

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOENÇA CELÍACA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS/MS
Nº 8, DE 23 DE JUNHO DE 2025

DIAGNÓSTICO

Ficar atento às apresentações clínicas intestinais e extraintestinais e observar os fatores de risco (principalmente em caso de parentes de 1º grau, doenças autoimunes e síndromes genéticas) para diagnóstico. Contudo, testes sorológicos acompanhados de biópsia duodenal são essenciais para confirmação diagnóstica.

Três formas de apresentação: (1) intestinal; (2) extraintestinal; (3) assintomática. As formas intestinal e extraintestinal não são mutuamente excludentes.

Forma intestinal

Presença de dor abdominal sem causa aparente, flatulência, vômitos, constipação e diarreia crônica, geralmente acompanhada de distensão abdominal e perda de apetite e peso. Pode ocorrer diminuição do tecido celular subcutâneo, atrofia da musculatura glútea, alterações de humor e anemia. Em casos graves, pode evoluir para crise celíaca (potencialmente fatal), caracterizada por diarreia com desidratação hipotônica severa, distensão abdominal por hipopotassemia, desnutrição grave, hemorragia, tetania, disfunções neurológicas e renais, acidose metabólica, hipoalbuminemia e distúrbios eletrolíticos.

Forma extraintestinal

Quadro monossintomático ou oligossintomático, em que as manifestações digestivas estão ausentes ou, se presentes, ocupam um segundo plano (p/ex. dor abdominal, distensão abdominal, flatulência, e menos frequentemente diarreia ou constipação). Manifestações extraintestinais incluem a dermatite herpetiforme, baixa estatura, osteoporose, anemia por deficiência de ferro, artrite, cefaleia, fadiga, anormalidades hepáticas, mialgia, eventos adversos na gravidez, ciclo menstrual irregular, esterilidade, defeitos no esmalte do dente, osteoporose, entre outros.

Os pacientes podem apresentar atraso puberal, ataxia, epilepsia, neuropatia periférica, manifestações neuropsiquiátricas e alopecia.

Forma assintomática

Alterações sorológicas e histológicas da mucosa do intestino delgado, compatíveis com doença celíaca, na ausência de manifestações clínicas. Pessoas com a forma assintomática têm qualidade de vida reduzida, e sintomas menores como fadiga, deficiência de ferro e distúrbios de comportamento.

Rastrear:

- Pacientes **com** manifestações clínicas intestinais, extraintestinais (i.e., sintomáticos), ou que pertencem aos grupos de risco para doença celíaca como: (1) Parentes de 1º grau (sintomáticos ou assintomáticos) de pessoas com doença celíaca; (2) Pacientes com doenças autoimunes (como diabetes melito tipo 1, tireoidite autoimune, deficiência seletiva de IgA, hepatite autoimune, cirrose biliar primária, colangite esclerosante, Síndrome de Sjögren, colestase autoimune e miocardite autoimune); (3) Indivíduos com síndromes genéticas: de Down, Turner ou Williams; (4) Indivíduos com síndrome do intestino irritável.
- Indivíduos **sem** a manifestação clínica característica da doença celíaca e que apresentem as seguintes condições: Síndrome do intestino irritável; Elevação não explicada de transaminases; Sintomas crônicos do trato gastrointestinal sem história familiar de doença celíaca e sem história pessoal de doença autoimune; Colite microscópica; Tireoidite de Hashimoto ou doença de Graves; Osteopenia ou osteoporose; Ataxia não explicada ou neuropatia periférica; Úlceras aftosas recorrentes ou defeitos no esmalte dentário; Infertilidade, abortamentos recorrentes, menarca tardia ou menopausa precoce; Síndrome da fadiga crônica; Pancreatite aguda ou crônica após exclusão de outras causas conhecidas; Epilepsia; cefaleia incluindo enxaqueca; transtornos de humor; déficit de atenção; Hipoesplenismo ou asplenia funcional; Psoríase; Síndrome de Down ou de Turner; Hemossiderose pulmonar; Nefropatia por IgA.

Importante: fazer o rastreamento sorológico e o diagnóstico em vigência de dieta com glúten.

O Testes sorológico mais sensível e específico é o tTG IgA (quando dosagem negativa – pouco provável o diagnóstico de doença celíaca).

Indica-se como testes diagnósticos iniciais da doença celíaca a dosagem sérica simultânea do tTG IgA e da IgA total. Para crianças com até 2 anos rastrear com dosagem de anticorpos antigliadina deaminada (DGP) da classe da IgG.

INTRODUÇÃO

A **Doença Celíaca** é uma doença crônica do intestino delgado desencadeada pela resposta imunomediada ao glúten em indivíduos com predisposição genética. Possui amplo espectro de manifestações clínicas semelhantes a um distúrbio multissistêmico, mas é caracterizada pela presença de lesão do intestino delgado. Para cada caso diagnosticado por sintomas, há de 3 a 7 pacientes pouco ou assintomáticos sem diagnóstico.

A doença celíaca apresenta soroprevalência global de 1,4% e prevalência confirmada por biópsia de 0,7%. Na América do Sul, esses valores são de 1,3% e 0,3%, respectivamente. A prevalência da doença celíaca é maior em crianças (0,9%) do que em adultos (0,5%), sendo a confirmação por biópsia cerca de duas vezes mais frequente na infância. Essa diferença pode estar ligada a dificuldades diagnósticas em adultos, como sintomas mascarados, presença de outras doenças, formas não clássicas da doença e alterações histopatológicas.

A identificação precoce de fatores de risco e casos iniciais, aliada ao rápido encaminhamento para especialistas, torna a Atenção Primária à Saúde fundamental para melhores resultados e prognósticos.

CID 10

K90.0 Doença Celíaca

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos nesse PCDT todos os indivíduos com suspeita e diagnóstico confirmado de doença celíaca.

Para a realização do rastreamento e confirmação diagnóstica, devem ser incluídos os indivíduos que apresentarem, conforme descrito no item “Rastreamento e diagnóstico”:

- Manifestações clínicas intestinais, extraintestinais ou que pertencem aos grupos de risco para doença celíaca;
- Indicação de rastreamento sorológico para doença celíaca, mesmo que assintomáticos;
- Forte suspeita clínica de doença celíaca, independentemente dos testes de sorologia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que inicialmente foram rastreados para doença celíaca, mas que não obtiveram confirmação diagnóstica, devem ser excluídos do tratamento e monitoramento previstos neste Protocolo. Este Protocolo não contempla pacientes com alergia ao trigo e pacientes com sensibilidade ao glúten não celíaca.

DIAGNÓSTICO (continuação)

A confirmação por biópsia duodenal é o padrão-ouro para o diagnóstico correto em crianças e adultos, exceto quando houver contraindicação à endoscopia digestiva alta (EDA) (por exemplo, indivíduos com distúrbios de coagulação e gestantes). O diagnóstico pelo exame histológico da mucosa duodenal consiste na presença de atrofia da vilosidade do intestino delgado associada a aumento da concentração de linfócitos intraepiteliais (>25 linfócitos intraepiteliais para cada 100 enterócitos)

Deve-se realizar biópsia da mucosa duodenal:

- Em pacientes **sintomáticos e sorologia + OU sintomáticos e sorologia -**, descartadas outras doenças;
- Se houver forte suspeita, mesmo se o teste tTG IgA for negativo e a IgA total for normal (doença celíaca soronegativa) (quadro 1); e
- Em indivíduos sem a manifestação clínica característica da doença celíaca com indicação de rastreamento sorológico e resultado do rastreamento sorológico positivo.

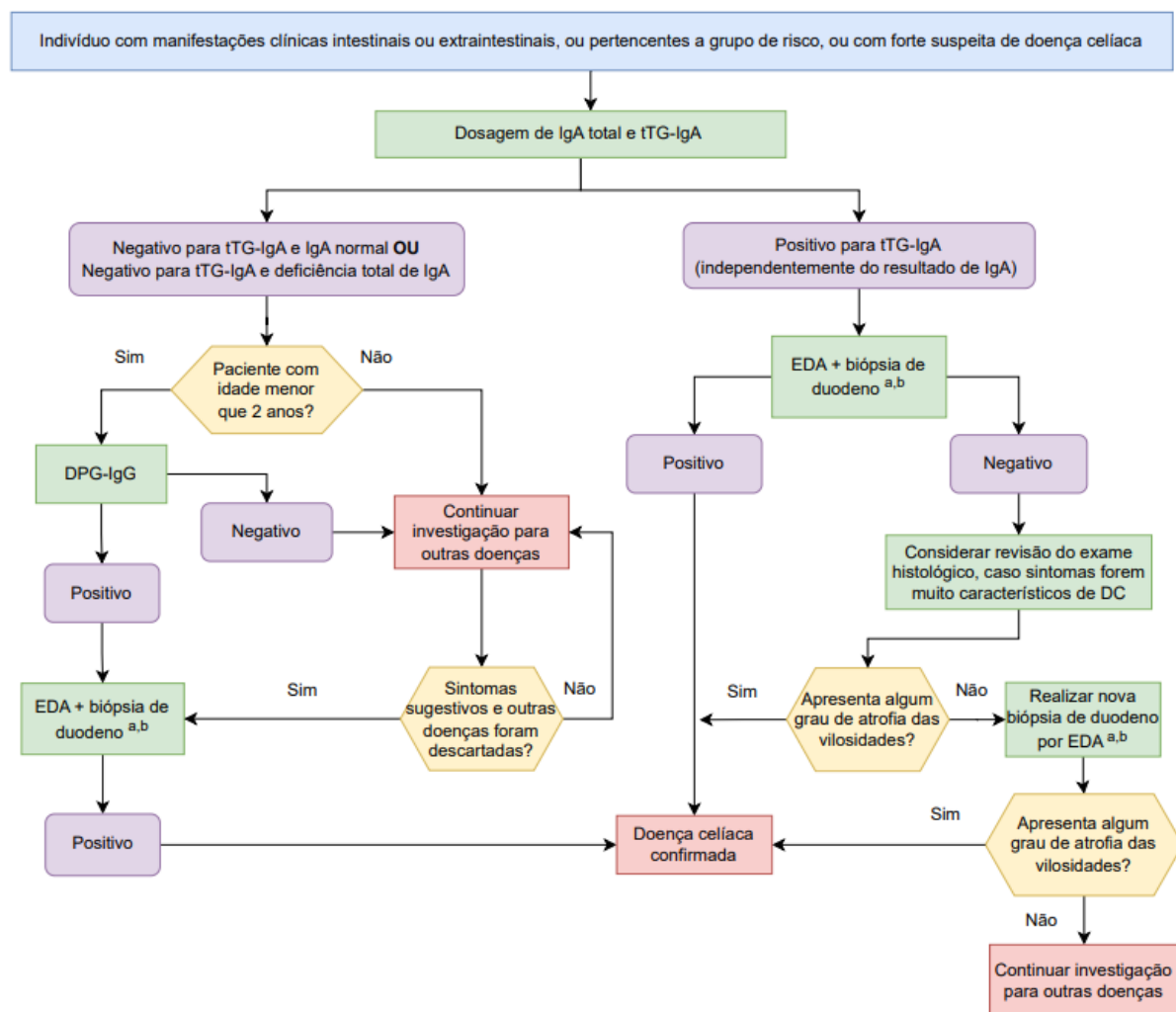
A interpretação fidedigna das biópsias intestinais na doença celíaca exige interação entre patologista e endoscopista, além de correto manuseio e processamento do material. A endoscopia pode revelar alterações típicas no duodeno, mas sua ausência não exclui a necessidade de biópsia. O exame histológico requer pelo menos seis fragmentos (dois do bulbo e quatro da segunda porção do duodeno), fixados e identificados separadamente. A lesão clássica envolve atrofia vilositária, hiperplasia de criptas e aumento de linfócitos intraepiteliais. A classificação histológica pode seguir Marsh (tipos 0 a 3, sem subdivisões) ou Corraza e Villanacci, sendo a modificação de Oberhuber considerada desnecessária.

Quadro I - Indicações de endoscopia digestiva alta e biópsia de duodeno mesmo se a sorologia para doença celíaca for negativa

Sinais ou sintomas
Diarreia crônica não sanguinolenta
Diarreia com má absorção ou associada à perda de peso
Anemia por deficiência de ferro na ausência de outras causas
Sintomas do trato gastrointestinal com história familiar de doença celíaca
Sintomas do trato gastrointestinal em paciente com doença autoimune ou deficiência de Imunoglobulina A
Baixa estatura em crianças
Dermatite herpetiforme comprovada por biópsia cutânea
Ileostomia ou colostomia com alto débito inexplicado

Obs.: parentes de 1º grau sintomáticos e geneticamente susceptíveis podem ser dispensados de realizar a biópsia duodenal se apresentarem uma dosagem de tTG IgA 10 vezes acima do limite superior da normalidade e forem positivos para anticorpo anti-endomísio (EMA), desde que considerado método de dosagem baseado em ELISA (a conduta não é recomendada quando método de quimioluminescência)

Figura I - Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de doença celíaca.



a - Mesmo se a sorologia for negativa, há indicação de biópsia de duodeno por EDA caso os pacientes apresentem os seguintes sinais e sintomas: diarreia crônica não sanguinolenta; diarreia com má absorção ou associada à perda de peso; anemia por deficiência de ferro na ausência de outras causas; sintomas do trato gastrointestinal com história familiar de doença celíaca; sintomas do trato gastrointestinal em paciente com doença autoimune ou deficiência de Imunoglobulina A; baixa estatura em crianças; dermatite herpetiforme comprovada por biópsia cutânea; Ileostomia ou colostomia com alto débito inexplicado (Quadro 2);

b - Pacientes com algum distúrbio de coagulação e pacientes grávidas não devem ser submetidos à endoscopia devido à sedação.



TRATAMENTO

O tratamento baseia-se exclusivamente na dieta isenta de glúten (DIG), com exclusão permanente de alimentos contendo trigo, centeio e cevada, bem como seus derivados. A dieta deve ser seguida por toda a vida, mesmo em pacientes assintomáticos. Também é necessário prevenir a contaminação cruzada, utilizando utensílios separados e adotando cuidados na manipulação dos alimentos. A legislação de rotulagem obrigatória (“contém glúten”/“não contém glúten”) é essencial para a segurança alimentar, sendo que produtos industrializados rotulados como “não contém glúten” apresentam menor risco de contaminação do que alimentos não industrializados.

Desafios na Adesão à DIG

A adesão à DIG é um dos principais desafios do tratamento, pois se trata de uma dieta restritiva, de alto custo, com disponibilidade limitada e, por vezes, baixa palatabilidade. Eventos sociais, escolha própria e falta de orientação adequada também influenciam negativamente. Estudos indicam que até 20% dos pacientes pediátricos não seguem a dieta de forma completa. O diagnóstico precoce, a educação alimentar contínua e o acompanhamento multiprofissional — envolvendo médicos, nutricionistas especializados, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos — são fundamentais para melhorar a adesão. A participação em grupos de apoio também está associada a melhores resultados.

Complicações da Não Adesão

O não cumprimento da DIG ou o diagnóstico tardio podem causar deficiências de ferro, folato, vitaminas B12 e D, cálcio, zinco e cobre, além de osteoporose, constipação (pela baixa ingestão de fibras) e intolerâncias temporárias à lactose e sacarose. Também há risco aumentado de doenças autoimunes, distúrbios neurológicos e psiquiátricos, infertilidade, reações alérgicas e desenvolvimento de cânceres, como linfoma intestinal e adenocarcinoma do intestino delgado. Casos raros, como a crise celíaca — caracterizada por desidratação grave, disfunções neurológicas e renais e distúrbios eletrolíticos —, exigem hospitalização e manejo intensivo.

Benefícios da Dieta Isenta de Glúten

Quando seguida corretamente, a DIG leva à recuperação histológica da mucosa intestinal, melhora das manifestações clínicas, redução de risco cardiovascular e prevenção de malignidades associadas à doença celíaca. A DIG também melhora a qualidade de vida e reduz a mortalidade.



MONITORIZAÇÃO

- Após o diagnóstico confirmatório de doença celíaca, o paciente, incluindo os cuidadores quando se tratar de criança, deve ser acompanhado por médico e nutricionista a cada três a seis meses no primeiro ano e anualmente após o primeiro ano e estabilização dos exames. Ao diagnóstico de doença celíaca, devem ser solicitados glicemia de jejum, hemograma completo e dosagens séricas de ferritina, vit B12, TSH, T4, TGO, TGP, densitometria óssea, cálcio e fósforo. Caso haja alteração nesses exames, a anemia por deficiência de ferro deve ser tratada com suplementação de ferro, conforme PCDT para Anemia por Deficiência de Ferro vigente, sempre na vigência da DIG. Concomitantemente, deve-se repor os micronutrientes, como cálcio e fósforo, ou vitaminas deficientes. Caso exista alteração da função tireoideana, deve-se investigar a vigência de tireoidite de Hashimoto, a qual deve ser tratada. Aumentos nas dosagens de TGO e TGP podem estar presentes no momento do diagnóstico. Após alguns meses de tratamento com DIG, estas alterações devem desaparecer.
- Existem algumas abordagens para verificar a adesão à DIG como avaliação clínica, revisão da dieta, sorologia, marcadores bioquímicos e biópsia de acompanhamento. A avaliação clínica compreende verificar se os sintomas estão controlados e se a qualidade de vida melhorou. Essa abordagem envolve status nutricional, altura e peso. A avaliação da adesão à dieta sem glúten deve ser realizada pela combinação de métodos de avaliação dos sintomas, avaliação clínica do nutricionista e/ou questionários dietéticos e testes laboratoriais. No caso de não adesão à dieta totalmente isenta de glúten, o paciente deve ser reorientado por médico e nutricionista acerca da importância da realização da dieta e do aparecimento de complicações não malignas ou malignas, caso a dieta não seja obedecida. Se os sintomas persistirem, deve-se verificar se a dieta está realmente sendo realizada, pois o principal motivo da manutenção dos sintomas é a não obediência à dieta totalmente sem glúten.
- Dosagem sérica de tTG IgA deve ser repetida seis meses após o início da DIG. No início do acompanhamento, a sorologia pode ser realizada no momento do diagnóstico, após três meses, após seis meses e após um ano. Após esse período, a sorologia e os exames de acompanhamento podem ser realizados anualmente. Os anticorpos associados com a doença celíaca são dependentes de glúten, de forma que, se o paciente aderir à dieta por meses, espera-se que os valores diminuam em comparação com a avaliação inicial. Caso essa redução não ocorra, existe uma suspeita de contaminação por glúten.
- Não há necessidade de realizar biópsia de rotina para todos os pacientes. Aconselha-se realizar biópsia de acompanhamento em adultos e crianças de um a dois anos após o início da DIG com a finalidade de verificar cicatrização da mucosa, especialmente em pacientes com mais de 40 anos e com sintomas iniciais mais severos. Ademais, a biópsia de acompanhamento seria necessária somente em pacientes com doença celíaca e sorologia negativa, pois essa seria a única maneira de confirmar resposta à DIG.
- Devido ao impacto que a doença promove nas funções psicológicas, sociais e familiares, o acompanhamento psicológico também pode contribuir na qualidade de vida dos indivíduos com doença celíaca.



REGULAÇÃO E CONTROLE

A detecção precoce da doença celíaca requer aplicação dos critérios deste Protocolo, capacitação de profissionais da Atenção Primária e adequada organização da rede pelo SUS, com definição de fluxos e serviços. A regulação do acesso é essencial para garantir atendimento, controlar e avaliar a assistência, incluindo atualização do CNES, monitoramento de exames e consultas. Auditorias devem verificar a efetividade da regulação, a compatibilidade dos serviços prestados com as cobranças, a integralidade da assistência e a satisfação dos pacientes.

Os procedimentos especiais da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS contemplados neste PCDT são:

- 02.09.01.003-7 (Esofagogastroduodenoscopia);
- 02.02.03.118-7 (Dosagem de anticorpos antitransglutaminase recombinante humano IgA);
- 02.02.03.015-6 (Dosagem de IgA)

► As informações inseridas neste material têm a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde à Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 8, de 23 de junho de 2025 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-no-8-p-cdt-doenca-celiaca.pdf>

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal