

Fragilidades da atenção à saúde de pessoas celíacas no Sistema Único de Saúde (SUS): a perspectiva do usuário

Celiac people health care weaknesses in the Unified Health System (SUS): a user's perspective

Flavia de Anastacio de Paula¹
Juliana Crucinsky²
Raquel Benati³

¹ Centro de Educação, Letras e Saúde.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz
do Iguaçu, PR, Brasil.

² Secretaria de Estado de Saúde do Governo
do Estado do Rio de Janeiro. Hospital Estadual
Carlos Chagas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Secretaria de Educação de Angra dos Reis.
Angra dos Reis, RJ, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Flavia de Anastacio de Paula
E-mail: fapaula@brturbo.com.br

Resumo

A doença celíaca é uma enfermidade multissistêmica e autoimune que pode se manifestar em qualquer idade, em indivíduos geneticamente predispostos, cujo único tratamento é dietético com adesão à dieta livre de glúten por toda a vida. Este ensaio objetiva listar pontos e contrapontos sobre as fragilidades da e na atenção às pessoas celíacas no Sistema Único de Saúde (SUS), com base na experiência relatada por celíacos usuários do sistema. As autoras são membros da Associação de Celíacos do Brasil (ACELBRA) e solicitações recebidas por essa entidade serviram de base para o presente ensaio. As situações aqui resumidas remetem aos pedidos cotidianos de informação e de orientações, queixas e perguntas, produzidos em encontros presenciais e/ou materializados durante a mediação nos fóruns *online* pelas ferramentas dos grupos de coajuda, no período de 2007 a 2014, envolvendo cerca de vinte mil membros de diferentes regiões do país. Diante do aumento do número de casos de doença celíaca diagnosticados após a homologação do protocolo clínico em 2009, este ensaio não é apenas uma lista de queixas, mas um mapa de fragilidades e gargalos em um sistema.

Palavras-chave: Alimentos. Doença Celíaca. Educação em Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Celiac disease is a multisystem autoimmune disease that can manifest at any age, in genetically predisposed individuals, whose only treatment is based on the adherence to gluten-free diet throughout lifetime. This essay aims to list points and counterpoints on the weaknesses of and in health care to the people with celiac disease in the Brazilian Unified Health System [the so-called SUS], based on the experience reported by system users. The authors are members of the ACELBRA (Association of Celiac People in Brazil) and requests received by this entity served as the basis for this essay. The situations summarized here refer to routine requests for information, and guidance, complaints, questions, produced in-person meetings or materialized during mediation in online forums by the tools of co-help groups during the period 2007-2014, involving about twenty thousand members from different regions of the country. Given the increase in the number of diagnosed cases of celiac disease after the approval of the clinical protocol in 2009, this text is not just a list of complaints, but a map of weaknesses and bottlenecks in a system.

Key words: Food. Celiac Disease. Health Education. Health Services.

Introdução

Diante do aumento do número de casos de doença celíaca diagnosticados após a homologação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença celíaca no SUS, em 2009, este texto objetiva resumir pedidos cotidianos de informação e de orientação, queixas e perguntas produzidos em encontros presenciais e/ou materializados durante a mediação *online* pelas ferramentas dos grupos de coajuda. Mais do que uma lista de queixas, buscou-se construir um mapa das fragilidades e gargalos em um sistema.

A doença celíaca (DC) é uma condição autoimune presente em indivíduos geneticamente predispostos. Na verdade, é a única doença autoimune cujo gatilho conhecemos efetivamente: o glúten.¹ Existe uma produção de anticorpos que é desencadeada pela presença do glúten na alimentação e esses anticorpos provocam um processo inflamatório que envolve a mucosa do intestino delgado, levando à atrofia das vilosidades intestinais, má absorção de nutrientes e uma

variedade de manifestações clínicas relacionadas à destruição e inflamação da mucosa duodenal. A DC é ativada pela ingestão de glúten, contido em cereais como trigo, cevada e centeio, e dificulta a absorção de água, medicamentos, vitaminas, minerais e macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídios) dos alimentos. As manifestações clínicas da DC podem envolver o trato gastrointestinal,² assim como pele, sistema nervoso, sistema reprodutivo, ossos e sistema endócrino.³ Dados epidemiológicos indicam que na Europa e nos Estados Unidos, a prevalência de DC encontra-se entre 0,5 e 1,0% da população total.⁴ Embora ela esteja presente em uma a cada 100 pessoas, estima-se que apenas 10 a 15% dos celíacos são devidamente diagnosticados. Familiares de primeiro grau de pessoas celíacas são os indivíduos com maior chance de desenvolver a doença, com frequência de 10 a 20 vezes maior que a população em geral. Green nos indica que mais de 36% das pessoas com DC haviam recebido previamente o diagnóstico de SII (Síndrome do Intestino Irritável).⁵

Chama a atenção o fato de que a prevalência de casos dessa doença dependa da região em estudo e também da metodologia empregada. Estudos realizados em doadores de sangue mostraram que, nos Estados Unidos, por exemplo, a frequência de casos é de 1:250; já no Brasil, no Distrito Federal, é de 1:681, e em Ribeirão Preto, 1:273.⁶ Entretanto, a metodologia para determinação da prevalência já aponta uma questão importante: os doadores de sangue seriam um grupo com menor probabilidade de apresentar a DC do que a população em geral. Isso porque tal grupo é composto por sujeitos majoritariamente do sexo masculino, saudáveis, assintomáticos, sem anemia, sem alterações autoimunes, sem problemas de peso ou desnutrição. Isto é, um grupo diferente do grupo das pessoas celíacas, cujas características mais observadas são: mulheres, poliqueixosas, com anemia, com alterações autoimunes, com problemas de peso ou desnutrição. Isso nos leva a pensar numa primeira fragilidade do diagnóstico da situação: sua prevalência, seu subdiagnóstico e a diminuição das perspectivas do impacto no sistema e nas famílias.

Embora não tenhamos estudos sobre a incidência da doença celíaca na população total, infere-se que, no Brasil, ela seja bem maior do que entre os saudáveis doadores de sangue. Desta forma, cai por terra a ideia de que a doença celíaca seja rara no Brasil, e passamos, na percepção das pessoas celíacas, para um subgrupo de doença negligenciada. Provavelmente, no Brasil a incidência é semelhante à observada na Europa e nos Estados Unidos, isto é, 1:100 pessoas.

A título de contraponto no que diz respeito à incidência: a tuberculose no Brasil tem um coeficiente estimado em 62:100.000 habitantes.⁷ Um estudo de Lorete Kotze⁸, no qual a pesquisadora revisa quarenta anos de sua prática clínica no atendimento de pessoas celíacas, recomenda uma avaliação periódica de complicações e doenças associadas à DC, desde a infância, independentemente da idade no momento do diagnóstico ou da duração da dieta livre de glúten.

Metodologia

Trata-se de um estudo cujo desenho metodológico de investigação qualitativa baseia-se no enfoque da pesquisa-ação.⁹ Os participantes desta pesquisa são pessoas celíacas, ou seus parentes, que entraram espontaneamente em contato de forma presencial, por telefone, *online* (através dos grupos de apoio aos celíacos nas redes sociais), ou por *e-mail*, com as pesquisadoras ou com o grupo de coajuda, do qual as pesquisadoras fazem parte, solicitando informações ou outras interações no período entre 2007 e 2014. Tais interações consistiam de pedidos de dicas culinárias, dicas de viagem, divulgação de preparações culinárias que deram certo, narração de eventos familiares, informações sobre rotulagem, queixas, perguntas e dúvidas sobre saúde, que foram escritas e redigidas pelos próprios sujeitos, produzindo um imenso *corpus* de textos.

Assim, a base empírica do presente ensaio foi a demanda escrita ou as perguntas dos participantes para as pesquisadoras enviadas por *e-mail*, *chat* ou fórum, sem um instrumento pré-formatado. Para este trabalho, do imenso *corpus* de textos, recortamos a temática dos serviços de saúde. O critério para seleção foi a recorrência das perguntas/solicitações/queixas sobre o SUS. Dentre estas situações, resumimos neste ensaio o que denominamos de “fragilidades” ou “gargalos” da atenção à pessoa celíaca e seus familiares no SUS.

Para fins de exposição, organizamos em: fragilidades no diagnóstico; fragilidades no pós-diagnóstico, no acesso ao apoio nutricional e psicológico, na atenção básica, na educação para a saúde e para autocuidado e nos grupos de apoio; fragilidades no processo de internações hospitalares e fragilidades na formação profissional e na divulgação de informações sobre a doença.

Fragilidades no diagnóstico

Uma revisão demonstrou que a relação de pacientes com DC diagnosticada e não diagnosticada pode ser de 1:7.¹⁰ Nos fóruns de debates, algumas das situações mais recorrentes são os pedidos de informação sobre o diagnóstico, que envolvem: relatos de sintomas de outros membros da família, nomes dos exames necessários, dúvidas sobre qual especialidade médica procurar e onde procurá-la, indicações de profissionais “de confiança” e relatos do próprio processo.

O diagnóstico de DC vem sendo descrito pelas pessoas celíacas como uma peregrinação de especialidade em especialidade, de passagem por vários profissionais e envolvendo grandes incertezas e angústias. No Brasil, assim como na Europa e Estados Unidos, o diagnóstico da pessoa celíaca adulta pode levar até dez anos após a manifestação dos primeiros sintomas. Mesmo após ser levantada a hipótese da doença celíaca, nem sempre é fácil conseguir o diagnóstico. Anedoticamente, diz-se que é preciso suspeitar da possibilidade de doença celíaca em todo paciente

que adentra o consultório com uma pasta com múltiplos exames de diferentes especialidades, com histórico das alterações nos últimos anos.

Objetivamente, deve-se suspeitar de doença celíaca em toda pessoa familiar de primeiro e segundo grau de pacientes com DC ou em pessoas com diarreia ou prisão de ventre crônicas, distensão e dor abdominal crônicas, flatulência, aftas de repetição, hipoplasia do esmalte dentário, dermatites bolhosas, alterações de peso sem causa aparente, anemia (principalmente se crônica e/ou pouco responsiva à suplementação), osteoporose precoce, elevação de transaminases, síndrome do intestino irritável (SII), hipocalcemia, assim como deficiência de ácido fólico e vitaminas lipossolúveis. Além disso, DC está associada a diversas doenças como diabetes melito tipo I, hipo e hipertireodismo, principalmente de origem autoimune, síndrome de Sjögren, cirrose biliar primária, hepatite autoimune, depressão, epilepsia, ataxia cerebelar, infertilidade e abortos de repetição, puberdade tardia, deficiência de IgA seletiva, insuficiência cardíaca, artrite, síndrome de Turner, síndrome de Down, surdez infantil e neuropatia periférica.¹¹⁻¹⁴

É recomendado que toda pessoa com alteração autoimune seja testada para DC. Entretanto, não há justificativa na literatura, no momento, para rastreamento populacional para diagnóstico de DC, apenas para os familiares de pessoas com DC – afinal, apenas 30% da população apresentam predisposição genética para desenvolver a condição celíaca.

No Protocolo Clínico da Doença Celíaca,¹⁵ o marcador utilizado é o anticorpo antitransglutaminase tecidual (anti-tTG), pois é sensível e específico. Em função do desempenho da pesquisa de anticorpos antigliadina – AGA (que é mais sensível) e do anticorpo antiendomísio – EMA (que é menos sensível e muito específico), estes não entraram no protocolo. Ainda assim, podem ser usados como indicadores sorológicos, pois ajudam a compor a caracterização do quadro, mas não são mais cobertos pelo SUS. A exclusão do antigliadina do protocolo clínico do SUS, no entanto, traz o problema da perda da série histórica para compararmos os dados produzidos antes e após 2009.

Deficiência de IgA é a mais comum imunodeficiência humana, sendo dez a 15 vezes mais prevalente em pessoas celíacas. Aproximadamente 3% dos pacientes com DC apresentam essa deficiência, que pode causar falso-negativo nos testes sorológicos EMA, anti-tTG IgA e AGA IgA, baseados em IgA.¹⁴ Assim, o protocolo clínico recomenda a dosagem de Imunoglobulina IgA total para todos, em conjunto com o anti-tTG IgA.^{1,2,4,7,10,14} O protocolo clínico também orienta que, na presença de deficiência de IgA na fase de diagnóstico, deve-se encaminhar o paciente diretamente para a endoscopia e biópsia de duodeno.

O protocolo clínico¹⁵ determina que o SUS ofereça a dosagem das imunoglobulinas da classe das IgAs e a biópsia duodenal. Entretanto, tal documento não especifica se os exames devem ser oferecidos em qualquer unidade de saúde ou se em centros de referência, o que dificulta sua realização. Neste aspecto, verifica-se mais uma fragilidade, visto que em muitas localidades, a Rede

de Atenção à Saúde não dispõe de *kits*, material e pessoal treinado para a realização da sorologia, nem setor de endoscopia digestiva onde a biópsia possa ser feita, de acordo com o protocolo. Além disso, dependendo da localidade ou do polo de atendimento, o tempo decorrido entre a marcação e a realização da endoscopia pode ser longo, retardando o diagnóstico e favorecendo o surgimento de complicações associadas à DC.

É consenso que a doença celíaca é uma condição de hereditariedade complexa, que requer o acompanhamento de todos os familiares, mas como garanti-lo? Outras fragilidades são decorrentes da própria configuração para montar a caracterização do quadro do diagnóstico da pessoa celíaca. Há que se reunir elementos de cinco áreas: sintomas e histórico clínico, sorologia, presença de familiares celíacos ou exame genético, endoscopia com biópsia ou análise dermatológica com biópsia, melhora clínica com a dieta de exclusão do glúten. Em caso de dúvidas, a quem recorrer?

Embora existam bons e atuantes pesquisadores sobre a doença celíaca no Brasil, ainda não temos um centro de referência. Mesmo que sejam implantados centros de referência em DC, ainda assim nem todos os pacientes terão acesso a eles, em função das distâncias e custos de deslocamento.

Diante do diagnóstico da condição celíaca, a alteração da alimentação e da rotina cotidiana e do processo de aceitação de uma condição crônica, permanente, não medicamentosa e que envolve autocuidado, a maioria das pessoas relata sentir-se perdida. As pessoas percebem as relações entre o atendimento à saúde e assistência social pelas suas fragilidades.

Fragilidades no pós-diagnóstico, no acesso ao apoio nutricional e psicológico, na atenção básica, na educação para a saúde e para autocuidado e nos grupos de apoio

A percepção das famílias pós-diagnóstico tem características bem conhecidas na literatura psicológica, como o modelo Kübler-Ross¹⁶: luto, medo, negação, ira, lamentação ou vitimização, depressão e aceitação diante da fragilidade da vida, em que o alimento hegemônico se torna um adversário. A aceitação, para algumas pessoas celíacas, inclui a informação, a luta e o engajamento.

São relatos comuns no pós-diagnóstico: o sentir-se perdido, o não saber quais e onde comprar os gêneros alimentícios permitidos, apavorar-se com as alterações necessárias para a eliminação de resíduos de glúten dos utensílios domésticos, prescrição de eliminar o contato com o glúten, o não saber lidar com a desestruturação da rotina alimentícia, já que no atual momento histórico todas as refeições precisarão ser preparadas em casa, dada ausência de legislação que obrigue bares, restaurantes e similares a informarem o teor de glúten de seus alimentos ou oferecerem algum alimento sem glúten seguro. Esse dado da percepção dos celíacos brasileiros é corroborado pelo estudo¹⁷ de Boston, o qual registra que a percepção das pessoas celíacas sobre o impacto da DC na sua vida só perde para a percepção do impacto que a hemodiálise traz para a família.

Tal caráter também se acentua com as desigualdades econômicas regionais e com as desigualdades educacionais, pois não conseguimos universalizar uma política de atendimento emergencial, com cestas básicas sem glúten, para a fase inicial de adaptação ao diagnóstico.

Durante o pós-diagnóstico, é muito importante lembrar que o celíaco precisará de um processo de ensino, orientação e acolhimento para aprender que é responsável por seu tratamento: marcação de exames, agendamento de consultas e retornos. Será responsável por buscar os resultados dos exames e não esperar que alguém faça isso por ele, sabendo, entretanto, que pode pedir ajuda e não precisa passar por tudo isso sozinho; responsável por reaprender a cozinhar todo alimento que ingere.

Ser orientado e acolhido para que não se sinta vítima, mas para que foque na sua saúde e no seu bem-estar, procurando elaborar sentimentos negativos e preconceitos. Que possa reorganizar sua vida e refletir sobre sua rotina, perguntando: “Eu posso continuar trabalhando?”, “Eu quero continuar trabalhando?”, “Como será meu tratamento?”, “Eu posso pedir licença temporária?”, “Eu posso pedir licença saúde temporária para acompanhar filho ou outro parente celíaco?”. Conversar com sua família sobre ser celíaco, limitações e decisões e planejar sua vida a curto, médio e longo prazos.¹⁸

Para isso, é importante informar-se sobre a DC, sobre a restrição ao glúten, sobre as doenças associadas, sobre as opções de troca de alimentos para diversificar a dieta, e para tanto é necessário conversar com seus médicos e seu nutricionista. Conversar e perguntar sobre todos os acompanhamentos para seu caso específico. Pedir indicações de páginas na Internet confiáveis sobre o assunto. Propor uma parceria e se manter no comando da sua saúde. Educar-se e não ter medo da informação.

Aceitar e tornar-se responsável pelo próprio tratamento consiste em: estar mais informado; ter maior controle e participação nas escolhas e decisões; sentir-se mais seguro, confiante e preparado para enfrentar o tratamento e todas as decisões necessárias; saber lidar com as reais expectativas; ser o defensor de si mesmo e da sua vida; exercer seu papel de cidadão responsável e ativo.¹⁹ Os celíacos se educam, quer dizer, se humanizam e se formam como sujeitos sociais no próprio movimento da luta (uma luta social/individual centrada nas questões de vida e morte) que diretamente desencadeiam.

Entretanto, os grupos de apoio pós-diagnóstico no SUS e na assistência social são raros, sendo até mesmo inexistentes na maioria dos estados brasileiros. O apoio pós-diagnóstico existente até hoje se dá via grupo de celíacos, associados ou não, em caráter voluntário, não remunerado, não certificado, não governamental e muitas vezes sem sequer a cessão do espaço físico dentro de uma unidade de saúde básica.

Quanto ao tratamento, o único para a condição celíaca é dietético e consiste na eliminação do contato com o glúten, devendo ser adotada uma alimentação sem glúten por toda a vida, em todas as refeições: na própria família, fora de casa, ao viajar, no trabalho, nos hospitais, escolas e nas cerimônias religiosas, o que impõe limitações ou alterações na convivência. A eliminação do contato com esta proteína traz importantes impactos para a dinâmica familiar e para o autocuidado.

O glúten é uma denominação internacional para a principal proteína presente nos cereais produzidos no inverno: trigo, aveia, centeio, cevada. É uma proteína capaz de conferir elasticidade às massas e acrescentar volume a muitos produtos em que é utilizado, sendo também uma fonte importante de proteína vegetal para muitas pessoas. Assim, o glúten está presente como um elemento cultural adicionado não só em muitos dos nossos alimentos, mas também nos seus subprodutos, como malte, gérmen de trigo e farelo de aveia.

Segundo o IBGE, dos cinquenta produtos mais consumidos no Brasil, dez possuem glúten como ingrediente. No entanto, não basta suprimir o consumo dos alimentos que possuem glúten. Na nossa cultura culinária atual, o trigo é uma figura presente em todas as casas, restaurantes, escolas, cantinas e hospitais. A farinha de trigo espalha-se com muita facilidade pelo ar, pelos equipamentos e dentro dos lugares de armazenagem de alimentos.

Assim, um alimento que originalmente não contém glúten, por exemplo, a mandioca, pode ser contaminado se for manejado de forma compartilhada com alimentos que possuem esse componente. Além disso, grande parte dos temperos em pó, condimentos e produtos industrializados pode ter sido acrescida de trigo, como forma de aumentar seu peso, rendimento e consistência. Outra forma de contaminação cruzada importante é o compartilhamento de utensílios e equipamentos usados para preparar os alimentos com glúten e os utilizados para uma pessoa celíaca. Embora tais produtos venham com a rotulagem correta quanto a conter, ou não, glúten, além de culturalmente difíceis de substituir, eles podem agregar glúten a uma vasta gama de alimentos que a princípio eram permitidos na alimentação de pessoas com DC, limitando as opções.

Outra alteração na convivência pode vir do controle do glúten na forma de contaminação cruzada. Compreender a contaminação cruzada nos equipamentos, a eliminação dos resíduos e traços de glúten, a higienização dos utensílios e modos de evitar a contaminação cruzada dos alimentos faz parte dos rituais de iniciação na vida de um celíaco.

Entretanto, tomando por base os relatos que subsidiaram este ensaio, tal iniciação é acompanhada por grande sofrimento psíquico e pelo sentimento de solidão, em função da não aprendizagem por parte de seus familiares. É recorrente nos fóruns, o que revela grande sofrimento, a pergunta materializada nas palavras: “o que faço para minha família compreender que não é ‘frescura?’” Tornar-se uma pessoa celíaca diagnosticada, para além de lidar com uma alteração autoimune e suas doenças associadas, e da dieta em si, implica também compreender que haverá uma alteração

na forma de socialização e nas necessidades emocionais da pessoa que são mediadas pelo alimento entre indivíduo-amigos-familiares. Isso, por sua vez, repercute na convivência social. Quem apoia essa adaptação psicossocial se, embora presente no protocolo clínico, raramente ela é encaminhada?

Os hábitos alimentares vão muito além da exclusão do glúten e da exigência de água, vitaminas, minerais e macronutrientes; eles estão ligados ao sentimento das pessoas, ao vínculo com os familiares e à sua cultura. Alterar a alimentação de uma pessoa celíaca é mais do que alterar um ato fisiológico, e lhe ensinar em que consiste uma contaminação por 20ppm de glúten. É também apoiá-la na construção dessa nova relação com seu corpo, com sua família e com sua vida social. Afinal, o ato de se alimentar é ontológico na vida das pessoas e a prática alimentar vai desde a compra, o preparo até após o consumo; envolve aspectos subjetivos, culturais, religiosos, socioeconômicos e familiares. Onde buscar esse apoio psicoterápico?

Aprender rapidamente quais alimentos são permitidos e a alteração dos modos de produzi-los para que não haja contaminação cruzada torna-se uma exigência da própria sobrevivência. A demora dos familiares em compreender a magnitude da hegemonia do trigo e da contaminação cruzada por glúten na nossa vida atual pode desencadear um sofrimento psíquico. Este não acompanhamento dos familiares nas alterações alimentares gera duas situações: o agravamento do quadro, com adensamento de doenças associadas nos casos em que o celíaco e seus familiares transgridem a dieta e a forma de produção dos alimentos; ou quando a pessoa celíaca, desejando seu autocuidado, produz o sentimento de rompimento do afeto, seja pela recusa a se alimentar, pelo medo dos sintomas, ou por sentir-se menos amado.

Essas situações alteram a sensação de bem-estar e/ou a qualidade de vida. Situações que são agravadas pela dificuldade de acesso das pessoas celíacas e seus familiares ao atendimento pelo profissional da nutrição, pela ausência de sessões coletivas ou cursos para o ensino-aprendizado das formas de produção do alimento que abordem técnicas, ingredientes e composição equilibrada de cardápios. São poucos os municípios em que esse atendimento está disponível. Mesmo que ele exista para diabéticos e hipertensos, o celíaco sente-se pouco prestigiado nestas reuniões. Há dificuldade no acesso. Há dificuldade de o celíaco demandar tal oferta, dada sua descrença de que isso seria possível. Quando existe o agendamento para o profissional da nutrição, em alguns casos ele é direcionado ao paciente pediátrico, e a maioria dos profissionais, por não ter recebido adequado treinamento no que se refere ao manejo da DC, tem dificuldades em orientar para além das substituições a serem feitas, em avaliar possíveis deficiências nutricionais e até mesmo outras hipersensibilidades alimentares associadas e a necessidade de suplementação de micronutrientes, mantendo a orientação somente no que tange à exclusão do glúten.^{16,20-22,24}

Em relação à suplementação, destaca-se outra fragilidade, visto não existir nenhum protocolo que regulamente a disponibilidade e o fornecimento de suplementos vitamínicos, minerais, pré e

probióticos, entre outros, para os celíacos. Além disso, os suplementos disponíveis nas farmácias dos postos de saúde e hospitais, em sua maioria, estão registrados no Ministério da Saúde como medicamentos, impossibilitando a prescrição dos mesmos pelo profissional nutricionista. Outra questão ainda neste terreno é a impossibilidade de individualizar a suplementação, através da manipulação dos nutrientes em farmácias magistrais conveniadas com o SUS, ficando a suplementação somente a cargo dos médicos, quando sua necessidade é tal que atinge níveis farmacológicos dos nutrientes.

Assim, além das questões de ordem nutricional, as percepções de perda da qualidade de vida em sua dimensão social são agravadas pela ausência ou precariedade do encaminhamento ao atendimento individual psicoterápico, pela ausência de grupos de apoio à pessoa celíaca e seus familiares e pela ausência de atendimento psicológico coletivo que ajudaria a elaborar as queixas, o sofrimento psíquico, as relações de afeto, e a produzir certa resiliência.

Não bastassem as dificuldades em se conseguir atendimento em serviços de Psicologia, percebe-se (através das falas dos celíacos e de seus familiares) como certos cuidados que devem fazer parte do dia a dia da pessoa celíaca são negligenciados e classificados pelos profissionais como “exagero”, “neuroses obsessivas”, “transtornos alimentares” e até mesmo paranoia por um sentimento de perseguição infundada pelo glúten. Isso revela o quão pouco a DC, as restrições alimentares e os processos de contaminação cruzada por proteínas são abordados nos cursos de graduação da área da saúde.

Outras fragilidades podem ser listadas: certa negligência com o sofrimento psíquico da pessoa celíaca diagnosticada e seu desejo de ter uma vida social “normal”. Ela não tem prioridade de atendimento nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do SUS, embora relatos de suicídios não sejam raros, tal o desconforto psíquico com a situação, potencializado pela prevalência dos casos de depressão pré e pós-diagnóstico, muitos devido à subnutrição. Além do pouco número de profissionais e da pouca capilaridade do CAPS, destacamos a inexistência, em muitos municípios, de atendimento para as crianças.

Com ou sem grupo de apoio na rede de atenção básica no SUS e na rede de assistência social; com ou sem atendimento nutricional, psicológico, pedagógico, e das especialidades médicas segundo cada agravo, caberá à pessoa celíaca ou seus familiares aprenderem suas opções diante do tratamento: fugir, procrastinar, queixar-se e ver o que acontece; ou enfrentar e se preparar para se tornar uma pessoa ativa e responsável por seu próprio tratamento.

Urge pensar que a doença celíaca pode ser uma hipótese de diagnóstico. Urge o acolhimento dos familiares para novos diagnósticos. Urge o acolhimento pós-diagnóstico para que a pessoa celíaca possa aprender sobre seus direitos e assuma a postura de cidadão ativo, informando-se sobre quais são seus direitos em relação: ao SUS, à saúde complementar se for o caso, às informações sobre

seu DHAA (Direito Humano à Alimentação Adequada), à busca de informações sobre a rotulagem dos produtos alimentícios, aos projetos de assistência social do município. Urge acolhimento pós-diagnóstico em benefício do próprio SUS, para que este conheça (“quem são”, “quantos são”, “onde estão”) e “re-conheça” os celíacos como sujeitos a serem atendidos. Finalizando, consideramos que, para assumir metas e estratégias destinadas à pessoa celíaca, é preciso abordar o direito à igualdade.

Fragilidades no processo de internações hospitalares

Os relatos de acidentes com glúten, no *corpus* de textos produzidos nos *e-mails*, fóruns e *chats* não registram problemas nos ambientes de UTI, CTI, centros cirúrgicos e nos processos de nutrição enteral e parenteral, mas proliferam relatos sobre internações em enfermarias e quartos particulares das instituições de saúde.

O relato abaixo foi elaborado em 2014, tanto via fórum quanto via *e-mail*, à associação como pedido duplo de ajuda: jurídica, sobre como proceder, e material, para que alguma família celíaca fornecesse quatro refeições livres de contaminação cruzada por glúten para uma menina de dez anos internada nos últimos dias do mês de fevereiro e sua irmã, internada no mês de março, no maior hospital pediátrico de Curitiba. A mãe das meninas, quem geralmente cozinhava para elas, estava como acompanhante no hospital, distante mais de duzentos quilômetros de sua residência. O maior hospital pediátrico do Brasil, localizado na cidade de Curitiba, não conseguiu fornecer alimentação isenta de contaminação cruzada por glúten (enviando inclusive sopa com macarrão de trigo) para suas pacientes celíacas.

Resumo dos casos: crianças com necessidade de medicação venosa, dificuldade de comunicação dos setores de enfermagem e internação com o setor da cozinha, declaração da nutricionista de que a cozinha dietética não estava apta para providenciar alimentos sem glúten e sem contaminação para as crianças internadas. Devido à distância do local de moradia, a família não conseguiria ir à sua residência produzir o alimento e retornar ao hospital. Por isso, com anuência da pediatra, ela recorreu ao socorro de outras pessoas celíacas na cidade para que fossem levados ao hospital produtos sem glúten para o café da manhã, lanche da tarde, almoço e jantar durante toda a internação. Para a situação do primeiro internamento, em fevereiro, a família registrou queixa junto ao hospital e este se comprometeu a resolver a situação, inclusive a alterar procedimentos da cozinha dietética. Na segunda internação, em março, como as condições e os procedimentos não tinham sido ainda revistos, foi encaminhada queixa ao Ministério Público.

São frequentes a informação de acidentes com glúten em celíacos nas instituições de saúde e o relato de pouco conhecimento das equipes de saúde (incluindo dos profissionais do setor de Nutrição) a respeito da DC e, principalmente, dos riscos associados à contaminação cruzada por

glúten. A maioria desses acidentes não é registrada na ouvidoria do SUS, pois em geral os familiares não possuem os dados ou não têm como documentar as ocorrências por meio de fotografias dos alimentos que são entregues nas enfermarias e quartos para formalizar as denúncias. A grande maioria faz relatos indignados e não documentados, baseados nos sintomas clássicos de contato com o glúten, narrados aos grupos e associações de celíacos.

Em 2012, foi realizado procedimento formal de busca de informação junto à ouvidoria do SUS e à SESA-PR sobre quais dos 13 hospitais e maternidades da região oeste do Paraná (9ª SR) estariam aptos a atender celíacos internados. Apenas dois não responderam à consulta do órgão. Todos os 11 estabelecimentos que responderam o fizeram na forma escrita e declararam à SESA-PR não ter como atender às necessidades alimentares especiais dos celíacos lá hospitalizados. Embora a SESA-PR tenha se mostrado incomodada e indignada com tal constatação, o fato não foi surpresa para a associação de celíacos, uma vez que apenas materializou uma situação já conhecida por eles na prática.

A frequência dos acidentes é tamanha que grupos de celíacos elaboraram uma sugestão de protocolo informal dirigido aos iniciantes na fase de internação ou hospitalização. Ele consiste em: 1) avisar no ato da recepção que é celíaco e que tem “alergia” a glúten (mesmo não sendo correto o conceito, trata-se do uso funcional da ficha de atendimento); 2) avisar ao médico e solicitar que seja colocado no prontuário; 3) avisar à equipe de enfermagem pessoalmente; 4) avisar ao nutricionista pessoalmente, e se possível, comunicar ao setor da cozinha pessoalmente; 5) colocar cartazes perto do leito, 6) cada vez que o alimento chegar ao quarto, telefonar para a cozinha para conferir.

Tais recomendações objetivam minimizar os riscos de contaminação, garantir o DHAA e contribuir para a recuperação do quadro que motivou a internação, considerando que um celíaco exposto ao glúten apresenta grandes chances de não responder adequadamente ao tratamento medicamentoso e, ainda, apresentar complicações.

Fragilidades da formação dos profissionais e na divulgação da DC

Durante muitos anos, a DC foi considerada uma mera intolerância alimentar, pouco frequente na população em geral, e sem maiores consequências para a saúde dos pacientes, a não ser quando surgia em crianças, com sua apresentação clássica, atrelada ao quadro de desnutrição calórico-proteica e diarreia. Atualmente, já se conhecem o caráter autoimune desta doença e as complicações em longo prazo, decorrentes da não exclusão completa do glúten e demais cuidados associados.^{10,24,25}

Os relatos nos fóruns registram, no entanto, que as pessoas celíacas e seus familiares observam grande desconhecimento das equipes de saúde em relação à DC, ao seu caráter autoimune, ao tratamento essencialmente dietético e à necessidade de suplementação de micronutrientes e probióticos, aos riscos envolvidos na contaminação cruzada por glúten e na baixa aderência à dieta de exclusão.

Acredita-se que tal fato tenha seu início nas grades curriculares dos cursos de graduação, principalmente nos cursos de Medicina e Nutrição, nos quais a DC muitas vezes é abordada de forma superficial, e com um viés de baixa prevalência, baixa incidência e baixa mortalidade. Tal panorama vem sendo perpetuado pela ausência de treinamento formal e de cursos de atualização dos profissionais das equipes de saúde, mesmo após a criação do protocolo clínico.¹⁵

Em relação aos treinamentos, dada a inexistência de cursos oficiais, existem alguns movimentos isolados e voluntários por parte das ACELBRA regionais, com apoio da Federação Nacional das ACELBRA (FENACELBRA) e de alguns profissionais de saúde, no sentido de se oferecerem cursos de curta duração e simpósios sobre a DC. Vale ressaltar que, devido à terapêutica da condição celíaca sem agravos ser essencialmente dietética, de reeducação alimentar, podendo ou não ter suplementos, fórmulas e medicamentos, percebe-se um desinteresse comercial por parte da indústria farmacêutica em apoiar, patrocinar, premiar ou financiar a divulgação ou formação de profissionais em atuação.

Isso nos leva a registrar outras fragilidades da situação materializadas pelas queixas nos fóruns: a ausência de campanhas publicitárias ou informativas por parte do SUS sobre essa condição autoimune, seu diagnóstico e seu tratamento; e a ausência de um programa ou projeto de formação para que os profissionais da saúde tenham conhecimentos para suspeitar que a pessoa possa ser celíaca.

Em 2005, o Ministério da Saúde imprimiu pôsteres e cartazes informativos sobre doença celíaca para que as ACELBRA distribuíssem em seus estados, nos postos de saúde, entre profissionais de saúde e a população em geral, durante a Caminhada do Dia Internacional dos Celíacos. Foi impressa uma cartilha de divulgação, financiada pelo Governo Federal (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Saúde; Universidade Federal de Viçosa) dentro do Programa Fome Zero, em parceria com a Associação de Celíacos do Brasil, direcionada para o público infantil: a *Cartilha da Emília*.²⁶

Além de o protocolo clínico¹⁵ ter sido aprovado em 2009, apenas um “Guia Orientador”²⁷ à pessoa celíaca, financiado pelo Ministério da Justiça, foi impresso e distribuído. Houve também cursos de formação sobre Direitos Humanos à Alimentação Adequada (2010),²⁸ realizados pela Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), vinculados ao Ministério de

Combate à Fome e ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), via formação por meio de Educação à Distância e com publicação impressa, cujo foco era a segurança alimentar. Também foram realizados um curso de formação para os gestores das ACELBRA: “Capacitação da Sociedade em participação no Controle Social”, no Rio de Janeiro, em 2010, financiado pelo Ministério da Saúde, e um Congresso Nacional de Doença Celíaca, realizado em 2012, em Fortaleza pela FENACELBRA/ACELBRA-CE, com financiamento de OPAS/Ministério da Saúde.

Após a percepção da necessidade de informativos mais direcionados aos aspectos principais da alimentação do celíaco, a ACELBRA-RJ divulgou uma cartilha, denominada *Os dez passos para a alimentação do celíaco*,¹⁹ disponibilizada gratuitamente, com uma abordagem didática das recomendações internacionais,^{20,21,29-40} em formato PDF na página eletrônica da FENACELBRA, de associações de celíacos e em outras páginas eletrônicas. Os pontos destacados neste material didático estão descritos a seguir:

- 1) **Exclua completamente o glúten da alimentação.** Isso significa alimentos contendo trigo (o grão, o germe, o óleo e a farinha branca ou integral, além de farinha de rosca e trigo para quibe), centeio, aveia e cevada (inclui o malte, uma substância obtida a partir da fermentação da cevada, utilizada na fabricação da cerveja, de chocolates, biscoitos etc.).
- 2) **Substitua os alimentos proibidos** por ingredientes “seguros” nas receitas, como farinha de arroz, amido de milho, fubá, fécula de batata, polvilho doce e azedo, tapioca, trigo sarraceno (que não é trigo “de verdade”), farinha de feijão branco, de grão de bico.
- 3) **Não exagere na ingestão de pães, biscoitos e massas** elaborados com os ingredientes listados no item 2, já que são alimentos muito calóricos, de elevado índice glicêmico e pobres em fibras (rapidamente são absorvidos, transformados em glicose, contribuindo assim, para o aumento da glicose sanguínea, dos níveis de insulina e para o rápido ganho de peso, o que não é saudável nem para os celíacos que estão abaixo do peso ideal).
- 4) **Utilize os alimentos naturalmente isentos de glúten** como frutas, legumes, verduras, arroz, milho, feijões, ervilha, lentilha, grão de bico, carne, frango, peixe, ovos, castanhas, amêndoas, nozes, frutas secas.
- 5) **Priorize sempre as frutas, legumes e verduras**, principalmente as da época, que são mais baratas e mais nutritivas. Se possível, dê preferência aos orgânicos. Valorize os alimentos da sua região que estão sempre mais frescos, baratos e nutritivos.
- 6) **Use sal e açúcar com moderação.** Evite condimentos industrializados e molhos prontos. Invista nas ervas e condimentos naturais, como salsa, cebolinha, louro, alecrim, orégano, manjeriço, tomilho, alho, cebola, tomate, pimenta, cúrcuma, gengibre, canela.

- 7) **Evite alimentos fritos na rua, por causa da contaminação cruzada por glúten** e dos malefícios causados pela reutilização do óleo nas frituras, e em casa, porque mesmo não havendo contaminação e o óleo não sendo reutilizado, as frituras são muito calóricas e oxidam a gordura naturalmente presente nos alimentos, contribuindo para o aumento das taxas de colesterol.
- 8) **Em caso de intolerância à lactose (muito comum em celíacos, principalmente nos recém-diagnosticados), evite leite e derivados** (queijos, iogurte, leite condensado, creme de leite). Substitua por sucos contendo frutas e hortaliças de cor verde-escuro (como couve). Acrescente na alimentação (em saladas, nos sucos etc.) gergelim, semente de abóbora e de girassol, para aumentar a ingestão de cálcio e magnésio e garantir a saúde dos ossos.
- 9) **Aumente o consumo de alimentos contendo vitamina D** (ovos, manteiga, carnes e peixes), e exponha-se moderadamente ao sol, para ativar a vitamina D produzida pela pele.
- 10) **Varie ao máximo sua alimentação.** Todo celíaco, em função das lesões na mucosa intestinal e do aumento da permeabilidade intestinal, está mais sujeito a desenvolver hipersensibilidades alimentares secundárias. Por isso, variar com frequência os alimentos consumidos é uma forma de prevenir ou, ao menos, de minimizar esse risco, além de garantir maior cobertura de todas as necessidades nutricionais.

Tais orientações muitas vezes são as únicas a que um celíaco recém-diagnosticado e seus familiares têm acesso, em função de baixa oferta de polos de atendimento direcionados aos celíacos e da pouca informação a respeito desta enfermidade por parte dos profissionais de saúde.

Assim, a divulgação tanto do diagnóstico quanto do tratamento tem se materializado no Brasil de duas formas: via publicações em periódicos científicos, fruto das pesquisas nas universidades brasileiras, ou via associações de pacientes/pessoas celíacas. Como iniciativa do Ministério da Saúde ou do SUS, não há cartazes, não há chamadas na televisão, não há pôsteres. Não há campanhas publicitárias, não há formação continuada para os profissionais da saúde.

Registre-se aqui uma situação pouco comum no atendimento dos pacientes e suas enfermidades: são os usuários do sistema, os pacientes e seus familiares organizados que elaboram a divulgação dos textos das pesquisas sobre a temática. Elaboram também propostas de acolhimento dos profissionais da saúde, sua adesão à causa, proposta de formação tanto para familiares quanto para profissionais de saúde, seja através da realização de congressos científicos ou de material editorial. Vale ressaltar que se trata de um trabalho voluntário, não remunerado, não patrocinado, e que não supre uma ausência da atuação em educação para a saúde do celíaco e dos profissionais da saúde.

Considerações finais

O acompanhamento por equipe multidisciplinar e a avaliação periódica das complicações e doenças associadas à DC, desde a infância, independentemente da idade no momento do diagnóstico ou a duração da dieta livre de glúten, são medidas necessárias à vida e à qualidade de vida da pessoa celíaca que, se adequadamente implementadas, produziriam menor impacto financeiro junto ao SUS. Para que isso aconteça, é necessário enfrentar as fragilidades e os gargalos no sentido da garantia do direito à saúde e da superação das desigualdades como compromisso político.

Referências

1. Alaedini A, Green PH. Narrative review: celiac disease: understanding a complex autoimmune disorder. *Ann Intern Med.* 2005; 142(4): 289-98.
2. Rewers M. Epidemiology of celiac disease: what are the prevalence, incidence, and progression of celiac disease? *Gastroenterology.* 2005;128(4 Suppl 1):S47-S51.
3. Rewers M, Liu E, Simmons J, Redondo MJ, Hoffenberg EJ. Celiac disease associated with type 1 diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2004; 33(1):197-214.
4. Peres AM et al. An electronic tongue for gliadins semi-quantitative detection in foods tuffs. *Talanta.* 2011; 83(3):857-64.
5. Green PH. The many faces of celiac disease: clinical presentation of celiac disease in the adult population. *Gastroenterology.* 2005;128 (4 Suppl1):S74-S8.
6. Galvão LC et al. Apresentação clínica de doença celíaca em crianças durante dois períodos, em serviço universitário especializado. *Arq. Gastroenterol.* 2004; 41(4):234-8.
7. Hijjar, M A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão.* Rio de Janeiro. 2005; 14(4):310-314.
8. Kotze, LMS. Celiac disease in Brazilian patients: associations, complications and causes of death. Forty years of clinical experience. *Arq. Gastroenterol.*[online]. 2009, 46(4):261-269.
9. Brandão, CR. (Org). *Repensando a pesquisa participante.* São Paulo: Brasiliense, 1999.
10. Sdepanian VL, Moraes MBD, Fagundes-Neto U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. *Arq. Gastroenterol.* 1999; 36(4):244-57.
11. AGA Institute Medical Position Statement on the Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Gastroenterology.* 2006; 131(6):1977-80.
12. Torres MI, Lopez Casado MA, Rios A. New aspects in celiac disease. *World J.Gastroenterol.* 2007; 13(8):1156-61.

13. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med*. 2007; 357(17):1731-43.
14. Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology*. 2001 Feb; 120(3):636-51.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico da Doença celíaca. Brasília. 2010. <disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdtdoencaceliacalivro2010.pdf>>
16. Kubler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
17. Kelly CP. What's new in Celiac disease? Boston: Harvard Medical School [Internet]. Disponível em: <http://www.healthylvilli.org/assets/documents/kelly%20hv%20april%202014.pdf>.
18. Paula FA, Benati R. Torne-se um par para que sua vida seja impar. Acelbra-RJ, Rio Sem Gluten. 2013. <disponível em <HTTP://riosemgluten.com/paracelbraflaciadepaula.pdf>>
19. Crucinsky, J. Dez passos para a alimentação do celíaco: cartilha. Acelbra-RJ, Rio Sem Gluten. Rio de Janeiro. 2012. <disponível em <http://www.riosemgluten.com/10passosceliacosjulianacrucinsky.pdf>>
20. Hallert C, Grant C, Grehn S, Granno C, Hultén S, Midhagens G, Strom M, Svensson H, Valdimarsson T. Evidence of poor vitamin status in coeliac patients on a gluten-free diet for 10 years. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 16, 1333-1339.
21. Cabrera-Chavez F, Lametti S, Miriani M, de la Barca AM, Mamone G, Bonomi F. Maize prolamins resistant to peptic-tryptic digestion maintain immune-recognition by iga from some celiac disease patients. *Plant Foods Hum Nutr.* 2012 Mar; 67(1):24-30.
22. Hollon JR, Cureton PA, Maartin ML, Puppa EL, Fasano A. 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* 2013; 13:40.
23. Fasano AA. Clinical guide to gluten-related disorders. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
24. Sapone A, Bai JC, Ciacci C, Dolinsek J, Green PHR, Hadjivassiliou M, et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification. *BMC Medicine* 2012; 10:13.
25. Guandalini S. Historical perspectives of celiac disease. In: Fasano A, Troncone R, Branski D. *Frontiers in Celiac Disease*. New York: Karger; 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, Acelbra-SP. Emília e a Turma do Sítio em o que é doença celíaca: conheça a doença celíaca e os cuidados que ela exige. Rio de Janeiro: Editora Globo. 2008. <disponível em <http://www.riosemgluten.com/cartilhadaemilia.pdf>>
27. Fenacelbra Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil. Guia orientador para celíacos. Elaboração de Almir Correa Moraes et al. - São Paulo: Escola Nacional de Defesa do Consumidor, Ministério da Justiça, 2010. <disponível em <http://www.riosemgluten.com/guiaorientadorparaceliacos2010.pdf>>
28. Burity V, et al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: Abrandh, 2010. 204p.

29. Araújo, HMC; Araújo, WMC; Botelho, RBA; Zandonadi, RP. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. *Rev. Nutr., Campinas*, 2010 maio/jun; 23(3):467-474.
30. Calder, PC.; Albers, R.; Antoine, J.M.; Blum, S.; Bourdet-Sicard, R.; Ferns, GA.; Folkerts, G.; Friedmann, PS; Frost, GS.; Guarner, F.; et al. Inflammatory disease processes and interactions with nutrition. *Br. J. Nutr.* 2009; 101, 1–45.
31. Diamanti A, Capriati T, Basso MS, Panetta F, Di Laurora VM, Bellucci F, Cristofori F, Francavilla R. Celiac disease and overweight in children: an update. *Nutrients*, 2014; 6, 207-220.
32. Dickey W, Kearney N. Overweight in celiac disease: Prevalence, clinical characteristics, and effect of a gluten-free diet. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2356-2359.
33. Fasano A. Leaky gut and autoimmune disease. *Clinic Rev Allerg Immunol.* 2012; 42(1):71-78.
34. Fasano A. Intestinal zonulin: open sesame. *Gut* 2001; 49:159-162.
35. Fasano A. Zonulin and its regulation of intestinal barrier function: the biological door to inflammation, autoimmunity, and cancer. *Physiol. Rev.* 2011; 91:151-175.
36. Fasano A. Intestinal permeability and its regulation by zonulin: diagnostic and therapeutic implications. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012; 10(10):1096-1100.
37. Ferreti G, Bacchetti T, Masciangelo S, Saturni L. Celiac Disease, Inflammation and Oxidative Damage: A Nutrigenetic Approach. *Nutrients* 2012; 4:243-257.
38. Kristjánsson G, Venge P, Hallgren R. Mucosal reactivity to cow's milk protein in coeliac disease. *Clinical and Experimental Immunology* 2007; 147: 449-455.
39. Suzuki T, Hara H. Role of flavonoids in intestinal tight junction regulation. *J. Nutr. Biochem.* 2011; 22:401-408.
40. Cordain L, Toohy L, Smith MJ, Hickey MS. Modulation of immune function by dietary lectins in rheumatoid arthritis. *Br. J. Nutr.* 2000; 83:207-217.

Recebido: 14/4/2014

Revisado: 16/7/2014

Aprovado: 20/7/2014