuação de bem-estar geral maior que 4 cm (avaliada por uma escala visual analógica de 0 a 10 cm). Exclusão: ter baixa adesão à dieta sem glúten, DC refratária, intolerância a dissacarídeos, uso de terapia farmacológica ou tratamento nutricional para SII, cirurgia abdominal e diabetes tipo 2.	Avaliar o papel da dieta low FODMAP em pacientes com doença celíaca tratados com a dieta sem glúten, mas com persistência de distúrbios gastrointestinais funcionais.
---	--	---	---	---

3.2 Síntese dos resultados

No que tange aos desafios enfrentados na manutenção da dieta sem glúten e qualidade de vida, os resultados encontrados estão apresentados na Tabela 3. Os achados sinalizam para o pouco conhecimento da população sobre a dieta sem glúten, a baixa participação das pessoas com DC em grupos de apoio, alto custo dos alimentos sem glúten e a restrição da comercialização dos mesmos (BARRIO et al., 2020; GUEDES et al., 2020; REAL-DELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021; WOLF et al., 2018). Além do mais destacam-se os desafios sociais como a incompreensão da sociedade em relação a dieta sem glúten (BARRIO et al., 2020; WOLF et al., 2018) e dificuldade de evitar o consumo de alimentos com glúten em ambientes religiosos (BESSA et al., 2020).

Tabela 3 - Desafios enfrentados na adesão à dieta sem glúten

Autor	Desafios
REAL-DELOR; CHAMORROAGUILERA, 2021	As barreiras, para a dieta sem glúten, mais frequentes foram o pouco conhecimento da sociedade sobre as necessidades alimentares (62%), a baixa participação dos entrevistados em grupos de autoajuda (67%) e o alto custo dos alimentos sem glúten (49%).
BARRIO et al., 2020	As principais preocupações dos participantes em relação a dieta sem glúten estavam ligadas às dificuldades sociais e econômicas. Esses fatores foram relacionados a uma diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde das crianças.
BESSA et al., 2020	Foi identificado que 25% dos participantes estavam entre sobrepeso e obesidade. Além disso, 83% declararam fazer parte de alguma religião em que alimentos com glúten são consumidos em rituais de comunhão. Assim, os celíacos podem não manter o plano de tratamento devido à forte representação social associada ao significado religioso e espiritual do acolhimento.

AL-SUNAID et al., 2021	Grande parte dos participantes (62%) apresentaram insegurança alimentar leve a grave, com 90% enfrentando dificuldade de acesso aos alimentos sem glúten devido ao alto custo e 79% devido à disponibilidade limitada.
------------------------	--

CROCKER; JENKINSON; PETERS, 2020	Em média, os entrevistados receberam seu diagnóstico 4 anos após a primeira consulta médica sobre seus sintomas, 41% dos entrevistados consideraram que o diagnóstico foi lento e 35% afirmaram que o profissional de saúde nem sempre levou a sério os sintomas. Alguns (19%) sentiram que os nutricionistas não tinham conhecimento sobre a DC e 66% perceberam que os médicos da clínica geral nem sempre tinham conhecimento sobre a doença celíaca.
HALMOS et al., 2018	Após o diagnóstico, mais de um terço das pessoas (37%) não havia consultado um nutricionista, 22% buscaram informações em associações de apoio, 18% na internet e 10% amigos e familiares. Uma grande proporção (40%) de pessoas também estava restringindo outros componentes alimentares, como lactose, alimentos com alto teor de FODMAPs, alimentos de origem animal e outros.
LEINONEN et al., 2019	Entre os participantes 46% relataram restrições da vida diária causadas pela manutenção de uma dieta sem glúten, sendo as restrições mais comuns: comer em restaurantes (72%), viajar (38%) e visitar amigos (30%). Na idade adulta, 30% dos pacientes relataram nenhum acompanhamento médico e aqueles com restrições relataram mais sintomas gerais do que os sem restrições autorrelatadas (32% versus 17%), mais desafios alimentares (34% versus 9%) e menores escores de vitalidade.
PARKER et al., 2022	Uma em cada 2 pessoas com doença celíaca, apesar de estar em dieta sem glúten por vários anos e demonstrar adesão ideal, tem sintomas contínuos compatíveis com os distúrbios gastrointestinais funcionais (DGF). Isso é 2 vezes maior que as chances de DGF observadas em controles populacionais pareados por idade e sexo.
GUEDES et al., 2020	Dentre os obstáculos para a dieta sem glúten estão a restrição da comercialização (48,2%), o valor dos produtos sem glúten (60,2%) e a contaminação no ambiente doméstico (45,8%). A ausência de apoio familiar foi identificada em 48,2% dos celíacos.
WOLF et al., 2018	No geral, 56% dos adultos e 70% dos adolescentes mencionaram explicitamente o impacto social adverso de aderir a uma dieta sem glúten, com expressões que incluíam “incompreendido”, “envergonhado”, “estigmatizado”, “deixado de fora”, “culpado”. Entre as principais barreiras para comer fora de casa, 16% relataram a percepção das pessoas em geral de que dieta sem glúten é uma moda passageira ou dieta para perda de peso. Além disso, 50% dos adultos e 36,7% dos adolescentes tiveram uma consulta com nutricionista quando diagnosticados, mas sem acompanhamento.

DIMIDI et al., 2021 Os fatores associados a menores chances de adesão foram ter dificuldades para comer com família e amigos ($p = 0,007$) e ter crenças mais fracas sobre a imunidade ser uma causa da DC ($p = 0,031$).

FUEYO-DÍAZ et al., 2020 Em uma análise geral 25,9% dos participantes apresentaram autoeficácia específica baixa/moderada para “viajar”, 15,5% para “comer no trabalho ou na escola”, 11,4% para “comer fora” e 7,3% para “comer em casa com os outros”. As percepções mais comuns, associadas a ter doença celíaca, foram de oferta limitada de sem glúten (68,6%), sensação de ter que estar constantemente alerta (60,7%) ou protagonismo excessivo em eventos sociais (55,9%). Também é comum a sensação de esquecimento em eventos sociais (31,2%).

Entre os aspectos psicológicos destacam-se a presença de comportamentos alimentares desordenados entre crianças e adolescentes (TOKATLY LATZER et al., 2020) e o transtorno alimentar restritivo/evitativo em adultos (BENNETT et al., 2022).

Os aspectos psicológicos estão representados na Tabela 4.

Tabela 4 - Aspectos psicológicos relacionados aos desafios enfrentados.

Autor	Aspectos Psicológicos
TOKATLY LATZER et al., 2020	Os comportamentos alimentares desordenados foram encontrados em 19% das meninas e 7% dos meninos. As características que se associaram a esses comportamentos incluíram maior idade atual ($p = 0,04$), excesso de peso ($IMC \geq$ percentil 85) ($p = 0,02$) e sexo feminino ($p < 0,06$).
BENNETT et al., 2022	Foi identificado que 57% dos participantes preencheram os critérios suspeitos de transtorno alimentar restritivo/evitativo. Não houve diferença na atividade da biópsia ou melhor adesão a uma dieta sem glúten entre aqueles com ou sem o transtorno, mostrando que esses comportamentos desadaptativos não são necessários para o controle da doença. No geral, 71% relataram medo de desconforto gastrointestinal (incluindo síndrome do intestino irritável) como motivo da restrição.
JOELSON et al., 2018	No geral, 46% dos participantes indicaram que se sentiram deprimidos por causa da DC. A análise de regressão linear mostrou que a depressão pode modificar o efeito de uma dieta sem glúten nos sintomas da DC, ou seja, aqueles com depressão podem ter menos melhora nos sintomas da doença, apesar de uma melhor adesão à dieta do que aqueles sem depressão.

GUEDES et al., 2020	A ansiedade foi identificada em 62,7% dos celíacos e a depressão em 34,9%. Os obstáculos diários para dieta foram relatados por 55,4% dos celíacos e tal variável foi um fator prevalente na vida de 63,4% dos celíacos com ansiedade e 69,0% daqueles com depressão.
FRASER; MÖLLER; KNOWLES, 2022	Uma alimentação mais desordenada se correlacionou com menor adesão à dieta, sintomas gastrointestinais mais altos e maiores preocupações alimentares relacionadas à DC, maior IMC, ser do sexo feminino e maior sofrimento psicológico. As análises de regressão
	hierárquica descobriram que o sofrimento psicológico permaneceu o único preditor de transtorno alimentar quando todos esses fatores foram considerados.
MÖLLER et al., 2021	Maiores sintomas gastrointestinais estão associados à redução da qualidade de vida, mas é a angústia psicológica e as percepções negativas da doença que possuem os efeitos mediadores mais fortes nessa relação entre os sintomas gastrointestinais e a qualidade de vida.
WOLF et al., 2018	Adultos extremamente vigilantes tiveram pontuações de qualidade de vida geral significativamente mais baixas do que adultos menos vigilantes (média: 64,2 versus 77,2 $p = 0,004$) e também tiveram mais disforia ($p = 0,016$), mais limitações relatadas ($p = 0,004$) e mais preocupações ($p = 0,012$). Ao mesmo tempo, a extrema vigilância foi associada à maior conhecimento sobre a dieta sem glúten ($p = 0,035$).
(LUDVIGSSON et al., 2018)	A cicatrização da mucosa foi associada a um maior risco de ansiedade futura (taxa de risco (TR) = 1,49) e depressão futura (TR = 1,25). A cicatrização da mucosa foi mais comum em indivíduos com diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão antes da biópsia de acompanhamento. A ansiedade diagnosticada entre o diagnóstico e a biópsia de acompanhamento para DC foi associada a uma chance quase nove vezes maior de cicatrização da mucosa (razão de probabilidade (RP) = 8,94).
(ALKHAYYAT et al., 2021)	Pacientes com DC apresentaram maior risco de desenvolver vários transtornos psiquiátricos em comparação com a população geral, isso inclui ansiedade (razão de probabilidade (RP) = 3,42), depressão (RP = 4,37), transtorno bipolar (RP = 4,73), TDAH (RP = 4,49), transtorno alimentar (RP = 4,69) e autismo infantil (RP = 2,49). Os pacientes com DC que desenvolveram transtornos psiquiátricos eram mais propensos a idade entre 18 a 65 anos e ser do sexo feminino.
AL-SUNAID et al., 2021	Os participantes que enfrentaram insegurança alimentar tiveram pontuações significativamente mais baixas nos domínios de bem-estar emocional e saúde mental e qualidade de vida geral ($P < 0,05$).
CROCKER; JENKINSON; PETERS, 2020	A pontuação total de problemas com os serviços de saúde foi relacionada a maior estigma, carga alimentar, sintomas gastrointestinais, isolamento social e preocupações ($P < 0,001$).

-
- PARKER et al., 2022
- Os indivíduos aderentes à dieta sem glúten com distúrbios gastrointestinais funcionais (DGF) eram significativamente mais propensos do que seus colegas sem DGF a ter níveis anormais de ansiedade (5% versus 2%) e depressão (7% versus 2%), níveis elevados de somatização (31% versus 8%) e escores de qualidade de vida mais baixos em todos os domínios ($p < 0,0001$).
- (BARBERIS; QUATTROPANI ; CUZZOCREA, 2019)
- A motivação controlada está positivamente correlacionada com sintomas de ansiedade e depressão e negativamente com o funcionamento físico, tanto diretamente como mediada pela adesão à dieta.
-

No que diz respeito aos fatores atuantes como facilitadores destacam-se a idade (PRATESI et al., 2018), a longa duração da dieta e sexo masculino (PRATESI et al., 2018; ENAUD et al., 2022), a autoeficácia específica (FUEYO-DÍAZ et al., 2020) e o suporte social (SAINSBURY et al., 2018). Esses e outros elementos facilitadores estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Fatores que facilitam a adesão à dieta livre de glúten.

Autor	Fatores Facilitadores
PRATESI et al., 2018	Os participantes com mais de 40 anos apresentaram valores mais elevados na escala total de qualidade de vida ($p = 0,036$) e na subescala social ($p = 0,006$). O diagnóstico precoce está relacionado a maiores escores nas subescala social ($p = 0,024$) e escala total de qualidade de vida ($p = 0,043$). Os escores dos homens para qualidade de vida foram maiores que os das mulheres em todos os aspectos, exceto para a subescala gastrointestinal onde não há diferença significativa entre mulheres e homens.
ENAUD et al., 2022	A duração mediana da dieta sem glúten foi de 10 anos. A pontuação total de qualidade de vida foi positivamente correlacionada com a longa duração da dieta ($p < 0,001$). A dimensão com melhor resultado foi o aspecto "Social" (média = 82). As mulheres tiveram uma pontuação total de qualidade de vida menor do que os homens ($p < 0,001$).
LEE et al., 2021	As mulheres tiveram pontuações de ansiedade social mais altas do que os homens ($p = 0,026$) e os participantes com idades entre 23 e 35 anos tiveram pontuações mais altas em comparação com aqueles com mais de 65 anos ($p < 0,003$). Aqueles em dieta sem glúten por um a quatro anos tiveram piores atitudes e comportamentos alimentares, escores de qualidade de vida mais baixos e mais ansiedade social do que os que faziam a dieta sem glúten por 10 anos ou mais.
AKBARI NAMVAR et al., 2022	A pontuação média da escala de sintomas gastrointestinais no grupo de intervenção (que participou de um plano de educação em grupo) foi significativamente menor em comparação com o grupo de controle (que recebeu educação individual, na clínica) 3 meses após a intervenção ($p = 0,04$). A média da pontuação do componente mental pós-intervenção no grupo intervenção foi significativamente maior em comparação com o grupo controle ($p = 0,02$).

FUEYO-DÍAZ et al., 2020	Entre os participantes, 68,7% apresentaram adesão boa ou excelente. Foi observada melhor adesão naqueles acima de 35 anos ($p < 0,001$), com as mulheres apresentando maior adesão do que os homens ($p = 0,012$). A autoeficácia específica mostrou ser o melhor
BARBERIS; QUATTROPANI; CUZZOCREA, 2019	preditor tanto da adesão à dieta sem glúten quanto da subsequente qualidade de vida (a autoeficácia representa 6,7% da variância da adesão e 6,2% da variabilidade da qualidade de vida). A motivação autônoma está negativamente correlacionada com sintomas de ansiedade e sintomas de depressão, mas positivamente correlacionada com o funcionamento físico, tanto diretamente quanto mediada pela adesão à dieta.
DIMIDI et al., 2021	Melhor bem-estar emocional ($p < 0,001$), a participação em um grupo de apoio ($p = 0,002$), crenças mais fortes sobre a cronicidade da doença ($p = 0,059$) e crenças mais fracas sobre acidente/chance causando a doença ($p = 0,05$) foram associados a maiores chances de adesão.
SAINSBURY et al., 2018	Motivações autônomas foram mais fortemente associadas à adesão à dieta do que motivações controladas (por exemplo, o item 'para evitar problemas de saúde a longo prazo' teve correlação com adesão de 0.20 (IC95%: 0.22 - 0.18) enquanto o item 'porque meu médico disse-me para fazer' teve uma correlação de 0.05 (IC95%: 0.08 - 0.03). Todos os itens de suporte social e ambiental foram fortemente relacionados à adesão à dieta, a pontuação média para um ambiente doméstico de apoio foi alta e mais favorável do que o trabalho/estudo ou ambiente de fim de semana.
RONCORONI et al., 2018	No início do estudo 64% dos participantes relataram a presença de sintomas de síndrome do intestino irritável, mas a pontuação de dor abdominal mostrou uma diminuição significativa no grupo com dieta low FODMAPS somada a dieta sem glúten (LF-DSG) versus o grupo em dieta sem glúten (DSG) no dia 21 ($p < 0,01$). A satisfação com a consistência fecal mostrou uma tendência para um aumento maior no grupo LF-DSG no dia 21 ($p < 0,09$). Uma redução consistente ($p < 0,0003$) no escore global de problemas psicológicos, no dia 21, foi encontrada no grupo LF-DSG, mas não no grupo DSG ($p < 0,04$).
REAL-DELOR; CHAMORRO-	As circunstâncias citadas como facilitadoras à dieta sem glúten foram ter bastante conhecimentos sobre a DC (60%), muito pouco medo da

- AGUILERA, 2021 opinião alheia (82%) e pouco sentimentos de vergonha pela restrição alimentar (73%).
- HALMOS et al., 2018 A regressão multivariada mostrou idade mais avançada, ser do sexo masculino, sintomas após a ingestão de glúten, melhor conhecimento alimentar e menor risco de sofrimento psíquico foram preditores independentes de adesão (cada $p \leq 0,008$). A adesão às associações de apoio foi associada a um melhor conhecimento sobre a dieta.
- MÖLLER et al., 2021 O maior tempo desde o diagnóstico foi associado a reduções nas percepções negativas da doença ($p < 0,001$), angústia psicológica ($p < 0,001$) e sintomas gastrointestinais ($p < 0,01$).
- WOLF et al., 2018 Os principais temas facilitadores para adesão à dieta sem glúten foram ter amigos e familiares solidários (70%), ter mais opções de produtos sem glúten (52%), cozinhar em casa versus comer fora (48%), maior conscientização geral do público sobre DC (26%).
-

4 DISCUSSÃO

4.1 Desafios enfrentados na adesão à dieta livre de glúten

Esta revisão buscou examinar os aspectos desafiadores, psicológicos e facilitadores que envolvem a dieta sem glúten e um dos principais desafios enfrentados consiste nas dificuldades sociais. De acordo com Wolf et al. (2018), 56% dos adultos e 70% dos adolescentes com DC relataram o impacto social da dieta sem glúten, referindo que se sentem incompreendidos, envergonhados, estigmatizados e tristes em não poder comer os mesmos alimentos que outras pessoas comem. As barreiras sociais foram um dos principais fatores associados à redução da qualidade de vida de crianças celíacas (BARRIO et al., 2020). Na Espanha, 60% dos adultos expressaram cansaço em ter que estar constantemente em alerta para não se contaminar com o glúten, 55% mencionaram o desconforto de serem alvo de um destaque excessivo em eventos sociais. Enquanto, 31% sentiram sua condição de saúde sendo esquecida ou ignorada em comemorações (FUEYO-DÍAZ et al., 2020).

No estudo de Leinonen et al. (2019), 46% dos celíacos relataram experimentar restrições na vida diária, especificamente ao comer em restaurantes (72%), viajar (38%) e visitar amigos (30%), e essas pessoas tiveram mais queixas abdominais, artralgia, sintomas cutâneos e fadiga comparado aqueles que não vivenciaram tantas restrições. Esses resultados são coerentes com de outros autores que mostram que 25% a 74% dos celíacos não estavam confiantes para viajar, 11% a 93% se sentem limitados para comer fora de casa ou frequentar eventos sociais, 15% a 52% não se sentem bem em comer no trabalho ou escola, 32% sentiam-se limitados nas atividades de lazer (FUEYO-DÍAZ et al., 2020; KÅRHUS et al., 2021). Cerca de 35% dos celíacos se sentiram desconfortáveis com os julgamentos na escola ou trabalho por causa da restrição alimentar e 33% consideraram difícil ter que trazer sua própria refeição (ZARKADAS et al., 2012).

Além disso, 48% dos celíacos relataram não ter o apoio familiar necessário (GUEDES et al., 2020). Uma análise qualitativa mostrou que uma das questões mais comumente referidas pelos pacientes com DC diz respeito a resistência dos familiares em assimilar que a dieta sem glúten não se trata de uma preferência alimentar, como muitos nomeiam trivialmente de “frescura” (DE PAULA; CRUCINSKY; BENATI, 2014). Um estudo canadense mostrou que 45% dos celíacos relataram que uma das dificuldades enfrentadas ao comer com familiares ou amigos consiste no fato de que frequentemente as pessoas alegam que pequenas quantidades de glúten não irão prejudicá-lo, 66% afirmaram não gostar de serem alvo da expressão de pena ou pesar das pessoas e 32% evitam ir a encontros com família ou amigos incluindo comida (ZARKADAS et al., 2012). Essas dificuldades enfrentadas para comer junto com familiares e amigos mostrou estar associada a uma menor adesão à dieta sem glúten (DIMIDI et al., 2021).

Grande parte (62%) das pessoas com DC indicaram que a sociedade tem muito pouco conhecimento sobre as necessidades alimentares inerentes à DC (REALDELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021). Em uma pesquisa anterior realizada em Nova York, 53% do público geral desconheciam essa doença (SIMPSON et al., 2011) e na Turquia 43% dos participantes disseram nunca ter ouvido falar sobre a DC e, destes, 63% reconheceram que o conhecimento da população sobre a DC precisa aumentar (TAŞKIN; SAVLAK, 2021). Já no Reino Unido foi observado um aumento de 44% para 74% na conscientização do público geral sobre dieta sem glúten e a doença celíaca nos anos de 2003 a 2013 (AZIZ et al., 2014).

Embora atualmente esteja ocorrendo maior circulação de informações sobre a dieta sem glúten e expansão da indústria de produtos sem glúten, ainda persistem distorções da real gravidade da DC. Em virtude de muitas pessoas não celíacas estarem aderindo a dieta sem glúten para fins estéticos, esta dieta tem sido reconhecida como uma tendência ou uma moda passageira corroborando para a subestimação da gravidade da doença celíaca, especialmente em relação à contaminação cruzada. Uma pessoa com DC salientou em sua fala acreditar que de modo geral as pessoas conhecem a expressão 'glúten', mas desconhecem o seu significado (KING; KAPLAN; GODLEY, 2019). A demanda alimentar das pessoas com DC é tratada nos restaurantes como um modismo, levando esses indivíduos a ter que justificar constantemente a necessidade de segurança dos alimentos (WOLF et al., 2018). Duas revisões sistemáticas com meta-análise descobriram contaminação cruzada em 41% (FALCOMER et al., 2020) e 28% (GUENNOUNI et al., 2022) dos alimentos naturalmente sem glúten (não industrializados) bem como em 13% (FALCOMER et al., 2020) e 9% (GUENNOUNI et al., 2022) dos produtos industrializados rotulados como sem glúten. Vale destacar que alimentos naturalmente

sem glúten mostraram ser mais perigosos para os celíacos do que os alimentos processados, rotulados e certificados, mas em ambos a quantidade de glúten acima do tolerável denuncia o risco a que as pessoas com DC estão expostas.

Em casa também pode ocorrer contaminação com glúten, para evitar isso é recomendável que o preparo e armazenamento dos alimentos sem glúten seja feito em áreas separadas ou antes das refeições com glúten (WIESER et al., 2021). Mas isso nem sempre é fácil de lidar no ambiente familiar, tanto que 45% dos celíacos declaram que a presença da contaminação no ambiente doméstico é um obstáculo diário para a adesão à dieta (GUEDES et al., 2020). Um experimento com utensílios de cozinha (usados para manusear alimentos com glúten e, depois de limpos, utilizados para manusear pão e macarrão sem glúten) mostrou que a contaminação cruzada é uma realidade, mas ela pode ser amenizada pelos cuidados com a limpeza dos utensílios (STUDERUS et al., 2018). Com todas as dificuldades, a maioria ainda considera ser mais seguro comer em casa, pois somente 7% a 10% dos celíacos relataram não se sentir confiantes em comer em casa (FUEYO-DÍAZ et al., 2020; KÅRHUS et al., 2021)

Além disso, em algumas religiões o pão feito com trigo assume um significado bastante relevante nas cerimônias, como é o caso da hóstia presente na eucaristia entre os católicos e o pão da santa ceia entre os evangélicos (ROCHA, GANDOLFI, SANTOS, 2016). De acordo com Bessa et al. (2020) 83% dos celíacos possuem uma religião que inclui alimentos com glúten em suas práticas, porém a representatividade desses momentos de comunhão religiosa pode configurar-se como uma experiência negativa para os celíacos que se veem não inclusos nisso por não poderem ingerir glúten. No Canadá, 25% dos 5.912 entrevistados relataram que uma das dificuldades

da dieta sem glúten consiste em enfrentar limitações nas práticas religiosas (ZARKADAS et al., 2013).

A baixa participação em grupos de apoio foi mencionada por 67% das pessoas com DC e isso foi considerado uma barreira para a adesão à dieta (REAL-DELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021). Em outra pesquisa, 58% dos participantes não se integravam a grupos de apoio (LEE et al., 2016).

Há também os percalços econômicos, 49% dos celíacos no Paraguai consideram muito caro o valor dos alimentos sem glúten (REAL-DELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021). No Brasil, 60% das pessoas com DC fizeram essa mesma queixa e 48% encontraram limitação na comercialização desses produtos (GUEDES et al., 2020). Na Grécia, 58% dos celíacos relataram a dificuldade de encontrar produtos sem glúten nos mercados, entre os que consideraram difícil manter a dieta, atribuíram isso a baixa disponibilidade dos alimentos (81%) e ao alto custo (66%) (ASPASIA et al., 2022). No Chile, a cesta básica sem glúten foi três vezes mais cara, 42% menos disponível e 69% mais pobre em proteína do que a cesta básica convencional (ESTÉVEZ et al., 2016). Nos EUA os produtos sem glúten são 183% mais caros do que aqueles com glúten (LEE et al., 2019). No Reino Unido, os produtos sem glúten eram 159% mais caros e com maiores quantidades de gordura saturada, açúcar e sal (FRY; MADDEN; FALLAIZE, 2018). Assim, 62% dos celíacos relataram vivenciar estado de insegurança alimentar, caracterizada pela dificuldade de acesso aos alimentos devido ao alto custo (90%) e disponibilidade limitada (79%) (ALSUNAID et al., 2021). Nos Estados Unidos foi observado que um em cada 6 pacientes com doença celíaca estão em insegurança alimentar, acarretando baixa adesão à dieta e insuficiente ingestão diária de micronutrientes (MA et al., 2022) A dificuldade de

acesso a alimentos sem glúten nas lojas foi significativamente associada à diminuição da qualidade de vida (VIOLATO; GRAY, 2019).

Chama atenção a considerável quantidade de celíacos (25%) com sobrepeso e obesidade (BESSA et al., 2020). Outros estudos apontam para taxas de sobrepeso e obesidade de 32% (KABBANI et al., 2012), 54% (ROLDAN et al., 2023) e 38% (STEIN et al., 2016). Ainda que as causas para isso não estejam totalmente elucidadas, sabe-se que o glúten exerce funções importantes para estrutura e textura dos alimentos e quando ele é retirado é comum ser adicionado mais açúcar e gorduras para compensar essas características (WELSTEAD, 2015). Em pesquisas do Reino Unido e da Espanha, os produtos sem glúten apresentaram menos proteína e fibras e mais gordura saturada, açúcar e sal (FRY; MADDEN; FALLAIZE, 2018; MIRANDA et al., 2014). Uma recente revisão de 105 trabalhos revela que os produtos sem glúten realmente têm menos proteína e maiores quantidades de gordura e sal (MELINI; MELINI, 2019). Além disso, durante a dieta sem glúten pode ocorrer consumo excessivo de fontes de carboidratos como arroz, batatas, pão sem glúten e alimentos processados ao invés de frutas, oleaginosas, leguminosas, cereais mais nutritivos (AINSWORTH; SOON, 2023; WELSTEAD, 2015). Um estudo de caso-controle mostrou que os celíacos tiveram maior ingestão de açúcar adicionado, gorduras e consumo insuficiente de micronutrientes (BABIO et al., 2017). Algumas pessoas podem até manter a exclusão do glúten, mas tem alto consumo energético, maior ingestão de gorduras e colesterol (principalmente aqueles em remissão) e consumo insuficiente de cálcio, ferro, vitamina D, ácido fólico e fibras (GŁADYŚ et al., 2021).

O acompanhamento nutricional é fundamental para evitar o ganho de peso indesejado durante o tratamento. Contudo, grande parte das pessoas (50% dos adultos e 36% dos adolescentes) vão ao nutricionista apenas uma vez depois do

diagnóstico, mas não continuam o acompanhamento (WOLF et al., 2018). Mais de um terço (37%) dos celíacos não fazem acompanhamento nutricional, 22% preferem buscar informações nas associações de apoio e 18% na internet (HALMOS et al., 2018). Além disso, 30% dos pacientes com DC relataram nenhum acompanhamento médico (LEINONEN et al. 2019) e no Reino Unido apenas 23% mantinham acompanhamento regular com nutricionista e aqueles que não faziam acompanhamento tiveram maior o consumo intencional de glúten (HALL; RUBIN; CHARNOCK, 2013). Resultados semelhantes foram encontrados por Silvester et al., (2016), com 80% dos entrevistados optando pela internet, livros de receita, associações de celíacos e outras pessoas com doença celíaca como fonte de informação, sendo os médicos classificados como a fonte de informação menos útil. Em outro estudo, 54,5% dos celíacos usaram a internet para obter informações, 25% disseram que os médicos eram sua fonte de informação mais frequente e 7,9% citaram os nutricionistas (ASPASIA et al., 2022).

Em estudo com adultos americanos, 27% dos celíacos disseram que nos últimos cinco anos não foram a nenhum profissional de saúde porque conseguem cuidar da dieta sozinhos (47%), não acham necessário (28%), profissional não tinha conhecimento sobre a doença (27%) e as consultas anteriores não ajudaram (23%). As pessoas que passam anos sofrendo com sintomas e indo aos médicos até receber um diagnóstico correto de DC podem ser desestimuladas a permanecer em um acompanhamento depois do diagnóstico (HUGHEY et al., 2017). De fato, é comum o enfrentamento de problemas com os serviços de saúde, em média houve uma espera de 4 anos entre a primeira consulta médica com queixas de sintomas e o recebimento do diagnóstico de DC, 35% dos celíacos sentiram que o profissional de saúde não

levava a sério os sintomas relatados, 66% e 19% perceberam que os médicos gerais e nutricionistas, respectivamente, não tinham o conhecimento adequado sobre a doença celíaca.

Na Dinamarca, 26% dos participantes tiveram um atraso de mais de 3 anos entre a primeira consulta e o diagnóstico, 18% demoraram mais de 10 anos entre o primeiro sintoma e o diagnóstico, 52% consideraram muito longo o processo diagnóstico. As justificativas, para essa lentidão (expressadas pelos pacientes) incluíram a presença de sintomas não específicos da DC, mal-entendidos, pouco conhecimento entre os médicos, os sintomas não eram levados a sério ou faziam exames para outras doenças por falta de sintomas, os médicos não cogitaram a possibilidade de ser DC (KÅRHUS et al., 2021). No Reino Unido, as pessoas ficaram em média 12 anos lidando com dor/inchaço abdominal, diarreia, fadiga crônica, flatulência e anemia até chegar ao diagnóstico da DC (VIOLATO; GRAY, 2019).

Na Finlândia, em 332 (54%) indivíduos houve um retardo de diagnóstico igual ou maior a 3 anos. Esses pacientes chegam no momento do diagnóstico com uma carga moderada ou extrema de sintomas e confessam sentir alívio em finalmente ter encontrado uma resposta, contrapondo-se àqueles sem atraso que manifestam maior tristeza após o diagnóstico (FUCHS et al., 2018). Em pesquisa anterior, 32% (n = 261) dos participantes relataram um atraso diagnóstico maior de 10 anos (FUCHS et al., 2014). Semelhantemente, Tan et al. (2021) constataram que 40% dos participantes demoraram mais de 3 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico final.

Uma pesquisa envolvendo 1.381 profissionais de saúde da Croácia, Hungria, Alemanha, Itália e Eslovênia revelou um baixo conhecimento dos profissionais sobre a DC, pois em média só conseguiram responder corretamente metade das questões

propostas. Os gastroenterologistas da clínica médica acertaram 34% das questões referentes a procedimentos diagnósticos e assumiram um desempenho inferior a outros profissionais (RIZNIK et al., 2021). Em estudo multicêntrico britânico 77,1% dos gastroenterologistas acreditavam que a DC não alterava tanto a qualidade de vida do paciente como a doença inflamatória intestinal (DII), a maioria dos endoscopistas falharam no cumprimento das diretrizes sobre a realização de endoscopia diagnóstica para DC (e isso causou redução das taxas de diagnóstico em mais de 50%) e os pacientes com suspeita de DC esperaram muito mais tempo para a realização da endoscopia do que aqueles com DII. De modo geral, os resultados mostraram que os médicos mantinham uma atitude de inércia em relação à doença celíaca e a enxergavam como menos relevante do que a DII (TAYLOR et al., 2021).

Muitos médicos (69%) também acreditam que a DC é uma condição rara e sintomas considerados mais sugestivos de necessidade de investigação de DC foram sintomas clássicos como diarreia crônica (94%) e perda de peso (76%) (JINGA et al., 2018). Contudo, tem ocorrido mudanças na apresentação clínica da DC. Em uma coorte comunitária de 2000 a 2007 os principais sintomas foram: diarreia (58%), anemia (46%), perda de peso (25%). Na coorte de 2013 a 2016 a proporção de diarreia foi menor (33%), assim como anemia (30%) e perda de peso (15%). Não obstante, sintomas antes incomuns agora ressaltam mais evidentes como por exemplo constipação (17%), sintomas neurológicos (17%) e excesso de peso (54%) (ROLDAN et al., 2023). Em uma avaliação da apresentação clínica da DC de 1960 a 2015 observou-se que menos pessoas estão apresentando sintomas clássicos e a proporção de pacientes com doença celíaca não clássica ou subclínica aumentou de 14% em 1985 para 51% após 2010 (DOMINGUEZ CASTRO et al., 2017).

Uma triagem sorológica de base populacional na Noruega, mostrou que 75% das pessoas que receberam o diagnóstico de DC não sabiam que tinham a doença por não ter tido um diagnóstico prévio (KVAMME et al., 2022). Na Itália e Inglaterra, estima-se que 70% e 91% das crianças com a DC ainda estão sem diagnóstico (GATTI et al., 2020; WHITBURN et al., 2021). No Brasil, especificamente na cidade de São Paulo, 49% dos candidatos a doadores de sangue apresentaram predisposição genética para desenvolver a doença celíaca e 2,7% tiveram resultado positivo para anticorpos tissular antiglutaminase, refutando a raridade da doença celíaca e destacando o subdiagnóstico (MUNIZ; SDEPANIAN; FAGUNDES NETO, 2016). Pessoas com doença celíaca não diagnosticada podem não ter sintomas típicos, ter sintomas leves (CHOUNG et al., 2017; HUJOEL et al., 2018) ou durante muito tempo ter somente pequenas diferenças na nutrição como níveis reduzidos de ferritina e colesterol (CHOUNG et al., 2017). Mas essas pessoas têm maiores chances de com o passar do tempo desenvolver osteoporose, dermatite herpetiforme, fadiga crônica, tireoidite e outras doenças autoimunes (HUJOEL et al., 2018). Somam-se a isso, os diagnósticos errados. Um estudo, com 107 pacientes que já tinham um diagnóstico prévio de doença celíaca, identificou que 40% haviam recebido um diagnóstico errado (IANIRO et al., 2016).

Após o diagnóstico correto e boa adesão à dieta 51% dos celíacos continuaram tendo distúrbios gastrointestinais, isso equivale a dizer que uma a cada 2 pessoas mesmo tendo boa adesão a dieta por bastante tempo continuam lidando com sintomas persistentes (PARKER et al., 2022). Consoante a outros estudos que mostram 81% dos participantes relatando sintomas persistentes (dor abdominal, diarreia, dor nas articulações e flatulência) (VIOLATO, GREY 2019). Mesmo após 2 anos fazendo a dieta sem glúten de forma estrita, sob acompanhamento profissional a cada 6 meses,

a biópsia duodenal mostrou que 53% dos pacientes celíacos permaneceram com atrofia vilositária persistente. A cada visita eram coletadas amostras de fezes e em 69% dos pacientes foi detectado a presença de peptídeos imunogênicos de glúten em pelo menos uma das amostras revelando que a contaminação não intencional com pequenas quantidades de glúten oculto pode ser causa para essa alta taxa (FERNÁNDEZ-BAÑARES et al., 2021). A presença de peptídeos imunogênicos de glúten também foi comprovada por outra avaliação de amostras de fezes e urina de pacientes celíacos (SYAGE et al., 2018). Dois estudos mostraram que 82% e 63% dos pacientes com sintomas persistentes apesar de boa adesão à dieta, tiveram seus sintomas sanados após a aplicação de um plano alimentar com eliminação de qualquer possibilidade de contaminação cruzada. Isso revela que em muitos casos os sintomas contínuos podem ser decorrentes de exposições ocultas ao glúten (HOLLON et al., 2013; STASI et al., 2016). Além do mais, um consumo insuficiente de fibras também foi apontado como um preditor de sintomas persistentes em pacientes celíacos (LAURIKKA et al., 2019).

Outras vezes o problema não é a contaminação com glúten. No estudo de Galli et al. (2021) foi aplicado um questionário dietético validado para identificar inconsistências na adesão à dieta e para aumentar a eficácia da avaliação, os pacientes foram entrevistados por dois médicos e houve avaliação de sorologia e dano histológico duodenal. Os pacientes com sintomas persistentes não apresentaram atrofia vilositária mais grave do que os pacientes sem sintomas persistentes e também não tiveram anticorpos positivos para DC. Portanto, nessa população os sintomas persistentes não eram consequência de falhas na adesão à dieta (FUCHS et al., 2018). Nesses casos deve-se pensar em outras explicações para esses sintomas persistentes que podem ser outras doenças associadas à DC como por exemplo

síndrome do intestino irritável, intolerância à lactose ou à frutose, alergia alimentar, doença diverticular, doença de Crohn, insuficiência pancreática, enteropatia induzida por medicamentos (CAIO et al., 2019).

Outra questão é o tempo, entre os 10 pacientes com persistência de atrofia, sintomas gastrointestinais ou sinais de má absorção, 8 alcançaram plena cicatrização de mucosa após um acréscimo de 1 a 3 anos e somente 2 foram diagnosticados com a doença celíaca refratária. Isso mostra que para alguns a recuperação pode ser mais demorada do que o esperado e não pode haver precipitação em definir doença refratária em pacientes que de início não estão respondendo a dieta. Assim também, o atraso no diagnóstico também pode influenciar. Os pacientes com atraso de pelo menos 3 anos no diagnóstico, tiveram mais chances de sofrer com a persistência dos sintomas apesar de aderir à dieta sem glúten (FUCHS et al., 2018). Após o início da dieta sem glúten foi visto uma recuperação mais lenta entre os pacientes que tinham enfrentado um atraso de mais de 3 anos entre o primeiro sintoma e diagnóstico (TAN et al., 2020).

4.2 Aspectos psicológicos relacionados aos desafios enfrentados

Sobre os aspectos psicológicos foram assinalados os comportamentos alimentares desordenados que se não tratados podem conduzir a instalação de transtornos alimentares mais graves (FRASER; MÖLLER; KNOWLES, 2022). Um estudo envolvendo crianças e adolescentes notou que 19% das meninas e 7% dos meninos tinham comportamentos alimentares desordenados e desejavam ser mais magro (76%), se preocupavam muito com a alimentação (71%) e tinham a sensação

de que a alimentação controlava sua vida (61%). Esses comportamentos foram mais evidentes nas meninas, naqueles com excesso de peso e maior idade atual (TOKATLY LATZER et al., 2020). Respalhando esses resultados, foram encontrados 53% dos adolescentes com DC e atitudes alimentares desequilibradas (como intensa rigidez com a adesão à dieta, ansiedade em relação a contaminação cruzada e isolamento) associados a maior idade e menor qualidade de vida (CADENHEAD et al., 2019).

Em uma amostra de 187 adultos com em média 11 anos convivendo com a doença celíaca, o sexo feminino, a baixa adesão a dieta sem glúten, maiores preocupações alimentares, IMC mais alto e ter mais sintomas gastrointestinais foram os fatores mais correlacionados a maior frequência de desordens alimentares. Porém o sofrimento psicológico se mostrou como sendo o agente mais relacionado a uma alimentação conturbada (incluindo compulsão alimentar, transtorno alimentar anoréxico ou bulímico) (FRASER; MÖLLER; KNOWLES, 2022). Cerca de 15% dos pacientes celíacos apresentaram comportamentos sugestivos de anorexia e bulimia e o sofrimento psicológico esteve associado ao risco desses transtornos alimentares. Na avaliação de compulsão alimentar 19% dos celíacos preencheram os critérios para esse distúrbio e foi identificado um grupo de pacientes celíacos com alta compulsão alimentar e sofrimento psicológico, porém uma adequada adesão à dieta (SATHERLEY; HOWARD; HIGGS, 2016). Aqueles com diagnóstico mais recente e com mais sintomas gastrointestinais estão mais suscetíveis a sofrer com comportamentos alimentares desordenados (GHOLMIE et al., 2023).

Uma explicação para a presença de transtornos alimentares em pessoas celíacas é uma possível mediação do sistema imunológico entre a DC e os transtornos alimentares. Várias doenças autoimunes (incluindo a DC) foram diagnosticadas antes

e depois de um diagnóstico de anorexia nervosa e bulimia nervosa (NIKIAZ et al., 2021; WOTTON; JAMES; GOLDACRE, 2016). Após o diagnóstico de doença celíaca houve um aumento de 45% de risco de anorexia nervosa, bulimia nervosa e outros transtornos alimentares. O diagnóstico prévio de desses transtornos aumentou em 72% o risco de doença celíaca (HEDMAN et al., 2019). Em uma análise de 18.000 mulheres, a DC esteve associada a anorexia nervosa tanto antes como depois do diagnóstico de DC (MÅRILD et al., 2017).

A partir de orientação médica ou por conta própria algumas pessoas podem excluir da sua alimentação outros alimentos além daqueles com glúten, buscando melhorar os sintomas gastrointestinais (BENNETT et al., 2022). Cerca de 40% dos celíacos estavam evitando outros alimentos como por exemplo lactose, laticínios e alimentos ricos em FODMAPs (HALMOS et al., 2018) e 37% relataram que faziam, no mínimo, uma restrição alimentar além da dieta sem glúten (SILVESTER et al., 2016).

O transtorno alimentar restritivo evitativo é caracterizado pela restrição da alimentação a uma variedade bem pequena de alimentos, motivada por repulsa às propriedades sensoriais dos alimentos, pouco ânimo para comer ou medo de desconfortos após comer (BENNET et al., 2022). As consequências dessa restrição incluem deficiência nutricional, perda de peso, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais (FINK et al., 2022). Bennet et al. (2022) identificaram que 57% dos participantes com DC preencheram os critérios sugestivos de transtorno alimentar restritivo evitativo e 71% declararam que a razão da restrição era o medo de desconforto gastrointestinal (incluindo sintomas de síndrome do intestino irritável). As pessoas sem esse transtorno tiveram um controle da atividade da doença e da adesão à dieta sem glúten tão boa quanto aqueles com o transtorno, ou seja, tamanha

restrição não é necessária e prejudica o estado nutricional e o bem estar psicossocial dos indivíduos. De acordo com o estudo de Fink et al. (2022), 48,7% dos celíacos tiveram fortes indícios de transtorno alimentar restritivo evitativo e novamente o medo de sintomas gastrointestinais foi a causa mais citada. Além disso, os que tiveram mais sinais de restrição excessiva tinham também mais ansiedade, depressão, menor qualidade de vida e mais isolamento social.

Além disso, 62% dos celíacos apresentaram ansiedade e 34% depressão (GUEDES et al., 2020). JOELSON et al. (2018) mostrou que a DC foi a causa de depressão indicada por 46% dos participantes. Um grande estudo nacional de base populacional, constatou que entre os 112.340 indivíduos com CD, 40% tinham depressão e 33,2% tinham ansiedade e que os pacientes com DC também tiveram maior risco de transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno alimentar e autismo infantil do que os pacientes sem DC (ALKHAYYAT et al., 2021). Um estudo de coorte mostrou que há um aumento de 19% no risco de transtornos psiquiátricos em crianças com doença celíaca, principalmente no primeiro ano após o diagnóstico e esse risco continuou aumentado quando essas crianças atingiram a vida adulta (LEBWOHL et al., 2021). Além das questões sociais e emocionais que envolvem a adesão à dieta e podem contribuir para um abalo psicológico, algumas hipóteses sugerem resposta inflamatória sistêmica, desequilíbrio de neurotransmissores, deficiência de micronutrientes e mudanças na microbiota intestinal (GIUFFRÈ et al., 2022; LEBWOHL et al., 2021).

A depressão nem sempre é uma consequência de má adesão à dieta sem glúten, inclusive pessoas com depressão podem ter uma excelente adesão e não ter uma melhora significativa dos sintomas. Isso porque outras causas que transcendem a ingestão de glúten podem incidir nos sintomas físicos (JOELSON et al., 2018).

Pessoas em uma dieta sem glúten restrita, mas com sintomas contínuos demonstraram baixo bem-estar emocional (HARNETT; MYERS, 2020) e 37% tiveram depressão (ARIGO; ANSKIS; SMYTH, 2012). Além disso, a ansiedade e a depressão foram mais comuns nas pessoas com boa adesão à dieta e sintomas persistentes do que naqueles sem sintomas persistentes (PARKER et al 2022). Assim, a avaliação da conexão dos sintomas intestinais com a saúde mental é fundamental para a melhora da depressão, ansiedade e sintomas persistentes.

A forma como se enxerga a doença é muito relevante. Não estar convicto de que DC é causada por uma reação do sistema imunológico diante da presença do glúten foi associado a menor adesão da dieta (DIMIDI et al., 2021), provavelmente porque essa crença atrapalha a tomada de consciência da complexidade e gravidade da doença. Acreditar que consegue ingerir pequenas quantidades de glúten sem prejuízos foi associado ao consumo intencional de glúten (HALL; RUBIN; CHARNOCK, 2013).

É de se esperar que maiores sintomas gastrointestinais impactam na diminuição da qualidade de vida (QV). Mas, o meio pelo qual isso ocorre envolve aspectos psicossociais. Os fatores com maior potencial de influência na mediação entre sintomas gastrointestinais e qualidade de vida foram as percepções negativas da doença e o sofrimento psicológico (MÖLLER et al., 2021). Os fatores psicossociais foram mais incisivos no comprometimento do estado de saúde e nos sintomas gastrointestinais do que as medidas de atividade da doença (pontuação de Marsh, nível de anticorpos e alteração de peso) (DORN et al., 2010).

Um estudo de coorte mostrou que em comparação com os indivíduos que possuíam atrofia vilositária persistente, as pessoas com cicatrização da mucosa

tinham maior frequência de ansiedade e depressão antes e depois de alcançarem essa cicatrização. A suposição é de que essa relação se deva ao fato de que pessoas com ansiedade e depressão sejam mais preocupadas e zelosas com a dieta sem glúten ou talvez isso seja um retrato do quanto essa dieta pode acarretar em sobrecarga psicológica para as pessoas com DC (LUDVIGSSON et al., 2018). Os adultos com alta vigilância à dieta sem glúten tinham maior conhecimento sobre a dieta e menor qualidade de vida geral do que adultos menos vigilantes, bem como mais disforia, mais limitações e preocupações (WOLF, et al. 2018).

A insegurança alimentar caracterizada pela dificuldade de acesso aos alimentos livres de glúten esteve associada à redução do bem-estar emocional e da saúde mental (AL-SUNAID et al., 2021). De forma semelhante, obstáculos para a dieta sem glúten (dentre eles o alto preço e indisponibilidade dos produtos sem glúten) foram relatadas por 63,4% dos celíacos com ansiedade e 69,0% daqueles com depressão (GUEDES et al., 2020).

As experiências negativas com os serviços de saúde, anteriormente descritas, foram associadas a maior estigma, carga alimentar, sintomas gastrointestinais, isolamento social e preocupações nas pessoas com DC (CROCKER; JENKINSON; PETERS, 2020). Uma dessas experiências é a longa demora para chegar a um diagnóstico e a repercussão disso é extensiva. Mesmo após um ano de dieta sem glúten, os pacientes com atraso de diagnóstico (de três anos ou mais) continuaram com mais preocupação com a saúde, ansiedade, maior uso de antidepressivos e menos saúde geral do que aqueles sem o atraso (FUCHS et al., 2018).

Na DC uma motivação controlada se correlaciona de forma positiva com ansiedade e depressão e negativamente com o funcionamento físico. Uma pessoa que mantém a dieta por esse tipo de motivação é dependente de um estímulo externo,

uma aprovação alheia, faz por medo de ser repreendida ou para evitar se sentir culpada (BARBERIS; QUATTROPANI; CUZZOCREA, 2019). É compreensível que a pressão constante de uma motivação controlada certamente contribuirá para o adoecimento emocional e piora da saúde física.

4.3 Fatores que facilitam a adesão a dieta livre de glúten

Enquanto a motivação controlada exerce uma influencia negativa sobre o bem estar geral, outrora uma motivação autônoma exerce função completamente inversa. Um indivíduo com uma motivação autônoma é impulsionado por uma autodeterminação em atingir o seu objetivo de cuidar de si mesmo fazendo adequadamente o controle da dieta (BARBERIS, QUATTROPANI, CUZZOCREA, 2019). As pessoas com motivações autônomas tiveram melhor adesão à dieta sem glúten do que aquelas com motivação controlada (SAINSBURY et al., 2018). Isso significa que é mais válido incentivar os pacientes a nutrir a consciência da importância do tratamento contínuo para o seu bem estar geral do que estimular um engajamento na dieta baseado somente na busca por evitar sintomas, culpa ou correção vinda de uma outra pessoa (SAINSBURY et al., 2018).

Além da motivação autônoma, as crenças corretas sobre a DC são fatores facilitadores da adesão. Acreditar firmemente que a DC é crônica e não uma doença aguda que se manifesta eventualmente após consumo do glúten foi associado a maior adesão à dieta. Os pacientes com uma perspectiva correta da causa da doença compreendem a sua gravidade e necessidade de manutenção vitalícia do tratamento dietético (DIMIDI et al., 2021).

Se desprender da opinião dos outros e não se envergonhar em ter a DC foram elencadas como itens auxiliares para uma boa adesão (REAL-DELOR; CHAMORROAGUILERA, 2021). As pessoas com maior nível de autoeficácia (ou seja, que mais acreditaram na sua capacidade de manter a dieta) foram também as que tiveram melhor adesão à dieta. A autoeficácia especificamente em relação a DC foi o melhor preditor de adesão e qualidade de vida (FUEYO-DÍAZ et al., 2020). Essa influência positiva da eficácia autorreguladora também foi confirmada por uma revisão sistemática (ABU-JANB; JAANA, 2020). Da mesma maneira, menor grau de sofrimento psicológico e melhor bem estar emocional foram preditores de uma maior adesão (DIMIDI et al., 2021; HALMOS et al., 2018). A presença de sintomas após a ingestão de glúten também esteve associada a maior adesão (HALMOS et al., 2018). Decerto, em alguns casos a ausência de sintomas desencoraja a adesão.

A participação em grupos de apoio esteve associada a maiores chances de adesão à dieta, uma vez que exerce amparo emocional e orientação aos celíacos (DIMIDI et al., 2021). Outros trabalhos reforçam essa conclusão (ABU-JANB; JAANA, 2020; ASPASIA et al., 2022). O suporte de amigos e familiares incentivadores e compreensivos também são fatores facilitadores da adesão (WOLF et al., 2018). Da mesma forma, Sainsbury et al. (2018) mostraram que essa rede de apoio é fundamental e que o ambiente doméstico é mais propício à manutenção da dieta do que ambientes de trabalho/estudo e ambientes de fim de semana. A educação nutricional realizada em grupos de pessoas com DC gerou maiores reduções dos sintomas gastrointestinais (especialmente dor abdominal) e melhoria do bem estar psicológico do que a educação nutricional feita individualmente no consultório (AKBARI NAMVAR et al., 2022). Entre os 42% dos participantes com DC que utilizavam redes de suporte social, os que frequentavam encontros presenciais

tiveram uma melhor qualidade de vida do que aqueles que participavam somente de forma virtual (LEE et al., 2016). Isso revela o quanto o sentimento de integração e o acolhimento é significativo para as pessoas com doença celíaca.

A duração do tratamento é essencial, com o tempo a experiência produz adaptações. Pacientes com mais de 10 anos fazendo a dieta sem glúten tiveram melhor qualidade de vida, menos ansiedade social e menos comportamentos alimentares irregulares do que aqueles com um a quatro anos de tratamento (LEE et al., 2021). Em uma amostra de celíacos com em média 10 anos de tratamento foi visto que esta longa duração se conectava com melhora na qualidade de vida geral a cada ano de dieta (com enfoque no menor impacto da doença na vida social) ainda que continuassem lidando com algumas preocupações e emoções (ENAUD et al., 2022). O maior tempo desde o diagnóstico também contribui para a diminuição das percepções negativas da doença, sofrimento psicológico e sintomas gastrointestinais (MÖLLER et al., 2021). Os indivíduos com mais de cinco anos de dieta vivenciam menos dificuldades para na adesão (ZARKADAS et al., 2013). O diagnóstico mais precoce esteve associado a menores experiências de sofrimento com questões sociais, ou seja, quanto mais cedo se descobre a DC mais possibilidade de sofrer menos nesses aspectos (PRATESI et al., 2018).

Os homens apresentaram melhor qualidade de vida do que as mulheres (ENAUD et al., 2022; PRATESI et al., 2018). Porém, essas diferenças de gênero são bastante controversas. Há estudo que mostra que as mulheres têm maior adesão à dieta do que os homens (FUEYO-DÍAZ et al., 2020) e outro estudo afirma que são os homens que prevalecem (HALMOS et al., 2018). Além disso, os homens demonstraram menos ansiedade social do que as mulheres (LEE et al., 2021). Mas assim como vários outros trabalhos, nos quatro estudos citados acima as mulheres

corresponderam respectivamente a 81%, 94,4%, 85,3%, 80%, 87,6% da amostra analisada. Em parte, isso pode ser explicado pela maior prevalência de DC em mulheres do que em homens. Contudo, esses dados sustentam a defesa de que existe uma carência de estudos envolvendo amostras com quantidade de homens e mulheres proporcionalmente equilibradas para uma comparação mais fidedigna.

Outra questão é a idade, ter mais de 40 anos foi associado a melhor qualidade de vida geral e especificamente social (PRATESI et al., 2018). De forma parecida, Lee et al. (2021) descobriram menos ansiedade social naqueles com mais de 65 anos e mais ansiedade social na faixa de 23 a 35 anos. Em relação a adesão, ter idade igual ou maior a 35 anos foi preditor de melhor adesão (FUEYO-DÍAZ et al., 2020). Os aderentes à dieta tiveram maior idade (em média 36 anos) comparado aos não aderentes (tinham em média 29 anos) (AL-SUNAID et al., 2021) e quanto maior a idade, melhor é a adesão (HALMOS et al., 2018).

Ter mais conhecimento sobre a dieta contribui para uma adesão mais adequada (REAL-DELOR; CHAMORRO-AGUILERA, 2021). Sendo esse resultado afirmado também por outros trabalhos (ABU-JANB; JAANA, 2020; DOWD et al., 2016). Halmos et al. (2018) mostrou que ser membro de associações de apoio foi associado à maior conhecimento sobre a dieta, á semelhança dos achados de Silvester et al. (2016) e Riznik et al. (2021). Mas o núcleo de pessoas adjacentes aos celíacos também precisa estar ciente sobre o tema. Maior nível de informação da população acerca da DC foi indicada como facilitador do cumprimento das recomendações dietéticas (WOLF et al., 2018). Mais tempo desde o diagnóstico (>5 anos) esteve associado à melhor conhecimento sobre a dieta sem glúten (AINSWORTH, SOON 2023).

Por fim, uma estratégia alimentar que apresenta significativas contribuições é a dieta baixa em FODMAPs. Em um estudo randomizado controlado por intervenção, a introdução da dieta low FODMAPs somada a dieta sem glúten (em pacientes com sintomas persistentes) resultou em uma significativa melhora dos sintomas gastrointestinais (principalmente no quesito dor abdominal e consistência fecal), melhora da saúde psicológica e do bem estar geral, maior do que o grupo controle que manteve somente a dieta sem glúten (RONCORONI et al., 2018). É prudente frisar que nesse estudo os participantes tiveram toda a assistência nutricional necessária. Não é recomendado que pessoas com doença celíaca associem essas duas dietas sem uma correta avaliação de um nutricionista, pois do contrário estará submetido a um alto risco de deficiências nutricionais dada a natureza bastante restritiva de ambas as dietas.

Algumas limitações podem ter ocorrido durante o processo da revisão. Alguns trabalhos importantes podem não ter sido contemplados pela estratégia de busca aplicada. Além disso, não houve análise de artigos presentes nas listas de referências dos artigos selecionados nas bases de dados, o qual é uma recomendação para revisões de escopo.

5 CONCLUSÃO

Diante das informações trazidas nesta revisão de escopo é consistente considerar que a dieta isenta de glúten é a estrutura fundamental do tratamento da doença celíaca. Mas o alicerce dessa estrutura é o resultado da união de elementos fundamentais que envolvem não somente a remissão da doença e cicatrização de mucosa. É necessário o cuidado com a saúde psicológica e emocional, assim como

atenção às questões socioeconômicas e culturais que permeiam esse tratamento. Embora, a nível de estudo separemos a saúde em várias áreas, os resultados aqui apresentados contribuem para mostrar que as pessoas com doença celíaca precisam ser vistas e tratadas de forma holística e não segmentada. A premissa refletida por este trabalho foi de que a adesão à dieta sem glúten é necessária, mas não deve ser almejada à custa de sofrimento psicológico e social. Além disso, foram apresentados fatores que facilitam esse manejo dietético e novos estudos são essenciais para investigar possibilidades e estratégias que promovam o controle da doença sem comprometer a qualidade de vida geral.

REFERÊNCIAS

- ABU-JANB, N.; JAANA, M. Facilitators and barriers to adherence to gluten-free diet among adults with celiac disease: a systematic review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 33, n. 6, p. 786–810, 29 dez. 2020.
- AINSWORTH, D.; SOON, J. M. Nutritional knowledge, eating habits and quality of life of coeliac disease patients. **British Food Journal**, v. 125, n. 1, p. 226–241, 2 jan. 2023.
- AKBARI NAMVAR, Z. et al. The effect of group-based education on gastrointestinal symptoms and quality of life in patients with celiac disease: randomized controlled clinical trial. **BMC Gastroenterology**, v. 22, n. 1, p. 18, 11 dez. 2022.
- ALJADA, B.; ZOHNI, A.; EL-MATARY, W. The Gluten-Free Diet for Celiac Disease and Beyond. **Nutrients**, v. 13, n. 11, p. 3993, 9 nov. 2021.
- ALKHAYYAT, M. et al. Epidemiology and risk of psychiatric disorders among patients with celiac disease: A population-based national study. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 36, n. 8, p. 2165–2170, 24 ago. 2021.
- AL-SUNAID, F. F. et al. The influence of a gluten-free diet on health-related quality of life in individuals with celiac disease. **BMC Gastroenterology**, v. 21, n. 1, p. 330, 25 dez. 2021.
- ARIGO, D.; ANSKIS, A. M.; SMYTH, J. M. Psychiatric comorbidities in women with Celiac Disease. **Chronic Illness**, v. 8, n. 1, p. 45–55, 20 mar. 2012.
- ASPASIA, S. et al. The gluten-free diet challenge in adults with coeliac disease: the Hellenic survey. **PEC Innovation**, v. 1, p. 100037, dez. 2022.

- AZIZ, I. et al. Change in awareness of gluten-related disorders among chefs and the general public in the UK. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v. 26, n. 11, p. 1228–1233, nov. 2014.
- BABIO, N. et al. Patients With Celiac Disease Reported Higher Consumption of Added Sugar and Total Fat Than Healthy Individuals. **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, v. 64, n. 1, p. 63–69, jan. 2017.
- BAI, J. C.; CIACCI, C. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 51, n. 9, p. 755–768, out. 2017.
- BARBERIS, N.; QUATTROPANI, M. C.; CUZZOCREA, F. Relationship between motivation, adherence to diet, anxiety symptoms, depression symptoms and quality of life in individuals with celiac disease. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 124, p. 109787, set. 2019.
- BARRIO, J. et al. Health-related quality of life using specific and generic questionnaires in Spanish coeliac children. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 250, 25 jul. 2020.
- BENNETT, A. et al. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Characteristics and Prevalence in Adult Celiac Disease Patients. **Gastro Hep Advances**, v. 1, n. 3, p. 321–327, 2022.
- BESSA, C. C. et al. HEALTH CONTROL FOR CELIAC PATIENTS: AN ANALYSIS ACCORDING TO THE PENDER HEALTH PROMOTION MODEL. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020.
- BURGER, J. P. W. et al. Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. **Clinical Nutrition**, v. 36, n. 2, p. 399–406, abr. 2017.
- CADENHEAD, J. W. et al. Diminished quality of life among adolescents with coeliac disease using maladaptive eating behaviours to manage a gluten-free diet: a cross-sectional, mixed methods study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 32, n. 3, p. 311–320, 5 jun. 2019.
- CAIO, G. et al. Celiac disease: a comprehensive current review. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 142, 23 dez. 2019.
- CHOUNG, R. S. et al. Prevalence and Morbidity of Undiagnosed Celiac Disease From a Community-Based Study. **Gastroenterology**, v. 152, n. 4, p. 830- 839.e5, mar. 2017.
- CROCKER, H.; JENKINSON, C.; PETERS, M. Healthcare experiences and quality of life of adults with coeliac disease: a cross-sectional study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 33, n. 6, p. 741–751, 7 dez. 2020.
- DE PAULA, F. DE A.; CRUCINSKY, J.; BENATI, R. Fragilidades da Atenção à Saúde de Pessoas Celíacas no SUS: a Perspectiva do Usuário. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 0, 17 jul. 2014.
- DIMIDI, E. et al. Predictors of adherence to a gluten-free diet in celiac disease: Do knowledge, attitudes, experiences, symptoms, and quality of life play a role? **Nutrition**, v. 90, p. 111249, out. 2021.

- DOMINGUEZ CASTRO, P. et al. Changes in Presentation of Celiac Disease in Ireland From the 1960s to 2015. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 15, n. 6, p. 864–871.e3, jun. 2017.
- DORN, S. D. et al. Psychosocial Factors Are More Important Than Disease Activity in Determining Gastrointestinal Symptoms and Health Status in Adults at a Celiac Disease Referral Center. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 55, n. 11, p. 3154–3163, 30 nov. 2010.
- DOWD, A. J. et al. Prediction of adherence to a gluten-free diet using protection motivation theory among adults with coeliac disease. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 29, n. 3, p. 391–398, jun. 2016.
- ENAUD, R. et al. Compliance with Gluten Free Diet Is Associated with Better Quality of Life in Celiac Disease. **Nutrients**, v. 14, n. 6, p. 1210, 12 mar. 2022.
- ESTÉVEZ, V. et al. The gluten-free basic food basket: a problem of availability, cost and nutritional composition. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, n. 10, p. 1215–1217, 10 out. 2016.
- FALCOMER, A. L. et al. Gluten contamination in food services and industry: A systematic review. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 60, n. 3, p. 479–493, 4 fev. 2020.
- FERNÁNDEZ-BAÑARES, F. et al. Persistent Villous Atrophy in De Novo Adult Patients With Celiac Disease and Strict Control of Gluten-Free Diet Adherence: A Multicenter Prospective Study (CADER Study). **American Journal of Gastroenterology**, v. 116, n. 5, p. 1036–1043, maio 2021.
- FINK, M. et al. When Is Patient Behavior Indicative of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Vs Reasonable Response to Digestive Disease? **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 20, n. 6, p. 1241–1250, jun. 2022.
- FRASER, C. N.; MÖLLER, S. P.; KNOWLES, S. R. Understanding disease-specific and nonspecific factors predicting disordered eating in adults with coeliac disease. **Appetite**, v. 168, p. 105744, jan. 2022.
- FRY, L.; MADDEN, A. M.; FALLAIZE, R. An investigation into the nutritional composition and cost of gluten-free versus regular food products in the UK. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 31, n. 1, p. 108–120, fev. 2018.
- FUCHS, V. et al. Factors associated with long diagnostic delay in celiac disease. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 49, n. 11, p. 1304–1310, 1 nov. 2014.
- FUCHS, V. et al. Delayed celiac disease diagnosis predisposes to reduced quality of life and incremental use of health care services and medicines: A prospective nationwide study. **United European Gastroenterology Journal**, v. 6, n. 4, p. 567–575, maio 2018.
- FUEYO-DÍAZ, R. et al. Influence of Compliance to Diet and Self-Efficacy Expectation on Quality of Life in Patients with Celiac Disease in Spain. **Nutrients**, v. 12, n. 9, p. 2672, 2 set. 2020.
- GALLI, G. et al. Relationship between Persistent Gastrointestinal Symptoms and Duodenal Histological Findings after Adequate Gluten-Free Diet: A Gray Area of Celiac Disease Management in Adult Patients. **Nutrients**, v. 13, n. 2, p. 600, 12 fev. 2021.

- GATTI, S. et al. Increased Prevalence of Celiac Disease in School-age Children in Italy. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 18, n. 3, p. 596–603, mar. 2020.
- GHOLMIE, Y. et al. Maladaptive Food Attitudes and Behaviors in Individuals with Celiac Disease and Their Association with Quality of Life. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 68, n. 7, p. 2899–2907, 6 jul. 2023.
- GIUFFRÈ, M. et al. Celiac Disease and Neurological Manifestations: From Gluten to Neuroinflammation. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 24, p. 15564, 8 dez. 2022.
- GŁADYŚ, K. et al. Expanded Role of a Dietitian in Monitoring a Gluten-Free Diet in Patients with Celiac Disease: Implications for Clinical Practice. **Nutrients**, v. 13, n. 6, p. 1859, 29 maio 2021.
- GUEDES, N. G. et al. Anxiety and depression: a study of psychoaffective, family-related, and daily-life factors in celiac individuals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, 2020.
- GUENNOUNI, M. et al. Gluten contamination in labelled gluten-free, naturally gluten-free and meals in food services in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Nutrition**, v. 127, n. 10, p. 1528–1542, 28 maio 2022.
- HALL, N. J.; RUBIN, G. P.; CHARNOCK, A. Intentional and inadvertent non-adherence in adult coeliac disease. A cross-sectional survey. **Appetite**, v. 68, p. 56–62, set. 2013.
- HALMOS, E. P. et al. Food knowledge and psychological state predict adherence to a gluten-free diet in a survey of 5310 Australians and New Zealanders with coeliac disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 48, n. 1, p. 78–86, jul. 2018.
- HARNETT, J. E.; MYERS, S. P. Quality of life in people with ongoing symptoms of coeliac disease despite adherence to a strict gluten-free diet. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 1144, 24 jan. 2020.
- HEDMAN, A. et al. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 7, p. 803–812, 3 jul. 2019.
- HOLLON, J. R. et al. Trace gluten contamination may play a role in mucosal and clinical recovery in a subgroup of diet-adherent non-responsive celiac disease patients. **BMC Gastroenterology**, v. 13, n. 1, p. 40, 28 dez. 2013.
- HUGHEY, J. J. et al. Self-reported dietary adherence, disease-specific symptoms, and quality of life are associated with healthcare provider follow-up in celiac disease. **BMC Gastroenterology**, v. 17, n. 1, p. 156, 11 dez. 2017.
- HUJOEL, I. A. et al. Natural history and clinical detection of undiagnosed coeliac disease in a North American community. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 47, n. 10, p. 1358–1366, maio 2018.
- IANIRO, G. et al. Prior Misdiagnosis of Celiac Disease Is Common Among Patients Referred to a Tertiary Care Center: A Prospective Cohort Study. **Clinical and Translational Gastroenterology**, v. 7, n. 1, p. e139, jan. 2016.

- JINGA, M. et al. Physicians' attitude and perception regarding celiac disease: A questionnaire-based study. **The Turkish Journal of Gastroenterology**, v. 29, n. 4, p. 419–426, 29 jun. 2018.
- JOELSON, A. et al. The Effect of Depressive Symptoms on the Association between GlutenFree Diet Adherence and Symptoms in Celiac Disease: Analysis of a Patient Powered Research Network. **Nutrients**, v. 10, n. 5, p. 538, 26 abr. 2018.
- KABBANI, T. A. et al. Body mass index and the risk of obesity in coeliac disease treated with the gluten-free diet. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 35, n. 6, p. 723–729, mar. 2012.
- KÅRHUS, L. L. et al. Symptoms and biomarkers associated with undiagnosed celiac seropositivity. **BMC Gastroenterology**, v. 21, n. 1, p. 90, 27 dez. 2021.
- KING, J. A.; KAPLAN, G. G.; GODLEY, J. Experiences of coeliac disease in a changing gluten-free landscape. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 32, n. 1, p. 72–79, fev. 2019.
- KVAMME, J.-M. et al. Population-based screening for celiac disease reveals that the majority of patients are undiagnosed and improve on a gluten-free diet. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 12647, 25 jul. 2022.
- LAURIKKA, P. et al. Dietary Factors and Mucosal Immune Response in Celiac Disease Patients Having Persistent Symptoms Despite a Gluten-free Diet. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 53, n. 7, p. 507–513, ago. 2019.
- LEBWOHL, B. et al. Psychiatric Disorders in Patients With a Diagnosis of Celiac Disease During Childhood From 1973 to 2016. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 19, n. 10, p. 2093–2101.e13, out. 2021.
- LEE, A. et al. Persistent Economic Burden of the Gluten Free Diet. **Nutrients**, v. 11, n. 2, p. 399, 14 fev. 2019.
- LEE, A. R. et al. Coeliac disease: the association between quality of life and social support network participation. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 29, n. 3, p. 383–390, jun. 2016.
- LEE, A. R. et al. Factors Associated with Maladaptive Eating Behaviors, Social Anxiety, and Quality of Life in Adults with Celiac Disease. **Nutrients**, v. 13, n. 12, p. 4494, 15 dez. 2021.
- LEINONEN, H. et al. Daily Life Restrictions are Common and Associated with Health Concerns and Dietary Challenges in Adult Celiac Disease Patients Diagnosed in Childhood. **Nutrients**, v. 11, n. 8, p. 1718, 25 jul. 2019.
- LUDVIGSSON, J. F. et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. **Gut**, v. 62, n. 1, p. 43–52, jan. 2013.
- LUDVIGSSON, J. F. et al. Anxiety after coeliac disease diagnosis predicts mucosal healing: a population-based study. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 48, n. 10, p. 1091–1098, nov. 2018.
- MA, C. et al. Food Insecurity Negatively Impacts Gluten Avoidance and Nutritional Intake in Patients With Celiac Disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 56, n. 10, p. 863–868, nov. 2022.

- MÅRILD, K. et al. Celiac Disease and Anorexia Nervosa: A Nationwide Study. **Pediatrics**, v. 139, n. 5, 1 maio 2017.
- MELINI, V.; MELINI, F. Gluten-Free Diet: Gaps and Needs for a Healthier Diet. **Nutrients**, v. 11, n. 1, p. 170, 15 jan. 2019.
- MIRANDA, J. et al. Nutritional Differences Between a Gluten-free Diet and a Diet Containing Equivalent Products with Gluten. **Plant Foods for Human Nutrition**, v. 69, n. 2, p. 182–187, 1 jun. 2014.
- MÖLLER, S. P. et al. Quality of life in coeliac disease: relationship between psychosocial processes and quality of life in a sample of 1697 adults living with coeliac disease. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 151, p. 110652, dez. 2021.
- MUNIZ, J. G.; SDEPANIAN, V. L.; FAGUNDES NETO, U. PREVALENCE OF GENETIC SUSCEPTIBILITY FOR CELIAC DISEASE IN BLOOD DONORS IN SÃO PAULO, BRAZIL. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 53, n. 4, p. 267–272, dez. 2016.
- NIKNAZ, Z. et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and odds of eating disorders in patients with celiac disease and vice-versa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 9, p. 1563–1574, 27 set. 2021.
- PARKER, S. et al. Functional Gastrointestinal Disorders and Associated Health Impairment in Individuals with Celiac Disease. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 20, n. 6, p. 1315- 1325.e4, jun. 2022.
- PETERS MDJ et al. Chapter 11: Scoping reviews. Em: AROMATARIS E, M. Z. (Ed.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. Available from <https://synthesismanual.jbi.global> : JBI, 2020.
- PRATESI, C. et al. Quality of Life of Celiac Patients in Brazil: Questionnaire Translation, Cultural Adaptation and Validation. **Nutrients**, v. 10, n. 9, p. 1167, 25 ago. 2018.
- REAL-DELOR, R.; CHAMORRO-AGUILERA, M. E. Facilidades y barreras para la dieta sin gluten de personas con enfermedad celiaca del Paraguay. **Revista Española de Nutrición Humana y Dietética**, v. 25, n. 4, p. 376–383, 28 dez. 2021.
- RIZNIK, P. et al. The Knowledge About Celiac Disease Among Healthcare Professionals and Patients in Central Europe. **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, v. 72, n. 4, p. 552–557, abr. 2021.
- ROCHA, S.; GANDOLFI, L.; SANTOS, J. E. DOS. The psychosocial impacts caused by diagnosis and treatment of Coeliac Disease. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 65–70, fev. 2016.
- ROLDAN, G. A. et al. Celiac Disease Presenting in a Community-Based Gastroenterology Practice: Obesity and Bone Disease Are Common. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 68, n. 3, p. 860–866, 1 mar. 2023.
- RONCORONI, L. et al. A Low FODMAP Gluten-Free Diet Improves Functional Gastrointestinal Disorders and Overall Mental Health of Celiac Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. **Nutrients**, v. 10, n. 8, p. 1023, 4 ago. 2018.
- SAINSBURY, K. et al. Maintenance of a gluten free diet in coeliac disease: The roles of selfregulation, habit, psychological resources, motivation, support, and goal priority. **Appetite**, v. 125, p. 356–366, jun. 2018.

SATHERLEY, R.-M.; HOWARD, R.; HIGGS, S. The prevalence and predictors of disordered eating in women with coeliac disease. **Appetite**, v. 107, p. 260–267, dez. 2016.

SHAH, S. et al. Patient Perception of Treatment Burden Is High in Celiac Disease Compared With Other Common Conditions. **American Journal of Gastroenterology**, v. 109, n. 9, p. 1304–1311, set. 2014.

SILVESTER, J. A. et al. Is it gluten-free? Relationship between self-reported gluten-free diet adherence and knowledge of gluten content of foods. **Nutrition**, v. 32, n. 7–8, p. 777–783, jul. 2016.

SIMPSON, S. et al. Awareness of gluten-related disorders: A survey of the general public, chefs and patients. **e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism**, v. 6, n. 5, p. e227–e231, out. 2011.

SINGH, P. et al. Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Metaanalysis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 16, n. 6, p. 823–836.e2, jun. 2018.

STASI, E. et al. Frequency and Cause of Persistent Symptoms in Celiac Disease Patients on a Long-term Gluten-free Diet. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 50, n. 3, p. 239–243, mar. 2016.

STEIN, A. C. et al. Obesity and Cardiovascular Risk in Adults With Celiac Disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 50, n. 7, p. 545–550, ago. 2016.

STUDERUS, D. et al. Cross-Contamination with Gluten by Using Kitchen Utensils: Fact or Fiction? **Journal of Food Protection**, v. 81, n. 10, p. 1679–1684, out. 2018.

SYAGE, J. A. et al. Determination of gluten consumption in celiac disease patients on a gluten-free diet. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 107, n. 2, p. 201–207, fev. 2018.

TAN, I. L. et al. Non-classical clinical presentation at diagnosis by male celiac disease patients of older age. **European Journal of Internal Medicine**, v. 83, p. 28–33, jan. 2021.

TAŞKIN, B.; SAVLAK, N. Public awareness, knowledge and sensitivity towards celiac disease and gluten-free diet is insufficient: a survey from Turkey. **Food Science and Technology**, v. 41, n. 1, p. 218–224, mar. 2021.

TAYLOR, M. A. et al. Do gastroenterologists have medical inertia towards coeliac disease? A UK multicentre secondary care study. **BMJ Open Gastroenterology**, v. 8, n. 1, p. e000544, jan. 2021.

TOKATLY LATZER, I. et al. Disordered eating behaviors in adolescents with celiac disease. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 25, n. 2, p. 365–371, 27 abr. 2020.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.

VIOLATO, M.; GRAY, A. The impact of diagnosis on health-related quality of life in people with coeliac disease: a UK population-based longitudinal perspective. **BMC Gastroenterology**, v. 19, n. 1, p. 68, 2 dez. 2019.

WELSTEAD, L. The Gluten-Free Diet in the 3rd Millennium: Rules, Risks and Opportunities. **Diseases**, v. 3, n. 3, p. 136–149, 13 jul. 2015.

WHITBURN, J. et al. Diagnosis of celiac disease is being missed in over 80% of children particularly in those from socioeconomically deprived backgrounds. **European Journal of Pediatrics**, v. 180, n. 6, p. 1941–1946, 10 jun. 2021.

WHITE, L. E.; BANNERMAN, E.; GILLET, P. M. Coeliac disease and the gluten-free diet: a review of the burdens; factors associated with adherence and impact on health-related quality of life, with specific focus on adolescence. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 29, n. 5, p. 593–606, out. 2016.

WIESER, H. et al. Food Safety and Cross-Contamination of Gluten-Free Products: A Narrative Review. **Nutrients**, v. 13, n. 7, p. 2244, 29 jun. 2021.

WOLF, R. L. et al. Hypervigilance to a Gluten-Free Diet and Decreased Quality of Life in Teenagers and Adults with Celiac Disease. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 63, n. 6, p. 1438–1448, 31 jun. 2018.

WOTTON, C. J.; JAMES, A.; GOLDACRE, M. J. Coexistence of eating disorders and autoimmune diseases: Record linkage cohort study, UK. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 7, p. 663–672, jul. 2016.

ZARKADAS, M. et al. Living with coeliac disease and a gluten-free diet: a Canadian perspective. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 26, n. 1, p. 10–23, fev. 2013.

ZINGONE, F. et al. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. **United European Gastroenterology Journal**, v. 3, n. 2, p. 136–145, abr. 2015.

ANEXO A: DIRETRIZES PARA AUTORES REVISTA BRASILEIRA DE OBESIDADE, NUTRIÇÃO E EMAGRECIMENTO (RBONE).

A RBONE adota as regras de preparação de manuscritos que seguem os padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que se baseiam no padrão Internacional - ISO (International Organization for Standardization), em função das características e especificidade da RBONE apresenta o seguinte padrão.

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo. Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens:

A página título deve conter:

- (1) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;
- (2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem (afiliação), com cidade, estado e país, se fora do Brasil;
- (3) nome do autor correspondente e endereço completo;
- (4) e-mail de todos os autores.

O resumo deve conter:

- (1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;
- (2) três a cinco palavras-chave. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS);
- (3) o título e o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do título e do resumo para a língua inglesa;
- (4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

A introdução deve conter:

- (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e métodos deve conter:

- (1) descrição clara da amostra utilizada;
- (2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos e animais, conforme recomenda as resoluções 466/12 e 510/16;
- (3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;
- (4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;
- (5) descrição de métodos novos ou modificados;
- (6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados deve conter:

- (1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto;
- (2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão deve conter:

- (1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;
- (2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;
- (3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos deve conter:

- (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;
- (2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação deve utilizar o sistema autor-data. Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Navarro e colaboradores, 2001). A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências

As referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da RBONE e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de "comunicações pessoais" ou "observações não publicadas" como referências.

Tabelas

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais). As tabelas devem ser criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

Figuras

Serão aceitas fotos ou figuras em preto-e-branco. Figuras coloridas são incentivadas pelo Editor, pois a revista é eletrônica, processo que facilita a sua publicação. Não utilizar tons de cinza. As figuras quando impressas devem ter bom contraste e largura legível. Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possíveis. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais. A RBONE desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais. Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente. A resolução para a imagem deve ser de no máximo 300 dpi afim de uma impressão adequada.

Artigos de revisão

Os artigos de revisão (narrativo, sistemática, metanálise) são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. A RBONE encoraja, entretanto, que se envie material não encomendado, desde que expresse a experiência publicada do (a) autor (a) e não reflita, apenas, uma revisão da literatura. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, típicos ou questões específicas na área de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do

artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada.

Conflito de interesse

Os autores deverão explicitar no artigo qualquer potencial conflito de interesse relacionado ao artigo submetido. Esta exigência visa informar os editores, revisores e leitores sobre relações profissionais e/ou financeiras (como patrocínios e participação societária) com agentes financeiros relacionados aos produtos farmacêuticos ou equipamentos envolvidos no trabalho, os quais podem teoricamente influenciar as interpretações e conclusões do mesmo. A existência ou não de conflito de interesse declarado estarão ao final dos artigos publicados.

Revisão pelos pares

Todos os artigos submetidos serão avaliados por ao menos dois revisores com experiência e competência profissional na respectiva área do trabalho e que emitirão parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos Editores para decidir sobre a aceitação do mesmo. Os critérios de avaliação dos artigos incluem: originalidade, contribuição para corpo de conhecimento da área, adequação metodológica, clareza e atualidade. Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais para facilitar sua clareza e entendimento sem alterar seu conteúdo.

Aos autores, os procedimentos de submissão (avaliação/revisão) e publicação dos artigos são gratuitos. A RBONE é classificada com a cor Azul no SHERPA/RoMEO e no DIADORIM.

ANEXO B

Lista de verificação de Itens de Relatório Preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR).

SEÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-ScR	RELATADO NA PÁGINA
TÍTULO			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	1
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Forneça um resumo estruturado que inclua (conforme aplicável): antecedentes, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidências, métodos de gráficos, resultados e conclusões relacionados às questões e objetivos da revisão.	4
INTRODUÇÃO			
Justificativa	3	Descreva a justificativa para a revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as perguntas/objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	9

Objetivos	4	Forneça uma declaração explícita das questões e objetivos sendo abordados com referência a seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes usados para conceituar as questões e/ou objetivos da revisão.	9
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indicar se existe um protocolo de revisão; indicar se e onde pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, fornecer informações de registro, incluindo o número de registro.	---
Critério de eleição	6	Especifique as características das fontes de evidência usadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status da publicação) e forneça uma justificativa.	11
Fontes de informação*	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bancos de dados com datas de abrangência e contato com autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi realizada.	10
Procurar	8	Apresentar a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos 1 base de dados, incluindo eventuais limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	11

SEÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-ScR	RELATADO NA PÁGINA
Seleção de fontes de evidência†	9	Declare o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluído na revisão de escopo.	12
Processo de gráfico de dados‡	10	Descrever os métodos de registro de dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso e se o registro de dados foi feito de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obter e confirmar dados de investigadores.	11
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais os dados foram buscados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	11

Avaliação crítica de fontes individuais de evidências	12	Se feito, forneça uma justificativa para conduzir uma avaliação crítica das fontes de evidência incluídas; descreva os métodos usados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	----
Síntese de resultados	13	Descreva os métodos de manipulação e resumo dos dados que foram mapeados.	12
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	Forneça o número de fontes de evidências selecionadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com motivos para exclusões em cada estágio, de preferência usando um diagrama de fluxo.	12
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram mapeados e forneça as citações.	13
Avaliação crítica dentro das fontes de evidência	16	Se feito, apresente dados sobre a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	---
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados e que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	15
Síntese de resultados	18	Resuma e/ou apresente os resultados do gráfico conforme eles se relacionam com as perguntas e objetivos da revisão.	21
DISCUSSÃO			
Resumo das evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), faça um link para as perguntas e objetivos da revisão e considere a relevância para os principais grupos.	30
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão de escopo.	50
SEÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-ScR	RELATADO NA PÁGINA
Conclusões	21	Forneça uma interpretação geral dos resultados com relação às perguntas e objetivos da revisão, bem como possíveis implicações e/ou próximos passos.	50
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento para as fontes de evidência incluídas, bem como as fontes de financiamento para a revisão de escopo. Descreva o papel dos financiadores da revisão de escopo.	----

* De onde as fontes de evidência (ver segunda nota de rodapé) são compiladas, como bancos de dados bibliográficos, plataformas de mídia social e sites.

† Um termo mais inclusivo/heterogêneo usado para explicar os diferentes tipos de evidências ou fontes de dados (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião de especialistas e documentos de política) que podem ser elegíveis em uma revisão de escopo em vez de apenas estudos. Isso não deve ser confundido com fontes de informação (ver primeira nota de rodapé).

‡ As estruturas de Arksey e O'Malley (6) e Levac e colegas (7) e a orientação JBI (4, 5) referem-se ao processo de extração de dados em uma revisão de escopo como gráficos de dados.

§ O processo de examinar sistematicamente as evidências de pesquisa para avaliar sua validade, resultados e relevância antes de usá-las para fundamentar uma decisão. Este termo é usado para os itens 12 e 19 em vez de "risco de viés" (que é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções) para incluir e reconhecer as várias fontes de evidência que podem ser usadas em uma revisão de escopo (por exemplo, pesquisa quantitativa e/ou qualitativa, opinião de especialistas e documento de política).

JBI = Instituto Joanna Briggs; PRISMA-ScR = Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo.

Fonte: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Lista de verificação e explicação. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473.

doi:10.7326/M18-0850.