
ARTIGO ORIGINAL

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PACIENTES COM DOENÇA CELÍACA:
UMA REVISÃO DE ESCOPO RÁPIDA****EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE: A RAPID
SCOPING REVIEW**Yasmin Guimarães Rodrigues¹Victor Oliveira Biedacha²Antonio Carlos Picalho³Carlos Alberto Severo Garcia Júnior⁴Gabriela Ruzza⁵**RESUMO**

A gestão da doença celíaca envolve a adesão rigorosa a uma dieta isenta de glúten, o que, em alguns casos, pode estar associado a uma série de comportamentos alimentares e psicológicos, potencialmente relacionados a transtornos alimentares. **Objetivo:** Trata-se de uma revisão de escopo rápida que teve por objetivo mapear os fatores associados à adesão à dieta isenta de glúten em pacientes com doença celíaca e sua relação com o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Metodologia:** A revisão de escopo seguiu as recomendações do protocolo PRISMA-ScR e buscou estudos primários (ensaio, transversais ou coorte) e secundários (revisões) na PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, LILACS e SciELO até 01 de outubro de 2024. Sendo a população composta por pacientes com doença celíaca que após a realização de tratamento por meio de uma dieta isenta de glúten apresentaram ou não algum tipo de transtorno alimentar. **Resultados:** Foram incluídos 30 estudos sem recorte idiomático e temporal, com predominância de delineamentos transversais e coorte. Diversos fatores foram identificados como possíveis influências nesse processo, incluindo sintomas psicológicos, questões relacionadas à imagem corporal, presença de sintomas gastrointestinais e as exigências da dieta restritiva. **Conclusões:** A relação entre doença celíaca e transtornos alimentares é multifatorial e bidirecional. Esses achados reforçam a necessidade de triagem sistemática e de uma abordagem interdisciplinar envolvendo gastroenterologia, nutrição e psicologia, de modo a garantir o manejo integral da condição celíaca e a prevenção de transtornos alimentares associados.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: yasminroson@gmail.com.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: victor.biedacha@gmail.com.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorando e Mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento na Universidade Federal de Santa Catarina (PPGEGC/UFSC). Graduação em Biblioteconomia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Graduação em Rádio, TV & Internet pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Técnico em Nutrição e Dietética (ETEC Sales Gomes). Bibliotecário na Biblioteca Setorial do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: tonipicalho@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Psicólogo. Mestre em Educação (UFSC). Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC). Coordenador do Polo Sul da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFSC). E-mail: carlos.garcia.junior@ufsc.br.

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina, Acadêmica de medicina na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: gabrielaruzza@gmail.com.

Descritores: Doença Celíaca. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. Estresse Psicológico. Revisão de Escopo.

ABSTRACT

The management of celiac disease involves strict adherence to a gluten-free diet, which, in some cases, may be associated with a range of eating and psychological behaviors potentially related to eating disorders. **Objective:** This is a rapid scoping review aimed at mapping the factors associated with adherence to a gluten-free diet in patients with celiac disease and its relationship with the development of eating disorders. **Methodology:** The scoping review followed the PRISMA-ScR protocol recommendations and searched for primary studies (trials, cross-sectional, or cohort) and secondary studies (reviews) in PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, LILACS, and SciELO through October 1, 2024. The population comprised patients with celiac disease who, after undergoing treatment with a gluten-free diet, did or did not develop some type of eating disorder. **Results:** A total of 30 studies were included, with no language or time restrictions, mostly consisting of cross-sectional and cohort designs. Various factors were identified as potential influences in this process, including psychological symptoms, body image issues, the presence of gastrointestinal symptoms, and the demands of a restrictive diet. **Conclusions:** The relationship between celiac disease and eating disorders is multifactorial and bidirectional. These findings reinforce the need for systematic screening and an interdisciplinary approach involving gastroenterology, nutrition, and psychology to ensure comprehensive management of celiac disease and the prevention of associated eating disorders.

Keywords: Celiac Disease. Feeding and Eating Disorders. Stress, Psychological. Scoping Review.

INTRODUÇÃO

A Doença Celíaca (DC) é um distúrbio inflamatório autoimune crônico que afeta o intestino delgado, sendo desencadeado pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente predispostos. A exposição a proteínas do glúten, presentes em alimentos como trigo, centeio e cevada, resulta em inflamação da mucosa e submucosa intestinal, levando a uma série de manifestações que podem variar de sintomas gastrointestinais clássicos a formas assintomáticas ou que mimetizam outras condições clínicas^(1,2). Embora a DC tenha sido historicamente considerada rara, estudos recentes indicam que ela pode afetar aproximadamente 1% da população mundial, evidenciando sua prevalência significativa⁽³⁾.

O diagnóstico da DC pode ser desafiador devido à diversidade dos sintomas, muitos dos quais não são gastrointestinais, exigindo uma abordagem diagnóstica que inclui testes sorológicos, biópsias intestinais e, ocasionalmente, testes genéticos. Com os avanços na pesquisa, as estratégias de diagnóstico e tratamento têm se tornado cada vez mais eficazes⁽⁴⁾. A adesão a uma Dieta Isenta de Glúten (DIG) é o único tratamento disponível, e a não conformidade com essa dieta pode resultar em complicações severas, como desnutrição, deficiência de vitaminas e minerais, perda de peso, atraso no crescimento, diabetes e, em casos graves, linfoma intestinal⁽⁵⁾.

Os Transtornos Alimentares (TA) são caracterizados por uma perturbação persistente no comportamento alimentar ou relacionado à alimentação, resultando em alterações no consumo de alimentos que comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento⁽⁶⁾. Entre esses transtornos, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar

(TCA) são classificados como TA específicos. Essas condições são caracterizadas por perturbações contínuas na alimentação, diferentes modalidades de controle de peso e um cuidado exacerbado com a estética e o peso corporal⁽⁷⁾. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência estimada de TA é de 4,7% na população geral brasileira⁽⁸⁾. Estudos realizados nos Estados Unidos, Suécia e Polônia mostraram uma maior frequência de TA em pacientes celíacos, sugerindo uma possível relação entre essas duas condições⁽⁹⁾.

A gestão da DC requer uma adesão rigorosa a uma DIG, o que pode induzir uma série de comportamentos alimentares e psicológicos que, em certos casos, predis põem os indivíduos a TA⁽⁵⁾. A necessidade de evitar glúten pode gerar um foco exacerbado em alimentos e suas composições, bem como uma preocupação constante com a contaminação cruzada, levando a um controle alimentar excessivo e a uma relação disfuncional com a comida⁽¹⁰⁾. Esse cenário pode ser potencialmente facilitador para a manifestação de TA, desde AN até um transtorno da compulsão alimentar.

Além disso, a restrição alimentar e a necessidade de um controle meticuloso podem exacerbar a ansiedade e o estresse, fatores desencadeadores do desenvolvimento de distúrbios alimentares⁽¹⁰⁾. A experiência de estar constantemente vigilante quanto à dieta e a sensação de estar isolado socialmente devido às limitações alimentares podem agravar questões psicológicas e contribuir para comportamentos alimentares disfuncionais.

Assim, a análise da intersecção existente entre DC e TA é importante para aprimorar a compreensão e suporte aos pacientes e promover intervenções que abordem tanto os aspectos dietéticos quanto os riscos associados a TA.

MÉTODOS

A presente pesquisa configura-se como uma revisão de escopo que seguiu as recomendações indicadas no checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) voltado a este tipo de metodologia de síntese do conhecimento⁽¹¹⁾. Para formulação do problema de pesquisa e posteriormente da estratégia de busca, foi utilizado o acrônimo PCC, que representa População, Conceito e Contexto e é indicado para condução de revisões de escopo⁽¹²⁾.

No Quadro 1 é possível observar a distribuição do acrônimo na pesquisa.

Nesse sentido, a pergunta norteadora desta revisão é a seguinte: a necessidade de uma dieta, isenta de glúten na doença celíaca, pode influenciar o comportamento alimentar e predispor ao desenvolvimento de transtornos alimentares? Tendo, portanto, como objetivo, mapear os fatores associados à adesão à DIG em pacientes com doença celíaca e sua relação com o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Neste estudo, a busca foi realizada sem recorte de período cronológico e em sete bases de dados distintas: PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, LILACS e SciELO até 01 de outubro

de 2024. Os descritores Mesh utilizados foram "Celiac Disease"; "Feeding and Eating Disorders"; "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"; "Feeding and Eating Disorders of Childhood"; "Binge-Eating Disorder"; Anorexia; "Anorexia Nervosa"; Bulimia; "Bulimia Nervosa"; Diabulimia; "Food Addiction"; "Night Eating Syndrome"; "Orthorexia Nervosa"; Pica.

O protocolo desta revisão, incluindo todos os descritores e termos relacionados utilizados, bem como as estratégias de busca em cada base de dados está disponível no Open Science Framework (OSF) sob o registro DOI 10.17605/OSF.IO/J5YXG.

Como critérios de inclusão, se priorizou encontrar a) Revisões sistemáticas, estudos coorte, estudos transversais, estudos observacionais, entre outros estudos primários e secundários; b) Estudos que associam a doença celíaca ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Os critérios de exclusão: a) Estudos com foco em tratar somente de doença celíaca ou transtorno alimentar; b) Estudos que apresentam a associação entre doença celíaca e transtornos mentais, mas sem especificar transtornos alimentares; c) Estudos que associam somente outras doenças gastrointestinais a transtornos alimentares; d) Estudos que associam somente outros transtornos mentais a doença celíaca; e) Estudos que associam somente outras doenças autoimunes a transtornos alimentares; f) Estudos que associam outras doenças relacionadas ao glúten a transtornos alimentares, como alergia ou intolerância ao glúten; g) Estudos sem acesso ao texto completo.

A seleção de estudos foi realizada com auxílio do software Rayyan® por dois pesquisadores independentes. A primeira etapa consistiu na leitura do título e resumo. A segunda etapa, a leitura na íntegra dos estudos. As divergências de ambas as etapas foram resolvidas por meio de uma reunião de consenso.

Portanto, 30 estudos integraram a revisão final, relatados na seção de resultados por meio de uma síntese que descreve as principais associações entre DC e TA.

A extração de dados foi realizada numa planilha do Software Excel®, com a coleta das seguintes informações: autoria, ano, local do estudo, transtornos abordados, discussão, metodologia, intervenção (se houve), paciente/população, resultados e observações.

RESULTADOS

Com base no modelo PRISMA2020, a Figura 1 apresenta o processo de busca nas bases de dados até a seleção final dos estudos^(13,14).

O Quadro 2 representa todos os TA abordados e associados à DC, divididos por autores e ano, do trabalho mais antigo ao mais recente.

Os estudos incluídos abrangeram diversos países, com predominância de pesquisas realizadas nos Estados Unidos^(15, 18, 25, 32, 34, 37) e na Suécia^(9, 20-21, 26), além de estudos internacionais multicêntricos^(23, 28-29, 31, 36). Ainda, outros estudos incluídos abrangeram países como Austrália^(30, 33), Áustria⁽¹⁰⁾,

Dinamarca⁽³⁸⁾, Irã⁽⁴²⁾, Israel⁽²⁴⁾, Itália^(19, 22), Polônia^(16, 35), Reino Unido⁽¹⁷⁾, Suíça⁽²⁴⁾, Turquia⁽⁴⁰⁾ e o Brasil⁽³⁹⁾.

Quanto ao delineamento metodológico, destacaram-se estudos transversais^(10, 15, 17, 22, 24, 31-35, 37, 39-42), que em sua maioria aplicaram questionários validados, como o Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), para rastreamento do risco de TA. Também foram identificados estudos de coorte^(9, 20-21, 26, 38), que utilizaram registros nacionais de saúde para avaliar a incidência de TA em pacientes com DC ao longo do tempo. Ainda, revisões sistemáticas^(19, 25, 28-30) e narrativas^(16, 18, 23, 36) sintetizaram as evidências existentes, reforçando a consistência dos achados.

As populações estudadas variaram entre crianças, adolescentes e adultos. Destaca-se cinco estudos dedicados exclusivamente à população composta por crianças e/ou adolescentes^(9-10, 20, 22, 24) e três estudos dedicados exclusivamente à população do sexo feminino^(15, 21, 35).

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos analisados indicam evidências de que pacientes com DC apresentam risco significativamente aumentado para o desenvolvimento de TA. Esse risco é maior especialmente no primeiro ano após o diagnóstico, mas persiste ao longo da vida, afetando tanto crianças quanto adultos^(9,21). Parte dos estudos apontam um *hazard ratio* entre 1,34 e 1,46^(9,21), além de um *odds ratio* entre 1,62 e 2,8^(23,25,34), mostrando um risco maior de desenvolver algum tipo de TA em pacientes celíacos. Sintomas como compulsão alimentar, restrição alimentar extrema, AN, BN e ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ou em português, Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo) foram identificados com maior frequência em indivíduos com DC^(15,17,34,36). No entanto, um estudo transversal brasileiro que analisou 741 indivíduos (sendo 484 com DC e 257 controles), sugere um resultado distinto⁽³⁹⁾. Embora 34,2% dos participantes com DC tenham sido classificados com alto risco para TA, esse percentual não se mostrou estatisticamente diferente do observado no grupo controle, de 37,7% ($p = 0,39$). Esses dados sugerem que fatores adicionais, para além da presença da DC, podem influenciar o desenvolvimento de TA. Dados transversais revelaram prevalência elevada de comportamentos alimentares disfuncionais compatíveis com TA, que variam de 0,7 a 28% de celíacos. Estudos realizados em diferentes populações e faixas etárias corroboram com esses achados^(27,40).

Os achados ainda demonstram que a DC está fortemente associada a outros sintomas psiquiátricos, especialmente depressão, ansiedade, dificuldades de convívio com a doença e insatisfação com o peso corporal. A depressão, em particular, foi apontada como um dos fatores de risco mais significativos^(23,39). Há relato de risco quase duas vezes maior de transtorno depressivo maior em indivíduos com DC ($OR = 1,8$)⁽²³⁾. Identificação de associação significativa em adultos celíacos entre TA e depressão ($p = 0,0013$), TA e dificuldades com a DC ($p < 0,0001$) além de TA e insatisfação corporal ($p < 0,0001$)⁽³⁹⁾. Outro estudo observou sintomas depressivos em 37% das participantes com DC, sendo que 22% apresentavam sinais de TA, como compulsão e restrição alimentar extrema⁽¹⁵⁾.

Além dos fatores emocionais, sintomas gastrointestinais comuns da DC, como dor abdominal, inchaço e náuseas, também podem influenciar no comportamento alimentar. Esses sintomas, também frequentes em pacientes com Anorexia Nervosa (AN) e ARFID, podem acentuar o medo de comer, promovendo restrições alimentares⁽²⁹⁾. O estudo ainda cita que a desnutrição crônica, causada pela má absorção na DC, pode afetar o eixo intestino-cérebro e contribuir para alterações no apetite e no humor, frequentemente presentes em TA⁽²⁹⁾. No entanto, sintomas gastrointestinais em pacientes com anorexia nem sempre indicam DC, e testes diagnósticos devem ser realizados com cautela⁽¹⁸⁾.

Diversos estudos sugerem que pacientes com TA, especialmente aqueles com AN, apresentam risco aumentado para desenvolver DC. Observa-se risco aumentado para DC entre mulheres com AN (83%), distúrbios alimentares por obesidade (69%) ou não especificados (72%)⁽²⁶⁾. A AN pode preceder a DC, sendo um fator de risco importante (OR: 2,18)^(21,25). Diante disso, autores propõem a triagem sorológica para DC como parte do protocolo clínico no manejo de TA, sobretudo em casos com queixas gastrointestinais persistentes. Reforçando a relevância dessa estratégia de rastreamento, foi identificada prevalência de 2,4% de novos diagnósticos de DC em pacientes com AN do tipo restritiva (ANr), taxa superior à esperada na população geral (aproximadamente 1%)⁽²²⁾. Nesse sentido, a natureza bidirecional da relação entre DC e TA é reforçada, sendo essencial a integração entre gastroenterologia e psiquiatria no diagnóstico⁽³⁶⁾.

Ainda, alguns estudos evidenciaram um efeito paradoxal na adesão à DIG, embora fundamental para o controle da DC, a dieta exige uma restrição alimentar rigorosa que pode levar a comportamentos alimentares obsessivos e risco aumentado de TA^(15,23,24,28,29,34,37,39). Ressalta-se que a resposta à DIG é variável: enquanto alguns pacientes melhoram dos sintomas psiquiátricos, outros continuam com transtornos de humor e alimentares⁽¹⁶⁾. É sugerido que a baixa adesão à DIG está associada a piores escores em testes de TA⁽⁴⁰⁾. Por outro lado, a relação entre DIG e TA pode ser modulada por fatores dietéticos adicionais. É sugerido que a adesão à dieta mediterrânea, por exemplo, pode reduzir esse impacto negativo da dieta restritiva⁽⁴¹⁾, enquanto outro estudo destaca que o risco de TA em pacientes com DC pode ser potencializado em populações que necessitam de controle dietético adicional, como pacientes com diabetes tipo 1⁽²⁴⁾. Por outro lado, destaca-se que essa rigidez alimentar não é essencial para o controle da DC, sugerindo que a imposição excessiva da restrição pode ser prejudicial⁽³⁴⁾. Assim, embora essencial para o manejo da DC, a DIG pode atuar como um gatilho para TA, especialmente em indivíduos vulneráveis a padrões alimentares rígidos e preocupações obsessivas com a alimentação. Esses achados destacam a necessidade de triagem rotineira para TA em pacientes com DC, utilizando instrumentos como o questionário EAT-26, e de uma abordagem multidisciplinar que integre gastroenterologistas, nutricionistas e psicólogos⁽²⁹⁾.

Outros estudos destacaram o papel dos fatores psicológicos como preditores mais relevantes para TA do que a própria DC. O estresse psicológico elevado está associado a maiores escores no EAT-26 e que mulheres com DC têm maior prevalência de TA em comparação com controles saudáveis⁽¹⁷⁾.

O estresse psicológico foi o principal preditor de comportamento alimentar desordenado ($p < 0,001$), superando fatores clínicos da DC⁽³³⁾. Além disso, associaram o sexo feminino, baixa adesão à DIG, sintomas gastrointestinais graves e compulsão alimentar com risco aumentado para TA.

Do ponto de vista da personalidade e traços comportamentais, observa-se maior frequência de características como perfeccionismo, ascetismo, insegurança social e desconfiança interpessoal entre pacientes celíacos não tratados, em comparação com controles⁽¹⁹⁾. Há também um risco aumentado de ortorexia nervosa entre indivíduos com DC, com prevalência de até 71% dependendo do ponto de corte utilizado no questionário ORTO-15⁽³⁵⁾.

Em relação a características demográficas, destaca-se comportamentos alimentares desordenados (DEBs) em 19% das mulheres e 7% dos homens celíacos⁽²⁴⁾. Tais comportamentos foram mais frequentes em indivíduos acima do peso, de idade mais avançada e do sexo feminino, mas não se correlacionaram com a duração da doença ou adesão à dieta. Uma revisão sistemática com mulheres adultas diagnosticadas com DC indicou que 16% a 22% dessas pacientes apresentam comportamento alimentar desordenado, valor significativamente superior ao verificado em populações saudáveis⁽³⁰⁾. Um estudo coorte observou uma associação positiva entre DC e TA, com um risco relativo mais do que duplicado em pacientes com DC, embora o intervalo de confiança fosse amplo, apontando imprecisão nas análises⁽³⁸⁾. Entretanto, outro estudo identificou prevalência mais baixa de TA clínicos em indivíduos com DC⁽³²⁾.

O risco específico de AN também tem sido alvo de estudos. Mulheres com DC apresentam risco aumentado de desenvolver AN, especialmente após o diagnóstico da doença⁽²¹⁾. Estudos mais recentes têm sugerido fatores biológicos compartilhados: Há também indicativos de maior propensão ao nojo alimentar em pacientes celíacos, especialmente nos domínios de contaminação ($p < 0,001$)⁽⁴⁰⁾, enquanto outro estudo identificou uma possível ligação genética entre DC e AN, associando a expressão do gene CLIC1 com ambas as condições, particularmente em mulheres⁽³⁷⁾.

A literatura revisada aponta para uma interseção significativa entre essas condições, sugerindo que a DC pode atuar como um fator predisponente para o desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais. A prevalência de TA em pacientes celíacos é notavelmente maior em comparação com a população geral^(20,28).

A adesão à DIG emerge como um elemento central nessa relação, uma vez que exige um controle rigoroso da alimentação, podendo levar a uma relação mais restritiva e ansiosa com a comida⁽⁴⁰⁾. O receio constante de contaminação, a necessidade de analisar rótulos detalhadamente e a frequente limitação em ambientes sociais são fatores que contribuem para um estado de hipervigilância alimentar e aumentando o risco de desenvolvimento de TA⁽¹⁷⁾.

Do ponto de vista psicológico, observa-se que indivíduos com DC podem experimentar altos níveis de ansiedade e depressão, o que pode potencializar comportamentos alimentares desordenados⁽³³⁾. O isolamento social devido às restrições alimentares também é um fator relevante, já que a

impossibilidade de participar de refeições compartilhadas pode gerar sentimentos de exclusão e angústia. Esse impacto emocional pode levar ao desenvolvimento de mecanismos de controle alimentar excessivo ou de compensação emocional através da alimentação ^(10,40).

Outro ponto crítico na interseção entre DC e TA é a percepção da imagem corporal. Indivíduos com DC frequentemente relatam insatisfação corporal, possivelmente exacerbada por sintomas gastrointestinais como inchaço e desconforto abdominal. Essa insatisfação pode intensificar a preocupação com a alimentação e levar a práticas restritivas, especialmente entre aqueles que possuem uma relação frágil com a autoimagem⁽⁴²⁾. A sobreposição de sintomas gastrointestinais também merece destaque⁽¹⁷⁾. Muitos dos desconfortos relatados por pacientes com DC, como dor abdominal e náuseas, são sintomas comuns em transtornos como AN e Transtorno de Alimentação Evitativa/Restritiva (ARFID)⁽²⁹⁾. Esse quadro pode resultar em uma relação disfuncional com a comida, onde o medo do desconforto pós-prandial leva a comportamentos de restrição alimentar involuntária.

Diante desse cenário, fica evidente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o manejo da DC, que considere não apenas a adesão à DIG, mas também o impacto emocional e comportamental associado à doença. O rastreamento de TA em indivíduos com DC deve ser parte integrante do acompanhamento clínico, especialmente para aqueles que apresentam dificuldades de adesão à dieta, sintomas depressivos ou histórico de comportamentos alimentares desordenados⁽²²⁾.

Ainda que os estudos revisados forneçam evidências sólidas dessa associação, é importante considerar as limitações metodológicas, como a diversidade de critérios diagnósticos e a concentração das pesquisas em contextos de alta renda. Investigações futuras devem explorar essa relação em diferentes contextos socioeconômicos e culturais, além de avaliar intervenções que integrem aspectos dietéticos e psicológicos de maneira abrangente.

Em suma, esta revisão reforça uma associação entre DC e TA, com significativas implicações clínicas. O monitoramento contínuo de comportamentos alimentares e o desenvolvimento de intervenções integradas são essenciais para reduzir riscos, especialmente em populações vulneráveis, como adolescentes e mulheres. Estudos futuros devem priorizar desenhos longitudinais para explorar relações de causalidade e padronizar instrumentos de avaliação, permitindo realizar outras comparações entre diferentes populações.

CONCLUSÃO

Enquanto limitações do estudo, destaca-se que a revisão de escopo rápida não objetivou avaliar e aprofundar a qualidade metodológica e a heterogeneidade e diferentes delineamentos dos estudos incluídos. Uma revisão sistemática futura com uma pergunta de pesquisa e uma população específica será realizada a fim de contemplar estes quesitos e trazer um grau mais alto de evidências sobre o tema.

A presente revisão de escopo evidencia uma possível associação multifatorial entre a DC e TA, sustentada por fatores interligados de ordem dietética, psicológica e gastrointestinal. A prevalência

elevada de TA em pacientes celíacos, comparada à população geral, sugere uma vulnerabilidade ampliada desses indivíduos a comportamentos alimentares disfuncionais, influenciada pela necessidade de adesão rigorosa à DIG, pela persistência de sintomas gastrointestinais e pelo impacto emocional associado à cronicidade da doença.

Apesar dos avanços na compreensão dessa associação, persistem lacunas importantes na literatura, especialmente no que diz respeito à representatividade geográfica e socioeconômica dos estudos. Grande parte dos achados disponíveis provém de países de alta renda, o que limita a generalização dos achados. Portanto, recomenda-se que futuras investigações contemplem populações de baixa e média renda, considerando suas especificidades culturais e as desigualdades no acesso a serviços de saúde e alimentação adequada.

Assim, o desenvolvimento de estratégias de intervenção integradas e sensíveis ao contexto, que articulem o cuidado nutricional, psicológico e clínico, pode favorecer tanto o manejo eficaz da DC quanto a prevenção e o tratamento dos TA. A articulação entre diferentes saberes e práticas no campo da saúde pode contribuir para a promoção do bem-estar global dos pacientes celíacos, reduzindo riscos e ampliando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Murray J, Scanlon SA. **Update on celiac disease – etiology, differential diagnosis, drug targets, and management advances** [Internet]. Clin Exp Gastroenterol. 2011;4:297-311. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CEG.S8315>
2. Barker JM, Liu E. **Celiac Disease: Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Associated Autoimmune Conditions** [Internet]. Adv Pediatr. 2008;55(1):349-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2008.07.001>
3. Gallegos C, Merkel R. **Current Evidence in the Diagnosis and Treatment of Children With Celiac Disease** [Internet]. Gastroenterology Nursing. 2019;42(1):41-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000365>
4. Leeds JS, Hopper AD, Sanders DS. **Coeliac disease. Br Med Bull.** 2008;88(1):157-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn044>
5. 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** [Internet]. BMC Gastroenterol. 2019;19(1):68. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12876-019-0980-6>
6. **American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
7. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. **Evidence-based clinical guidelines for eating disorders** [Internet]. Curr Opin Psychiatry. 2017;30(6):423-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
8. World Health Organization. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs,**

sustainable development goals [Internet]. Genebra: World Health Organization. 2022 [citado em 2025 Jul 19]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf

9. Lebowhl B, Haggård L, Emilsson L, Söderling J, Roelstraete B, Butwicka A, et al. **Psychiatric Disorders in Patients With a Diagnosis of Celiac Disease During Childhood From 1973 to 2016** [Internet]. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(10):2093-2101.e13. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.08.018>

10. Karwautz A, Wagner G, Berger G, Sinnreich U, Grylli V, Huber W-D. **Eating pathology in adolescents with celiac disease** [Internet]. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry. 2008;49(5):399–406. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.5.399>

11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. **PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation** [Internet]. Ann Intern Med. 2018;169(7):467–73. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

12. Araújo WCO. **Recuperação da informação em saúde** [Internet]. ConCI: Convergências em Ciência da Informação. 2020;3(2):100–34. Disponível em: <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>

13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews** [Internet]. BMJ. 2021;372:n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

14. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. **PRISMA2020 : An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis** [Internet]. Campbell Systematic Reviews. 2022;18(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>

15. Arigo D, Anskis AM, Smyth JM. **Psychiatric comorbidities in women with Celiac Disease** [Internet]. Chronic Illn. 2012;8(1):45–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1742395311417639>

16. Urban-Kowalczyk M. **Psychiatric complications of celiac disease** [Internet]. International Journal of Celiac Disease. 2015;3(1):25–7. Disponível em: <https://doi.org/10.12691/ijcd-3-1-1>

17. Satherley R-M, Howard R, Higgs S. **The prevalence and predictors of disordered eating in women with coeliac disease** [Internet]. Appetite. 2016;107:260–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.038>

18. Mascolo M, Geer B, Feuerstein J, Mehler PS. **Gastrointestinal comorbidities which complicate the treatment of anorexia nervosa** [Internet]. Eat Disord. 2017;25(2):122–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1255108>

19. Cossu G, Carta MG, Contu F, Mela Q, Demelia L, Elli L, et al. **Coeliac disease and psychiatric comorbidity: epidemiology, pathophysiological mechanisms, quality-of-life, and gluten-free diet effects** [Internet]. International Review of Psychiatry. 2017;29(5):489–503. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1314952>

20. Butwicka A, Lichtenstein P, Frisén L, Almquist C, Larsson H, Ludvigsson JF. **Celiac Disease Is Associated with Childhood Psychiatric Disorders: A Population-Based Study** [Internet]. Journal of Pediatrics. 2017;184:87-93.e1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.01.043>

21. Marild K, Størdal K, Bulik CM, Rewers M, Ekbom A, Liu E, et al. **Celiac Disease and Anorexia Nervosa: A Nationwide Study** [Internet]. *Pediatrics*. 2017;139(5):1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4367>
22. Nacinovich R, Tremolizzo L, Corbetta F, Conti E, Neri F, Bomba M. **A norexia nervosa of the restrictive type and celiac disease in adolescence** [Internet]. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:1211–4. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/NDT.S124168>
23. Slim M, Rico-Villademoros F, Calandre EP. **Psychiatric Comorbidity in Children and Adults with Gluten-Related Disorders: A Narrative Review** [Internet]. *Nutrients*. 2018;10(7):875. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu10070875>
24. Tokatly Latzer I, Rachmiel M, Zuckerman Levin N, Mazor-Aronovitch K, Landau Z, Ben-David RF, et al. **Increased prevalence of disordered eating in the dual diagnosis of type 1 diabetes mellitus and celiac disease** [Internet]. *Pediatr Diabetes*. 2018;19(4):749–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pedi.12653>
25. Avila JT, Park KT, Golden NH. **Eating disorders in adolescents with chronic gastrointestinal and endocrine diseases** [Internet]. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(3):181–9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30386-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30386-9)
26. Hedman A, Breithaupt L, Hübel C, Thornton LM, Tillander A, Norring C, et al. **Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases** [Internet]. *Journal of Child Psychology*. 2019;60(7):803–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12958>
27. Tokatly Latzer I, Lerner-Geva L, Stein D, Weiss B, Pinhas-Hamiel O. **Disordered eating behaviors in adolescents with celiac disease** [Internet]. *Eating & Weight Disorders*. 2020;25(2):365–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0605-z>
28. Clappison E, Hadjivassiliou M, Zis P. **Psychiatric Manifestations of Coeliac Disease, a Systematic Review and Meta-Analysis** [Internet]. *Nutrients*. 2020;12(1):142. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12010142>
29. Gibson D, Watters A, Mehler PS. **The intersect of gastrointestinal symptoms and malnutrition associated with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder: Functional or pathophysiologic? A systematic review** [Internet]. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(6):1019–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23553>
30. Peters JE, Basnayake C, Hebbard GS, Salzberg MR, Kamm MA. **Prevalence of disordered eating in adults with gastrointestinal disorders: A systematic review** [Internet]. *Neurogastroenterology and motility*. 2022;34(8):e14278–e14278. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nmo.14278>
31. Alkhayyat M, Qapaja T, Aggarwal M, Almomani A, Abureesh M, Al-Otoom O, et al. **Epidemiology and risk of psychiatric disorders among patients with celiac disease: A population-based national study** [Internet]. *J Gastroenterol Hepatol*. 2021;36(8):2165–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgh.15437>
32. Gholmie Y. **Disordered eating attitudes and behaviors in individuals with celiac disease and the association with quality of life** [tese] [Internet]. New York: Columbia University; 2021, 229

- p. Disponível em: <https://www-webofscience-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/wos/pqdt/full-record/PQDT:65555158>
33. Fraser CN, Möller SP, Knowles SR. **Understanding disease-specific and non-specific factors predicting disordered eating in adults with coeliac disease** [Internet]. *Appetite*. 2022;168:N.PAG-N.PAG. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105744>
34. Bennett A, Bery A, Esposito P, Zickgraf H, Adams D. **Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Characteristics and Prevalence in Adult Celiac Disease Patients** [Internet]. *Gastro Hep Advances*. 2022;1(3):633-633. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2022.01.002>
35. Kujawowicz K, Mirończuk-Chodakowska I, Witkowska AM. **Dietary Behavior and Risk of Orthorexia in Women with Celiac Disease** [Internet]. *Nutrients*. 2022;14(4):904. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14040904>
36. Staller K, Abber SR, Burton Murray H. **The intersection between eating disorders and gastrointestinal disorders: a narrative review and practical guide** [Internet]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(6):565–78. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00351-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00351-X)
37. Johnson JS, Cote AC, Dobbryn A, Sloofman LG, Xu J, Cotter L, et al. **Mapping anorexia nervosa genes to clinical phenotypes** [Internet]. *Psychol Med*. 2023;53(6):2619–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291721004554>
38. Hansen S, Osler M, Thysen SM, Rumessen JJ, Linneberg A, Kårhus LL. **Celiac disease and risk of neuropsychiatric disorders: A nationwide cohort study** [Internet]. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;148(1):60–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acps.13554>
39. Nisihara R, Techy ACM, Staichok C, Roth TC, Biassio GF de, Cardoso LR, et al. **Prevalence of eating disorders in patients with celiac disease: a comparative study with healthy individuals** [Internet]. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2024;70(1):e20231090–e20231090. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231090>
40. Efe A, Tok A. **Obsessive–compulsive symptomatology and disgust propensity in disordered eating behaviors of adolescents with celiac disease** [Internet]. *Int J Behav Med*. 2024;31(1):85–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10163-4>
41. Al Ibrahim B, Bour A. **Mediterranean Diet Adherence and Eating Disorders Screening in Adults with Celiac Disease in Morocco** [Internet]. *Iran J Public Health*. 2024;53(8):1769–1776. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i8.16282>
42. Rabiee R, Mahdavi R, Shirmohammadi M, Nikniaz Z. **Eating disorders, body image dissatisfaction and their association with gluten-free diet adherence among patients with celiac disease** [Internet]. *BMC Nutr*. 2024;10(1):100. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40795-024-00910-5>

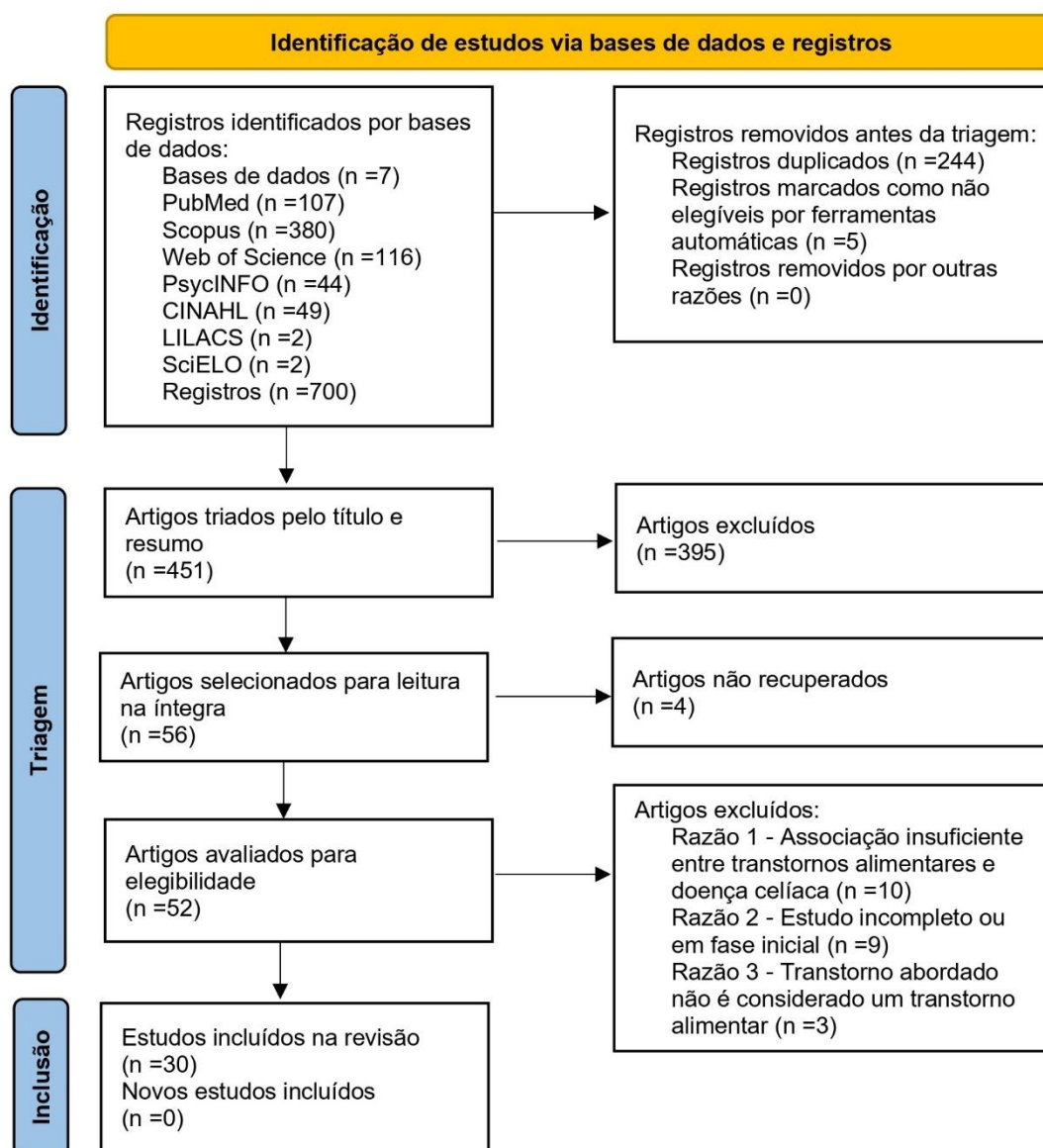
QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Acrônimo PCC aplicado a pesquisa

PCC	Descrição
População	Pacientes com doença celíaca
Conceito	Realização de tratamento por meio de uma dieta isenta de glúten
Contexto	Apresentarem ou não algum tipo de transtorno alimentar

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Figura 1 – Diagrama PRISMA da revisão



Quadro 2 – Estudos incluídos

AUTOR(ES)	ANO	TRANSTORNO(S) ALIMENTAR(ES) ANALISADO(S)
Karwautz A. <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	2008	Transtornos Alimentares (em geral)
Arigo D. <i>et al.</i> ⁽¹⁵⁾	2011	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Urban-Kowalczyk M. ⁽¹⁶⁾	2015	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN)
Satherley R. <i>et al.</i> ⁽¹⁷⁾	2016	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Mascolo M. <i>et al.</i> ⁽¹⁸⁾	2017	Anorexia Nervosa (AN)
Cossu G. <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾	2017	Transtornos Alimentares (em geral)
Butwicka A. <i>et al.</i> ⁽²⁰⁾	2017	Transtornos Alimentares (em geral)
Marild K. <i>et al.</i> ⁽²¹⁾	2017	Anorexia Nervosa (AN)
Nacinovich R. <i>et al.</i> ⁽²²⁾	2017	Anorexia Nervosa (AN)
Slim M. <i>et al.</i> ⁽²³⁾	2018	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Tokatly Latzer I. <i>et al.</i> ⁽²⁴⁾	2018	Transtornos Alimentares (em geral)
Avila J. <i>et al.</i> ⁽²⁵⁾	2019	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID)
Hedman A. <i>et al.</i> ⁽²⁶⁾	2019	Transtornos Alimentares
Tokatly Latzer I <i>et al.</i> ⁽²⁷⁾	2020	Transtornos Alimentares (em geral)
Clappison E. <i>et al.</i> ⁽²⁸⁾	2020	Transtornos Alimentares (em geral)
Lebwohl B. <i>et al.</i> ⁽⁹⁾	2021	Transtornos Alimentares (em geral)
Gibson D. <i>et al.</i> ⁽²⁹⁾	2021	Anorexia Nervosa (AN), Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID)
Peters J. <i>et al.</i> ⁽³⁰⁾	2021	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN)
Alkhayyat M. <i>et al.</i> ⁽³¹⁾	2021	Transtornos Alimentares (em geral)
Gholmie Y. <i>et al.</i> ⁽³²⁾	2021	Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), Transtornos Alimentares Não Especificados
Fraser C. <i>et al.</i> ⁽³³⁾	2022	Transtornos Alimentares Não Especificados, Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Benett A. <i>et al.</i> ⁽³⁴⁾	2022	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID)
Kujawowicz <i>et al.</i> ⁽³⁵⁾	2022	Ortorexia
Staller K. <i>et al.</i> ⁽³⁶⁾	2023	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de

		Compulsão Alimentar (TCA), Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID)
Johnson J. <i>et al.</i> ⁽³⁷⁾	2023	Anorexia Nervosa (AN)
Hansen S. <i>et al.</i> ⁽³⁸⁾	2023	Transtornos Alimentares (em geral)
Nisihara R. <i>et al.</i> ⁽³⁹⁾	2024	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)
Aysegul E. <i>et al.</i> ⁽⁴⁰⁾	2024	Transtornos Alimentares Não Especificados
Al Ibrahmi & Bour A. ⁽⁴¹⁾	2024	Transtornos Alimentares Não Especificados
Rabiee R. <i>et al.</i> ⁽⁴²⁾	2024	Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (ARFID)

Fonte: Dados da pesquisa (2025)