

## CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE GASTRONOMIA ACERCA DA DOENÇA CELÍACA

**VITÓRIA, Jéssica Silveira<sup>1</sup>; MARTEN, Thais<sup>1</sup>; NUSSBAUM, Alessandra Willrich<sup>1</sup>; WELTER, Daiane Cristine<sup>1</sup>; BOTELHO, Fabiana Torma<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas. UFPel

<sup>2</sup>Docente da Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas. UFPel  
jessicasilveiravitoria@gmail.com

### 1 INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) pode ser definida como uma enteropatia que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis, causada pela sensibilidade permanente ao glúten, proteína presente no trigo na forma de gliadina, no centeio na forma de secalina e na cevada na forma de hordeína (FASANO et al., 2003; ZARKADAS et al., 2006). Assim, a doença pode ser definida como um estado de resposta imunológica, tanto celular como humoral, ao glúten dos referidos cereais (KOTZE, 2006).

O portador da doença celíaca, ao ingerir alimentos que contenham glúten, acaba colaborando para o desencadeamento de uma resposta do sistema imunológico que danifica e/ou destrói as vilosidades que revestem o intestino delgado e que são responsáveis pela absorção da maioria dos nutrientes (NDDIC, 2008). A DC é comum em todo o mundo e afeta cerca de 1% da população (FASANO et al., 2003). São vários os sintomas desencadeados pela doença e estes podem variar de pessoa para pessoa, podendo ser: diarreia, obstipação, distensão abdominal, excesso de gases, cólicas e vômitos (SILVA, 1995). Segundo Pratesi e Gandolfi (2005), a DC não tratada manifesta-se através de anemia, dermatite herpetiforme, menarca tardia e menopausa precoce, infertilidade, abortos de repetição, hipertransaminasemia, depressão, sintomatologia neurológica progressiva, principalmente ataxia e epilepsia associadas a calcificações cerebrais, osteoporose e hipoplasia do esmalte dentário.

Atualmente, o único tratamento para a doença celíaca é a adesão a uma dieta isenta de glúten. Desse modo, um estudo realizado no Canadá, em 2002, mostrou que um dos maiores problemas para os portadores da doença era a realização de refeições fora de casa (ZARKADAS et al., 2006).

Por ser uma substância elástica, o glúten se torna responsável pela parte estrutural da maioria das massas alimentícias. Além disso, as proteínas que o compõem são a base da utilização da farinha de trigo na preparação de alimentos. Isso se deve à funcionalidade dessas substâncias, que interferem na qualidade sensorial e, assim, na aceitação dos alimentos (ARAÚJO et al., 2010).

Desse modo, esses cereais e seus derivados podem ser adicionados durante o preparo dos alimentos nos serviços de alimentação. Além disso, é possível que ocorra a contaminação cruzada de farinha de trigo nos alimentos, ocorrendo através do ambiente, dos manipuladores e dos utensílios utilizados (ARAÚJO et al., 2010). Por isso, a adesão à dieta isenta de glúten implica em uma mudança no estilo de vida, requer determinação e cuidados dos pacientes e de seus familiares.

A alimentação fora de casa é dificultada pelo fato do paciente não ter informações suficientes e confiáveis sobre o conteúdo do alimento adquirido. Essa

situação pode interferir na vida social do paciente, que estará restrito a alimentação domiciliar.

A avaliação do conhecimento acerca da doença celíaca por parte dos profissionais e estudantes que atuam ou irão atuar nos serviços de alimentação é imprescindível para analisar o grau de informação e possibilidade de adesão ao tratamento do celíaco ao se alimentar fora de casa. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os estudantes de um curso de gastronomia oferecido no Rio Grande do Sul, em relação ao conhecimento deles sobre doença celíaca.

## 2 METODOLOGIA

O conhecimento dos estudantes de gastronomia sobre doença celíaca foi avaliado através da aplicação de um questionário de múltipla escolha, adaptado de Laporte (2008). O questionário que foi aplicado em agosto de 2011, nos universitários de uma faculdade no Rio Grande do Sul, continha questões sobre características sócio-demográficas e DC.

As questões 3, 9, 10, 11, 13, e 14, presentes no questionário de Laporte, foram adaptadas, e as questões 4, 12, 16, 17 e 18 foram excluídas. Duas novas questões foram criadas: com relação à utilização dos mesmos utensílios, mesmo depois de lavados, para a produção de alimentos com e sem glúten, e sobre a área de produção dos alimentos sem glúten ser separada ou não dos demais alimentos.

Ao todo, fizeram parte da pesquisa 36 alunos que estavam entre o 1º e o 3º semestre do curso de gastronomia. Antes da entrevista, foi esclarecido o objetivo da mesma e a segurança em relação aos dados obtidos e sua forma de divulgação, sem exposição dos participantes de forma individual ou que permitisse sua identificação.

Os alunos que tiveram interesse em participar foram até a sala de entrevista, onde a aplicação do questionário só ocorreu mediante assinatura do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 36 indivíduos entrevistados a maior parte (66,66%/n=24) se encontrava na faixa etária dos 15 aos 24 anos, do total, 66,66% (n = 24) eram do sexo feminino. Ao todo, 72,22% (n = 26) se encontravam no 1º semestre e 27,77% (n = 10) no 3º semestre.

Ao serem questionados acerca da DC, somente 25% (n=9) dos universitários disseram conhecer a doença. Dentre os estudantes que não a conheciam, 81,48% (n=22) estavam no 1º semestre, demonstrando uma grande diferença do conhecimento da doença de acordo com o semestre em que se encontravam. Apesar de 75% dos entrevistados informarem que não sabiam o que era a DC, 44,44% (n=16) do total de estudantes responderam que era a intolerância ao glúten e o tratamento era feito através da retirada do glúten da alimentação. Quando comparado ao trabalho realizado por Laporte (2008) com 30 chefes de cozinha, a proporção dos avaliados que disseram conhecer a DC foi de 30% (n=9), mostrando resultado semelhante.

Ao serem indagados sobre quais alimentos podem desencadear a DC, nenhum dos estudantes respondeu corretamente a questão (optando somente pelos

itens trigo, centeio e cevada), 52,77% (n=19) não souberam responder a esta questão e a opção mais votada foi o trigo com 41,66% (n=15), semelhante ao resultado obtido por Laporte, seguido da aveia (27,77%).

Em relação à utilização da farinha de trigo nas preparações, o mais lembrado foi o bolinho frito com 94,44% (n=34), seguido do empanado com 88,88% (n=32) e do molho branco com 66,66% (n=24). Dos 36 estudantes que responderam a questão sobre a reutilização de óleo entre os alimentos com e sem farinha de trigo, 83,33% (n=30) responderam que o óleo deve ser distinto entre esses alimentos. Além disso, 47,22% (n=17) acham que a chapa utilizada pode ser a mesma para todos os grelhados, e o mesmo número de estudantes acham que a chapa não deve ser a mesma. Tais procedimentos são determinantes para que uma possível contaminação cruzada ocorra ou não, o que colocaria em risco o tratamento do paciente.

Entre os estudantes, somente 13,88% (n=5) afirmam já ter sido questionados, por um portador da doença celíaca, a respeito da forma de preparo dos alimentos. Dos entrevistados, 94,44% (n=34) consideraram importante observar a informação “contém ou não contém glúten” presente nos rótulos. Destes, 91,17% (n=31) informou que posteriormente utilizará essa informação para distinguir os pratos sem glúten no seu cardápio. Esse resultado demonstra grande interesse por parte dos estudantes em auxiliar o tratamento de seus futuros clientes, diferente do que foi constatado por Laporte, onde 76,67% dos chefes de cozinha disseram não observar esta informação nos rótulos.

Verificou-se também, que 52,77% (n=19) dos entrevistados responderam que lavar os utensílios e utilizá-los para as preparações com e sem glúten não oferece risco à saúde dos celíacos, seguido dos 25% (n=9) que disseram não saber e apenas 19,44% (n=7) mostraram saber que tal fato pode oferecer risco à saúde do paciente. Quanto ao local de confecção da alimentação, 63,88% (n=23) dos entrevistados indicaram saber que a produção dos alimentos sem glúten deve ocorrer em área separada. Estar ciente de que tais atos determinarão a qualidade do alimento produzido é de extrema importância para a formação de futuros chefes de cozinha.

Constatou-se ainda que 97,22% (n=35) dos estudantes de gastronomia acreditam que o conhecimento sobre a DC é importante e que deve haver mudanças nas preparações para ofertar alimentos sem glúten em restaurantes. Com o intuito de poder atender aos portadores de DC, 88,88% dos alunos de gastronomia se dispõem a se informar mais sobre a doença para poder criar novos pratos isentos de glúten, seguido de observar as informações nos rótulos dos ingredientes (72,22%) e identificar os pratos com a composição de seus ingredientes (69,44%).

## **4 CONCLUSÃO**

Embora a prevalência do conhecimento quanto aos alimentos que podem desencadear a DC tenha sido baixa, os estudantes demonstraram interesse no esclarecimento acerca da doença, mostrando consciência sobre o importante papel que poderão desempenhar para a saúde e bem estar dos futuros clientes. Esse fato favorece a inclusão do conhecimento sobre a DC ao longo do curso de gastronomia. O aprendizado sobre a doença deve ser estimulado para que haja uma conscientização por parte destes profissionais a fim de criarem novos pratos e incentivarem a inclusão social destes pacientes.

## 5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, H. M. C.; ARAÚJO, W. M. C.; BOTELHO, R. B. A.; ZANDONADI, R. P. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v.23, n.3, p.467-474, maio/jun. 2010.

Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC). 2008. Disponível em: <<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/celiac/>> Acesso em: 28 jul. 2011.

FASANO, A.; BERTI, I.; GERARDUZZI, T.; NOT, T.; COLLETTI, R. B.; DRAGO, S.; ELITSUR, Y.; GREEN, P. H. R.; GUANDALINI, S.; HILL, I.; PIETZAK, M.; VENTURA, A.; THORPE, M.; KRYSZAK, D.; FORNAROLI, F.; WASSERMAN, S. S.; MURRAY, J. A.; HORVATH, K. Prevalence of Celiac Disease in At-Risk and Not-At-Risk Groups in the United States. **Archives of Internal Medicine**, v.163, p.286-292, 2003.

KOTZE, L. Doença celíaca. **Jornal Brasileiro de Gastroenterologia**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.23-34, jan./mar. 2006.

LAPORTE, L. S. **Conhecimento dos chefes de cozinha acerca da doença celíaca**. Monografia apresentada na Especialização em Gastronomia e Saúde. – Universidade de Brasília – UnB, Brasília – DF, 2008.

PRATESI, R.; GANDOLFI, L.; Doença celíaca: a afecção com múltiplas faces. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.5, p.357- 358, 2005.

SILVA, Margarida Maria Santana. **Convivendo com a doença celíaca**. Viçosa, Minas Gerais: Jard Produções Gráficas, 1995.

ZARKADAS, M.; CRANNEY, A.; CASE, S.; MOLLOY, M.; SWITZER, C.; GRAHAM, I. D.; BUTZNER, J. D.; RASHID, M. ; WARREN, R. E.; BURROWS, V. The impact of a gluten-free diet on adults with coeliac disease: results of a national survey. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v.19, p.41–49, 2006.