

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Consumidores Portugueses e a BSE

SUSANA ALEXANDRA DA CUNHA FERREIRA
1996/97



Agradecimentos

I. Introdução.....	Pág. 1
II. Objectivos.....	Pág. 9
III. Metodologia.....	Pág. 10
IV. Resultados.....	Pág. 12
V. Discussão.....	Pág. 26
VI. Conclusões.....	Pág. 33

Bibliografia

Anexo 1

AGRADECIMENTOS

Queria deixar aqui um especial agradecimento a todos os alunos do 3º ano que colaboraram na realização e aplicação deste questionário.

Gostaria também de agradecer a todos aqueles que, de algum modo, me ajudaram a realizar este trabalho.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

I. INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Espongiforme Bovina (BSE) é uma doença crónica, degenerativa, rara, que afecta o sistema nervoso dos bovinos. Integra um grande número de encefalopatias espongiformes transmissíveis (TSE) que atingem outros animais (ovelhas, antílopes, leopardos, pumas, gatos, cães, entre outros) incluindo o Homem. O que caracteriza as TSE's é a semelhança de sinais e sintomas : as perturbações do sistema nervoso, apresentando alterações motoras e demência , o longo período de incubação - de 5 a 40 anos - e as alterações esponjosas (lacunas) no cérebro, observáveis na sua análise *post-mortem*.^{1,2}

As encefalopatias espongiformes diagnosticadas no Homem compreendem o Kuru, a Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), a Doença d'Alpers, o Síndroma de Gerstmann-Straüssler-Sheinker e a Insónia Familiar Fatal.^{3,4}

A mais conhecida é o Kuru, doença observada na Nova Guiné até aos finais da década de 50. É característica de uma tribo indígena com uma elevada taxa de consanguinidade - os Forès - cujos ritos funerários compreendiam o consumo de cérebro e vísceras dos familiares defuntos. Os indivíduos com Kuru apresentavam uma rápida deterioração física e mental, culminando em paralisia, coma e morte.⁵

A Doença de Creutzfeldt-Jakob, que atinge uma pessoa em cada milhão, é característica de indivíduos entre os 60-70 anos e o seu principal sinal clínico é a demência. Stanley B. Prusiner descreve três formas desta doença: a forma esporádica causada, provavelmente, pela mutação espontânea do gene do prião e que é a mais conhecida, a forma herdada ou familiar que, como o nome indica, é transmitida geneticamente e que constitui cerca de 10 a 15% dos casos de DCJ; e a forma iatrogénica, transmitida através da transplantação da córnea, implantação de *dura mater*, uso de instrumentos cirúrgicos contaminados ou pela utilização da hormona de crescimento proveniente da glândula pituitária humana.^{1,3,4,6,7}

Recentemente, foi descrita uma nova variante da DCJ, que apresenta como características diferentes, atingir indivíduos bastante jovens - todos com idades inferiores aos 40 anos - e, uma longa duração da doença.

O gado contaminado com BSE apresenta perda de coordenação, falta de interesse pelo que o rodeia, incluindo comida e água, abandona os seus hábitos de rotina, desenvolve uma postura anormal, tem alterações de comportamento e apresenta sinais de senilidade.

O período de incubação é de cerca de 4 a 5 anos e, uma vez aparecidos os sintomas, tal como acontece na DCJ, a morte ocorre em pouco tempo sendo, neste caso, de 2 semanas a 6 meses.²

A BSE foi inicialmente identificada no Reino Unido no ano de 1986 mas, foi só em 1996 que se tornou mais conhecida devido à possibilidade de existir relação, entre o consumo de carne de bovino proveniente de animais com BSE e o aparecimento da nova variante da DCJ.¹

Após o aparecimento dos primeiros casos de BSE, veio a descobrir-se que esta resultou das rações que eram dadas ao gado bovino, principalmente às vacas leiteiras. Para se obterem rações com alto teor proteico utilizavam-se, entre outras, carcaças de ovinos, incluindo o cérebro e a espinal medula, que poderiam estar contaminadas com *scrapie* (encefalopatia espongiforme dos ovinos).

A alteração das técnicas de fabrico destas rações, modificando as condições de segurança do processo, como diminuir a temperatura, poderá ter conduzido a esta situação. A prática de produção de rações animais de carne e ossos foi proibida em 1988 em Inglaterra.^{5,8,9}

Em Portugal, os 14 centros que existem de processamento de subprodutos de origem animal continuavam, em Maio de 1996, a produzir as suas farinhas tendo como matérias primas carnes e ossos em condições que não asseguram a destruição do agente da BSE - o prião - caso ele esteja presente nestas matérias primas recicladas.¹⁰

De acordo com as normas comunitárias, as matérias primas de alto risco ao serem utilizadas na produção das rações (cadáveres de bovinos e outras espécies, doentes ou não usadas para consumo humano) deverão ser

aquecidas a uma temperatura nunca inferior a 133° C, durante 20 minutos e a uma pressão de 3 *bar*. Esta é a única circunstância em que o agente será garantidamente inativado, uma vez que ele é resistente às baixas temperaturas, às radiações e inúmeros desinfectantes mas é destruído com temperaturas muito altas - como as atingidas em autoclave -, agentes oxidantes e solventes.⁴

O prião, agente causador das encefalopatias espongiformes, foi identificado por Stanley B. Prusiner na década de 70 mas, só nos anos 80 é que este cientista descreveu este agente e sugeriu que era a causa de todas as encefalopatias espongiformes. As suas descobertas geraram enorme controvérsia mas acabaram por valer-lhe o prémio Lasker em 1995 e o prémio Nobel de Medicina em 1996.

O prião, existente normalmente no tecido cerebral, é um microrganismo 100 vezes mais pequeno que um vírus e é constituído exclusivamente por uma única molécula de proteína, com cerca de 250 aminoácidos, sem quaisquer vestígios de ácidos nucleicos (DNA ou RNA). A esta forma dá-se o nome de proteína PrPc ("c" de celular). Existe uma forma anormal desta proteína, que tem o mesmo peso molecular da forma normal, é codificada pelo mesmo gene que codifica a forma normal, mas difere desta por ter uma alteração na sua conformação. Esta alteração confere-lhe resistência às proteases celulares, daí advindo o seu nome PrPres ("res" de resistente).^{3,4}

Esta isoforma patológica, que pode ser de origem endógena (pré-existência genética ou mutação) ou exógena (alimentar ou iatrogénica) modifica de forma catalítica, irreversível e massiva, a forma PrPc, existente na superfície dos neurónios, para a forma PrPres. A resistência desta forma às proteases provoca a sua acumulação no citoplasma neuronal e, por conseguinte, a morte do neurónio e os fenómenos fisiopatológicos observados *post-mortem* - as lacunas no tecido cerebral.⁴

Com o surgimento, em Abril/Maio de 1996, da alarmante, mas não cientificamente provada, possibilidade do consumo de carne de bovino infectada pela BSE estar na origem da nova variante da DCJ, o comportamento dos consumidores, entre os quais os Portugueses, sofreu, num curto espaço de tempo, profundas alterações.

Como seria de esperar, a procura de carne de bovino diminuiu drasticamente, devido a factores de ordem psicológica e social: o medo de, ao consumirem a carne infectada, estarem a contrair uma doença mortal, levou os consumidores a alterarem as suas escolhas alimentares.

Nos outros países Europeus, após a aparecimento desta notícia, o consumo de carne de bovino caiu para cerca de metade e, em Abril de 1996, um terço dos Portugueses tinha deixado de comer esta carne.⁴

A dramatização da informação por parte dos media tem um papel importante na formação destas reacções. Nas décadas de 80 e 90, por

exemplo, foram divulgadas notícias que originaram pânico associado aos alimentos. Estes incluíam, por exemplo, a *Salmonella* nos ovos e a *Listeria* nos queijos. A dramatização destes medos teve bastante mais divulgação do que outros factores de maior impacto para a saúde pública alguma vez tiveram. O caso da *Salmonella* nos ovos causou uma redução dramática na compra e consumo deste género alimentício enquanto que, por exemplo, os avisos acerca da associação entre o consumo de ovos, os níveis de colesterol sanguíneo e as doenças cardiovasculares não tiveram efeitos semelhantes.¹¹

Citando o Dr. Michael Fitzpatrick: "O pânico causado pela BSE ou Doença das Vacas Loucas é mais do que um mero medo. É o sintoma mais irracional de uma sociedade que sofre de ansiedade mórbida e paralisante."¹²

Esta ansiedade mórbida levou mesmo à descrição de dois casos de fobia à BSE em que os pacientes referem ter alguns sintomas de DCJ (incapacidade de controlar pensamentos, desequilíbrios, tonturas, distúrbios da visão e falta de concentração), associados ao consumo recente de carne de bovino.¹³

Os meios de comunicação e as informações por eles transmitidas podem influenciar o comportamento alimentar das populações. Mais do que nunca, há muita informação ao dispôr das populações, o que não significa um aumento do conhecimento nem uma melhor escolha dos modos de actuação. As populações podem não ter capacidade para processar toda a

informação recebida nem serem capazes de a ordenar por prioridade ou importância quer por causa da quantidade quer pelo ritmo com que é transmitida.¹⁴

Cada classe social ou grupo profissional utiliza de modo diferente a informação recebida através dos meios de comunicação. Os níveis de educação, a profissão, os grupos sociais são factores importantes nas decisões tomadas após se ter conhecimento de uma determinada informação. Por exemplo, as pessoas mais velhas tendem a utilizar mais frequentemente, como fonte de informação, os profissionais de saúde em detrimento dos livros, rótulos de alimentos, revistas, entre outros, enquanto as mais novas utilizam e confiam mais nos jornais e nas revistas. Algo semelhante se passa com os níveis de escolaridade: as pessoas com um elevado nível de escolaridade confiam mais nas informações transmitidas pelos jornais e revistas e pelas entidades de saúde do que aquelas que têm um nível de escolaridade mais baixo. Estas, por seu turno, confiam mais na publicidade.¹⁵

Este mesmo estudo mostra que, as fontes de informação sobre a alimentação saudável mais utilizadas pelos Europeus adultos são, por ordem decrescente, a televisão/rádio, os jornais/revistas, os profissionais de saúde, os rótulos de alimentos e os amigos/familiares. No entanto, os profissionais de saúde foram considerados como a fonte mais fidedigna de transmissão de

informação e os Portugueses encontravam-se entre aqueles que mais utilizavam esta fonte de informação.¹⁵

Isto pode significar que, se as fontes de informação utilizadas pelos consumidores forem da sua confiança e se houver um processo de procura, o impacto da informação transmitida poderá ser bem maior e ajudará na selecção e ordenação das informações recebidas e na tomada de decisões.

II. OBJECTIVOS

Foi objectivo principal deste trabalho conhecer as alterações nos hábitos alimentares de uma amostra da população Portuguesa adulta, após o surgimento da crise da BSE, em Abril/Maio de 1996.

III. METODOLOGIA

Este trabalho integra-se num projecto de avaliação das reacções dos consumidores a diversos aspectos alimentares no âmbito da disciplina de Nutrição e Saúde Pública, disciplina do 3º ano da licenciatura em Ciências da Nutrição.

Os resultados aqui apresentados respeitam à primeira fase deste projecto que incluiu o desenvolvimento e a aplicação, entre Dezembro de 1996 e Janeiro de 1997, de um questionário de administração indirecta ¹⁶ a uma amostra de 263 Portugueses adultos.

Os alunos da disciplina de Nutrição e Saúde Pública participaram no planeamento e execução deste trabalho, nomeadamente no desenvolvimento do instrumento de recolha de dados e na colheita de informação.

Numa segunda fase, e cujos resultados serão divulgados oportunamente, o questionário foi modificado de molde a ser de administração directa ¹⁶ e aplicado a profissionais e estudantes de saúde.

Os dados referentes à presente amostra foram digitados e analisados no programa estatístico SPSSWIN (Statistical Package for Social Sciences, versão 6.1.3 para Windows).

Os resultados apresentam-se em proporções e as variáveis contínuas em média \pm desvio padrão.

Na análise estatística a comparação entre as proporções foi feita pela prova do Qui-quadrado com correcção de Pearson. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas a um nível de $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

1. Sexo

Dos 263 indivíduos inquiridos 162 (62%) pertenciam ao sexo feminino e 101 (38%) ao sexo masculino.(GRÁFICO 1)

DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS POR
SEXO (n=263)

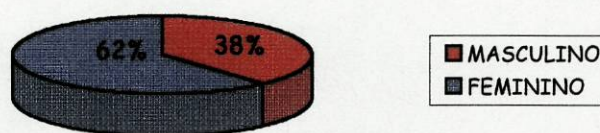


GRÁFICO 1

2. Grupos etários

A amostra da população estudada tinha uma média de idade de 34,7 anos ($\pm 15,4$) sendo 18 anos o limite mínimo e 86 o máximo. 110 (42%) indivíduos tinham idade inferior a 25 anos, 83 (32%) compreendida entre os 26 e os 45 anos e 70 (27%) idade superior ou igual a 46 anos. (GRÁFICO 2)

GRUPOS ETÁRIOS

(n=263)

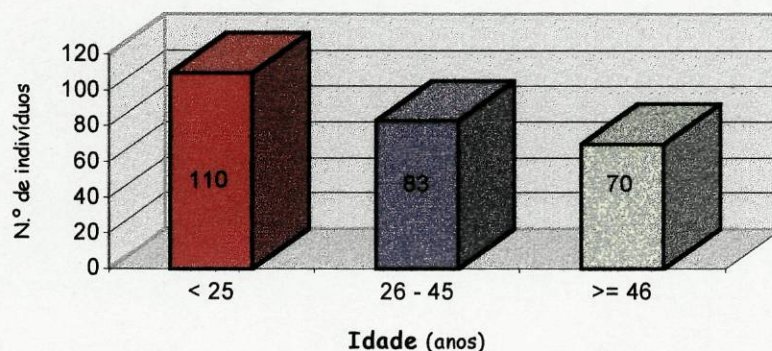


GRÁFICO 2

3. Escolaridade

A média da escolaridade situava-se nos 9,8 anos ($\pm 4,8$), sendo o mínimo de 1 ano e o máximo de 18. 8 indivíduos nunca frequentaram a escola e das 255 que frequentaram, 125 (49%) fizeram-no até ao 9º ano, 49 (19%) até ao 10º ano e 81 (32%) tinham mais de 12 anos de escolaridade. (GRÁFICO 3)

ESCOLARIDADE

(n=255)

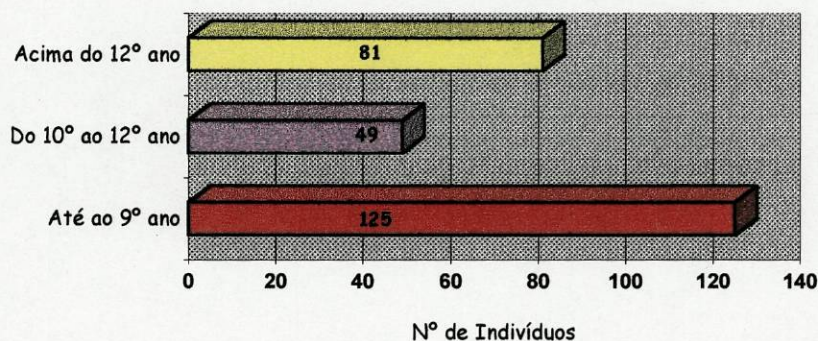


GRÁFICO 3

4. Profissão

Dos 263 indivíduos que constituíam esta amostra, apenas 145 exerciam uma profissão. Estes foram classificados segundo *The Registrar General's Class Classification*¹⁷: 33 pertenciam ao grupo das profissões superiores (ex: quadros superiores de administração pública, docente do ensino superior, nutricionista, farmacêutico, entre outras), 20 à das intermédias (ex: técnicos paramédicos, secretária de direcção, técnico de vendas, entre outras), 48 à das especializadas não manuais (ex: secretária, empregada de escritório, comerciante, entre outras), 11 às especializadas manuais (ex: mestre de obras, entre outras), 14 às semi qualificadas (ex: taxista, padeiro, motorista, entre outras) e 19 às sem qualificação (ex: empregada de limpeza, servente agrícola, entre outras). (Quadro 1)

Profissão	N.º	%
Superior	33	22,7
Intermédia	20	13,8
Especializada não manual	48	33,1
Especializada manual	11	7,6
Semi - Qualificadas	14	9,6
Sem Qualificação	19	13,1

n=155

Quadro 1

Os restantes indivíduos da amostra eram estudantes (66 - 55%), domésticas (27 - 23%), reformados (16 - 14%) e desempregados (9 - 8%). (GRÁFICO 4)

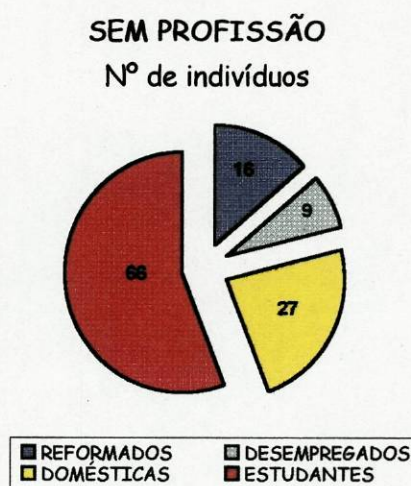


GRÁFICO 4

5. Regiões

49% das entrevistas foram realizadas na zona do Douro Litoral (Porto), 14% na zona da Beira Litoral (Aveiro), 14% na zona de Trás os Montes e Alto Douro (Bragança e Vila Real), 8% na zona da Beira Alta (Viseu), 6% na zona Entre Douro e Minho (Viana do Castelo e Braga), 2% na zona do Algarve (Faro) e 7% na ilha da Madeira. (GRÁFICO 5)

REGIÕES ONDE FOI APLICADO O QUESTIONÁRIO

(n=263)

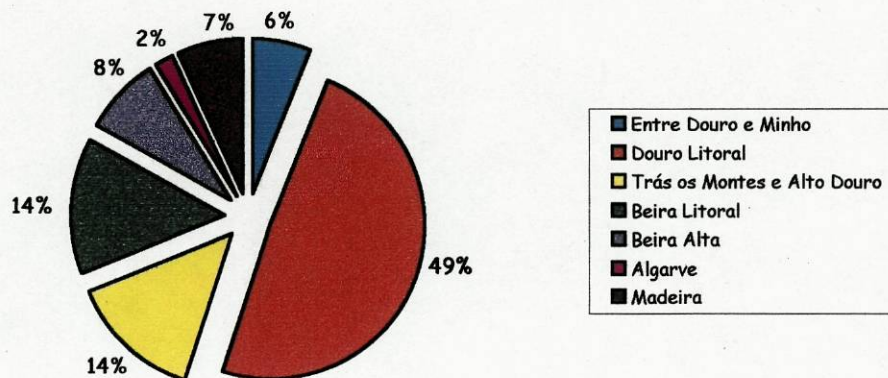


GRÁFICO 5

6. Informação

Dos 263 indivíduos que constituem a amostra, todos tinham já ouvido falar da Doença das Vacas Loucas.

A televisão foi, sem dúvida, a fonte que a quase totalidade dos inquiridos (96%) referiu ter utilizado para obter informação sobre este processo, seguida da imprensa escrita (jornais/revistas-48%) e radiodifundida (34%).

A informação veiculada por amigos/familiares e/ou obtida na escola/trabalho foi referenciada, respectivamente, por 16% e 11% dos inquiridos enquanto que apenas 6% identificou os profissionais de saúde como tendo tido uma parte activa na transmissão da mensagem. (GRÁFICO

6)

FONTES DE INFORMAÇÃO*

(n=263)

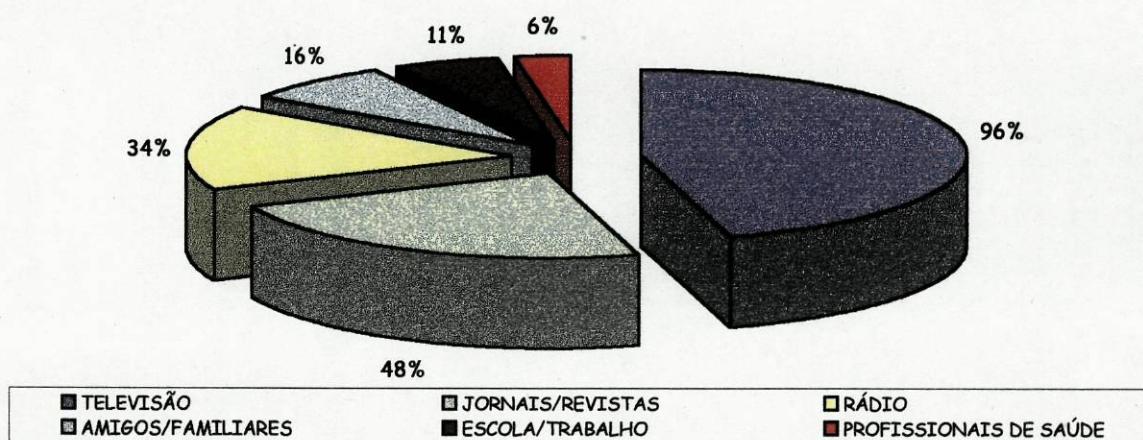


GRÁFICO 6

* A percentagem é superior a 100 porque cada inquirido podia dar mais do que uma resposta.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no caso dos meios de comunicação social pelos dois géneros: o sexo masculino foi o que mais utilizou a rádio e as revistas/jornais para se informar sobre a doença.(Quadro 2).

	Rádio				Jornais/Revistas			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	44	44	57	56	61	60	40	40
Feminino	45	28	117	72	66	41	96	59
	$\chi^2=6,925$				$\chi^2=9,625$			
	$p=0,00850$				$p=0,000192$			

n=263

Quadro 2

Os inquiridos que tinham maior grau de escolaridade ($\geq 10^{\circ}$ ano) utilizavam mais a rádio e os jornais/revistas do que os que tinham menor escolaridade.(Quadro 3)

	Rádio				Jornais/Revistas			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Até ao 9º ano	35	39	97	56	45	35	87	64
$\geq 10^{\circ}$ ano	54	61	76	44	82	65	48	36
	$\chi^2=6,590$				$\chi^2=22,032$			
	$p=0,01025$				$p=0,00000$			

n=263

Quadro 3

7. Alteração de hábitos alimentares

133 (51%) dos indivíduos alteraram os seus hábitos alimentares em resposta à divulgação das notícias sobre a doença nos bovinos. Pelo contrário, os restantes 130 (49%) mantiveram os seus hábitos de consumo. Verificou-se uma proporção significativamente superior de mulheres entre o grupo que modificou os hábitos alimentares (73% das mulheres vs 27% dos homens). (Quadro 4)

ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES					
		Sim		Não	
		N.º	%	N.º	%
Homens		36	27	65	50
Mulheres		97	73	65	50
$\chi^2=14,615$					
$p=0,00013$					
n=263		Quadro 4			

6.1 De que forma alteraram os hábitos alimentares

As alterações dos hábitos alimentares compreenderam dois grandes grupos de atitudes. O primeiro grupo inclui os indivíduos que evitaram o consumo de carne (120 indivíduos - 93%). Neste grupo estão aqueles que suspenderam o consumo: carne de vaca (80), miúdos e vísceras (15), tripas (5), mioleira (2) e hamburguer (1) e aqueles que suspenderam a aquisição: produtos derivados (10), carne de vaca (5) e fígado (2).

O segundo grupo inclui os indivíduos que reduziram o consumo (27 indivíduos - 21%). Neste, incluem-se aqueles que reduziram o consumo deste tipo de carne (22), os que deixaram de comer em restaurantes (3) e os que compraram menos carne de vaca (2). (Quadro 5)

EVITARAM O CONSUMO DE CARNE - 120 Indivíduos (93%) *	
1. Suspendendo o consumo	103
Carne de vaca	80
Miúdos e vísceras	15
Tripas	5
Mioleira	2
Hamburguer	1
2. Suspendendo a aquisição	17
Produtos derivados	10
Carne de vaca	5
Fígado	2
REDUZIRAM O CONSUMO - 27 Indivíduos (21%) *	
Reduzindo consumo de carne de vaca	22
Deixando de comer em restaurantes	3
Comprando menos carne de vaca	2

n=129

Quadro 5

* A percentagem é superior a 100 porque cada inquirido podia dar mais do que uma resposta.

Dos 133 indivíduos que alteraram os hábitos alimentares, 126 indivíduos indicaram que alimento tinham ou não suspendido (Quadro 6). De referir que os géneros alimentícios mais evitados foram a carne de vaca, o fígado, as tripas e a mioleira.

Quadro 6

Suspensão total ou parcial de alguns alimentos de origem bovina e não suspensão (n=126)

ALIMENTO	SUSPENSÃO				Não Suspensão	
	Total		Parcial		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bofes	30	24	13	10	83	66
Caldo de carne	12	10	6	5	108	86
Carne de vaca	62	49	45	36	19	15
Carne de vitela	36	29	12	10	78	62
Coração	35	28	14	11	77	61
Fígado	51	40	14	11	61	48
Gelados de leite	-	-	7	6	119	94
Gelatinas	12	10	7	6	107	85
Hamburguer	26	21	14	11	86	68
Iogurte	-	-	7	6	119	94
Leite	1	.8	7	6	117	93
Língua	35	28	13	10	78	62
Manteiga	1	.8	6	5	119	94
Mão de vaca	19	15	7	6	100	79
Margarina	3	2	5	4	118	94
Mioleira	39	31	14	11	73	58
Patê	13	10	3	2	110	87
Pratos de carne	9	7	3	2	114	91
Queijo	-	-	8	6	118	94
Rabo de boi	17	13	6	5	103	82
Rissóis, empadas, croquetes	22	17	10	8	94	75
Tripas	48	38	16	13	62	49

6.2 Substituição por outros alimentos

Dos 133 indivíduos que alteraram os seus hábitos alimentares, 97 (73%) substituíram o consumo de carne de vaca por outros alimentos.

Os preferidos foram as aves (73%) - frango, peru e pato -, seguidos da carne de porco (53%), do pescado (47%), coelho (16%), outros alimentos de origem vegetal (8%) como os legumes, fruta e cereais, outros alimentos com produtos de origem animal (4%) como o chouriço, pizza, hamburguer e rissóis (não sendo referida a origem dos produtos animais com que eram confeccionados), carnes de outros animais (4%) como cabrito, cordeiro, cavalo e borrego e ovos (4%).(GRÁFICO 7)

ALIMENTOS SUBSTITUTOS* (n=96)**

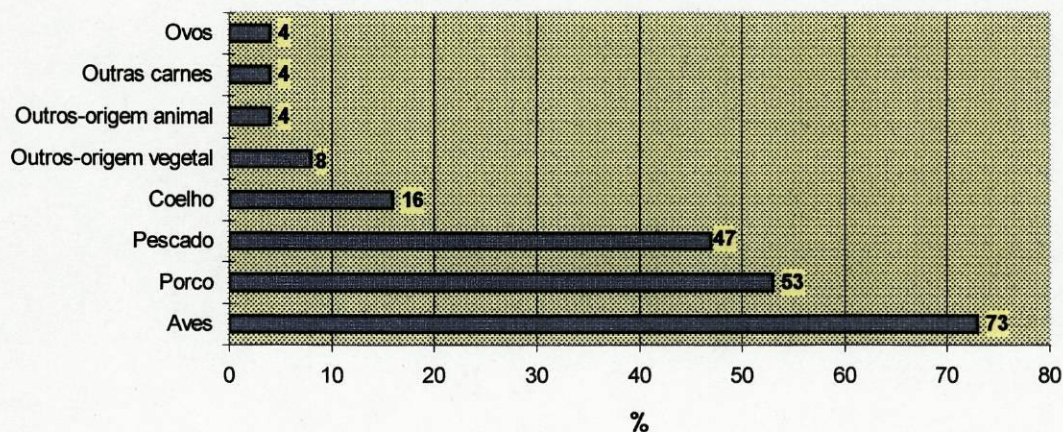


GRÁFICO 7

* A percentagem é superior a 100 porque cada inquirido podia dar mais do que uma resposta.

** Um indivíduo não respondeu.

Dos 133 inquiridos que haviam inicialmente alterado os seus hábitos alimentares, 60 (45%) tinham já retomado, à altura da entrevista, os antigos hábitos de consumo, enquanto 72 (55%) mantinham ainda essas alterações.

A maioria dos 60 indivíduos que retomaram os antigos hábitos de consumo fê-lo por considerar já não existir perigo em ingerir carne de vaca e seus produtos derivados (72%), enquanto 28% referem que o prazer de comer esta carne supera os riscos que se correm. A média da retoma dos antigos hábitos alimentares foi de 4,8 meses ($\pm 1,9$). Aos 3 meses, 15 indivíduos (25%) tinham retomado os antigos hábitos e, 7 meses depois das notícias, 19 (32%) tinham voltado a comer carne de vaca. (GRÁFICO 8)

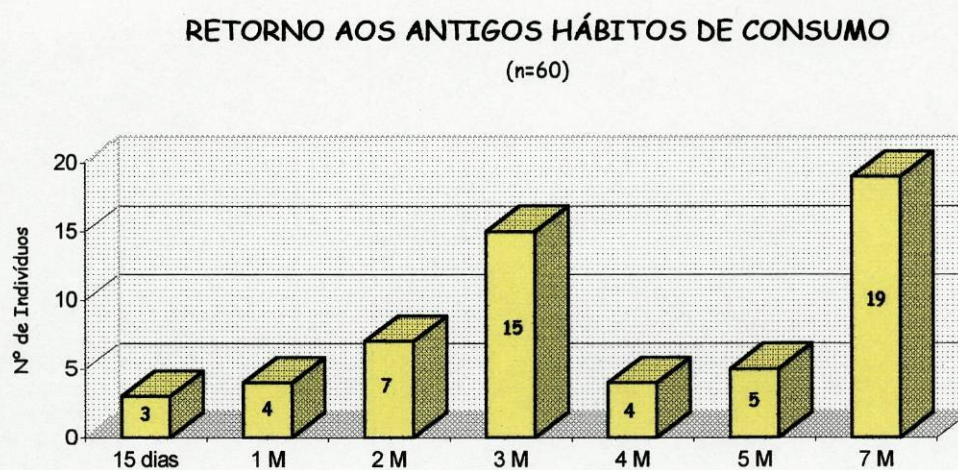


GRÁFICO 8

No GRÁFICO 9 pode observar-se a curva da retoma dos hábitos alimentares sendo que, 3 meses depois das notícias, 50% deste grupo tinha retomado aos antigos hábitos alimentares e, aos 7 meses, a totalidade já o tinha feito.

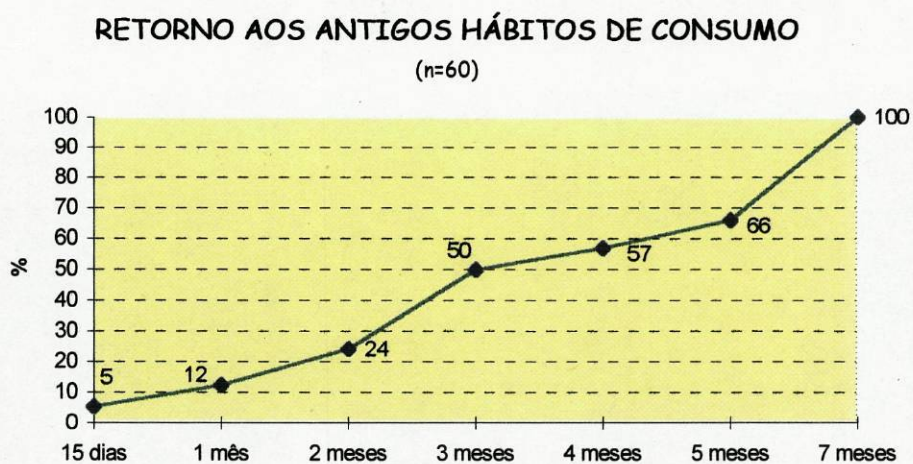


GRÁFICO 9

Os que, pelo contrário, mantiveram as alterações (n=72) justificaram a sua opção por considerarem que ainda existe perigo para a saúde consumindo carne de vaca (60%), por sentirem falta de confiança e dúvidas (23%) e ainda outras razões (17%), como por exemplo se terem habituado a não consumir esta carne, não a apreciarem muito e por acharem que este tipo de carne não faz falta.

8. Medidas tomadas pelo governo

A grande maioria dos inquiridos (175 - 66%) conhecia as medidas tomadas pelo Governo Português para fazer face a este problema. No entanto, só 167 souberam indicar algumas destas medidas. Como principal medida referem o abate dos animais contaminados (77%), o controlo da importação de gado bovino (34%), a proibição da venda de mioleira e vísceras (16%), o aconselhamento a não comer mioleira (4%), o maior controlo sobre as rações dadas aos animais (2%) e a proibição da venda de medicamentos produzidos com extractos de bovino (2%). (GRÁFICO 10)

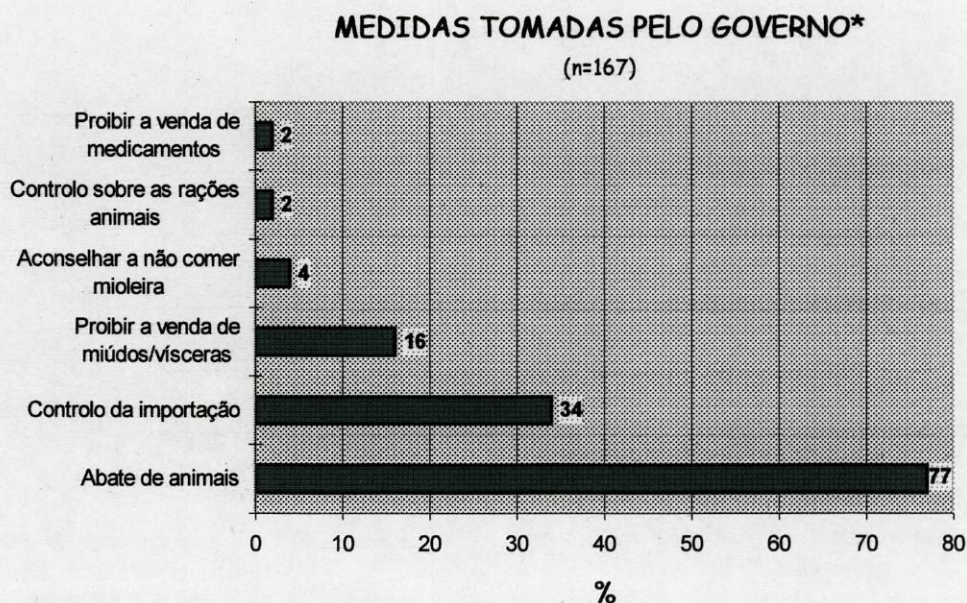


GRÁFICO 10

* A percentagem é superior a 100 porque cada inquirido podia dar mais do que uma resposta.

V. DISCUSSÃO

A bibliografia sobre as reacções dos consumidores à divulgação de riscos com a alimentação em geral e, em particular sobre a BSE, é escassa.

No entanto, segundo Margareta Wandel, houve, nas últimas décadas, um aumento do interesse por parte dos consumidores acerca dos riscos para a saúde relacionados com os alimentos e a alimentação.¹⁸

Por um lado, encontram-se os riscos relacionados com a composição nutricional dos alimentos e, por outro, os perigos produzidos pelas mudanças tecnológicas e industriais, tais como contaminantes, resíduos químicos e de antibióticos, manipulação genética, entre outros.¹⁸

Se, para os especialistas em nutrição, os riscos maiores para a saúde ligados à alimentação são, por ordem decrescente, o consumo excessivo, a escolha errada dos alimentos, o aumento da densidade energética, a perda do valor nutricional, os contaminantes alimentares e aditivos alimentares, para o consumidor, os riscos são avaliados na ordem inversa: os aditivos e os contaminantes alimentares continuam a ser uma grande fonte de preocupações. A percepção dos riscos é assim determinada pela formação e pelas necessidades de cada grupo social.¹⁹

Num estudo onde foram inquiridos nove mil consumidores Europeus, as principais características de um alimento ideal foram o ser saudável (63%), não conter substâncias nocivas (57%) e ser natural (53%). Atributos

associados ao sabor e preço pareciam ser considerados menos importantes por este grupo de inquiridos.²⁰

Estes resultados demonstram que os consumidores, quando adquirem um produto alimentar, esperam que ele não seja prejudicial para a saúde. A recente crise da BSE assim o comprova: os consumidores rejeitaram a carne de bovino pois receiam que exista possibilidade de contrair uma doença mortal ao ingerirem-na.²⁰

O facto de se dramatizarem estas e outras notícias relacionadas com a alimentação, condiciona a aceitação ou não de certos géneros alimentícios. As reacções a este tipo de notícias são, geralmente, excessivas e, embora temporárias, podem ter efeito a longo prazo.²¹ No nosso estudo, 133 indivíduos (51%) alteraram os seus hábitos alimentares em resposta às notícias divulgadas. Esta alteração foi de curta duração para um número considerável de inquiridos, (n=60), que foram , progressivamente, retomando os seus hábitos de consumo de carne de vaca.

No entanto, é de realçar que, dos 263 inquiridos, 72 (27,4%) continuavam a não consumir carne de vaca, à data do inquérito.

O facto de variados estudos epidemiológicos revelarem uma relação entre uma alimentação desequilibrada (consumo excessivo, escolha errada de alimentos e aumento da densidade energética) e a prevalência de doenças crónico-degenerativas - que são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade precoces - nos países desenvolvidos, não parece preocupar

muito a maioria dos consumidores. Estes estão convencidos que as substâncias químicas são a maior fonte de perigo para a saúde, embora 65% dos consumidores não saiba diferenciar um aditivo de um contaminante.^{19,21}

Margareta Wandel refere num dos seus estudos, e de acordo com Sjödén que, em relação a assuntos relacionados com riscos alimentares, as mulheres são mais preocupadas do que os homens.¹⁸ Também Helen Cohen encontra estes resultados.²² Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com os anteriores: houve mais mulheres a alterar os hábitos alimentares do que homens (73% das mulheres contra 27% dos homens).

Sjödén, no seu estudo na Suécia, encontrou diferenças no que respeita aos grupos etários, sendo que os indivíduos mais velhos eram mais preocupados com os problemas da alimentação do que os mais novos.²³ No nosso estudo não foi encontrada qualquer diferença entre os diferentes grupos etários estudados.

Margareta Wandel, nos grupos estudados na Noruega, encontrou diferenças quanto à escolaridade. Segundo a autora, pessoas com educação universitária eram mais interessadas pelos assuntos relacionados com a alimentação.¹⁸ Pelo contrário, no grupo que estudamos não se observaram diferenças significativas entre os grupos de diferentes escolaridades.

Margareta Wandel, encontrou, nos grupos estudados, diferenças no que respeita às regiões onde o estudo foi feito¹⁸, o que não acontece na nossa amostra. Isto poder-se-á dever ao facto de a nossa amostra não ser representativa da população Portuguesa e ser muito heterogénea geograficamente.

O estudo Pan-Europeu sobre alimentação, nutrição e saúde revelou que as fontes de informação sobre este assunto, mais utilizadas e mais confiadas pelos Portugueses, são os profissionais de saúde.¹⁵ Pelo contrário, no presente estudo apenas 6% dos inquiridos indica os profissionais de saúde como fonte de informação sobre a BSE. Destes 6 %, foram 10 os indivíduos que alteraram os seus hábitos alimentares enquanto 5 não o fizeram.

Num estudo feito por Helen Cohen, no Reino Unido, foram inquiridos 43 médicos e 44 pacientes para determinar se os seus hábitos de consumo de carne foram diferentes durante esta crise. Os pacientes estavam mais dispostos a não consumir carne de vaca e produtos derivados (e mesmo a proibirem as crianças de o fazerem), do que os médicos. Esta autora refere que não é surpreendente que os médicos estivessem menos preocupados com a BSE do que os seus pacientes, devido ao seu conhecimento médico. Mais, se os pacientes soubessem que os seus próprios médicos continuaram a ingerir carne, então poderiam estar menos preocupados.²²

Um outro estudo refere que $\frac{1}{4}$ dos médicos do seu estudo tinha sido contactado pelos seus pacientes para aconselhamento sobre a BSE e a maioria (55%) achava que o seu conhecimento sobre o assunto era inadequado para dar tal aconselhamento.²⁴

Numa sondagem publicada recentemente em Portugal, na qual foram questionados 240 médicos do Porto, Lisboa e Coimbra, sobre se ingeriam ou não carne de vaca e se aconselhavam o consumo aos seus doentes 211 (88%) destes profissionais de saúde referiam ingerir carne de vaca contra apenas 29 (12%) que não o faziam. No entanto, um número menor de médicos (176 - 73%) aconselhava os seus doentes a ingerir este tipo de carne. Estes resultados evidenciam bem as dúvidas e incertezas que ainda rodeiam estas doenças (BSE e DCJ).²⁵

A maior parte da informação sobre a doença foi veiculada pelos meios de comunicação social, com destaque para a televisão. Os profissionais de saúde, ao intervirem muito mais escassamente e fazendo-o através destes meios poderão não ter sido identificados na sua qualidade de técnicos. Para além disso, a maior parte dos inquiridos eram receptores passivos da informação, ou seja, como não procuravam informação também não optavam pelo profissional de saúde para se informarem.

No estudo feito por Schafer e colaboradores, este refere que uma das alterações nos hábitos alimentares causadas pela preocupação com a alimentação, inclui a redução do consumo de carne.²⁶

No nosso estudo, do total daqueles que tinham alterado os seus hábitos alimentares (n=129), 27 (21%) referem que reduziram o consumo de carne e 120 (93%) evitaram o seu consumo.

Cullen e Belis referem que, de todos os consumidores de carnes vermelhas (100 de 120 inquiridos), 54 reduziram o consumo de carne de vaca e 69 de produtos derivados. Um dos grupos deste estudo (45 - 38%) concordou que, uma vez que não há provas que a transmissão da BSE possa não ocorrer, toda a gente deve evitar o consumo de carne e/ou produtos derivados e 18 (15%) concordaram que isto só deveria ser aplicado a crianças e adultos jovens. Pelo contrário, outro grupo (18 - 15 %) tinha opinião contrária: uma vez que o risco de transmissão da BSE aos humanos não está provado, então não há necessidade de evitar o consumo de carne e produtos derivados.²⁷

No nosso estudo, os 60 participantes que retomaram os seus hábitos alimentares fizeram-no por considerarem que já não existia perigo para a saúde e também pelo facto do prazer de comer este tipo de carne superar o medo de contaminação. Os que mantiveram a alteração justificam-se considerando que ainda há perigo no consumo de carne de bovino mas também com a existência de dúvidas e falta de confiança.

A falta de confiança referida pelos consumidores pode estar relacionada com a falta de provas da transmissão da doença e com as medidas tomadas pelas autoridades responsáveis - autoridades sanitárias, Governo - para solucionarem o problema.

Os indivíduos que não modificaram os hábitos alimentares justificam a sua atitude exactamente pela razão de não haver risco provado da transmissão desta doença pelo simples facto de se ingerir esta carne.

Segundo Margareta Wandel, 40% dos consumidores Noruegueses afirmaram não sentirem confiança nas autoridades sanitárias do seu país.¹⁸

Em Portugal, as medidas tomadas pelo Governo para solucionar o problema eram conhecidas por 175 (66%) dos inquiridos do nosso estudo, embora alguns não as enumerassem correctamente, mas 88 (34%) não souberam mencionar nenhuma destas medidas.

Apesar de a maior parte dos inquiridos da nossa amostra conhecer as medidas tomadas pelo Governo para solucionar o problema e se sentirem bem informados acerca da doença não souberam adoptar as medidas preventivas correctas e que seriam abolir o consumo de todos os alimentos de risco.

VI. CONCLUSÕES

- ✓ Uma proporção substancial destes consumidores alterou os seus hábitos alimentares após o surgimento da crise da BSE.
- ✓ As mulheres foram quem mais alterou os hábitos alimentares.
- ✓ A televisão foi o meio de comunicação mais referido pelos consumidores para receberem a informação.
- ✓ Os Profissionais de Saúde praticamente não foram identificados como fontes de informação nesta crise.
- ✓ Os consumidores sentiam-se bem informados acerca da doença e das medidas tomadas pelo Governo Português para solucionar o problema.

Ainda há bem pouco tempo (2 anos) pouco se tinha ouvido falar de uma doença chamada das “Vacac Loucas”. O nome é bastante sugestivo e, quando associado às imagens dos bovinos doentes, impressiona e atemoriza. Se aliarmos o facto desta doença poder ser transmitida ao Homem, os receios aumentam. E, em certa parte, com razão: é uma doença relativamente recente - descrita pela primeira vez há 11 anos - sobre a qual ainda muitos aspectos permanecem por esclarecer e para a qual não se conhece cura.

À medida que o tempo foi passando, desde há 2 anos para cá, mais descobertas se foram fazendo, mas as incertezas continuam a ser mais do que as certezas. Veja-se o exemplo da carne muscular: estava incluída, juntamente com o tecido adiposo e os fluidos corporais, no rol de constituintes corporais cuja infectividade era muito baixa mas, a proibição recente (na 1ª semana de Dezembro de 1997) no Reino Unido, da comercialização de carne com osso contribui para a sensação de incerteza e receio. Na verdade, o músculo contém terminações nervosas dos neurónios, os quais podem conter o PrPres e assim ser contaminante.

Um outro problema se coloca ainda com a utilização de rações de “carne e ossos” na criação de gado: ao fim de milhões de anos de evolução da espécie, o Homem está a transformar herbívoros em carnívoros.

Mesmo que as rações produzidas sejam seguras do ponto de vista higio-sanitário quais serão as implicações na composição corporal do animal? E quais serão as repercussões sobre os seres humanos alimentados com estes animais?

Embora seja necessário agir com prudência em relação a este assunto, é indiscutível que o factor económico - maior produção de carne e leite - não compensa todos estes riscos. É necessário pensar na saúde pública e no bem estar físico e psíquico das populações.

BIBLIOGRAFIA

1. USDA-APHIS questions and answers regarding BSE.
[http:// www.dairy.umd.edu/bse-aph.txt](http://www.dairy.umd.edu/bse-aph.txt)
2. Gore,SM. More than happenstance: Creutzfeldt-Jakob disease in farmers and young adults. BMJ 1996. 311: 1416-18
3. Prusiner, SB. The Prion Diseases. Scientific American, Jan. 1995: 30 -37
4. Rérart, A. Actualités sur L'encéphalopathie Songiforme Bovine. Cah. Nutr. Diét. 1997 32 (2): 83 - 89
5. Collec, JG e Bradley, R. BSE - a decade on-part I. Lancet 1997. 349: 636-41
6. Brown, P. Bovine Spongiform encephalopathy and Creutzfeldt-Jakob disease. BMJ 1996. 312: 790 -1
7. Wise, J. New Variant CJD and BSE are linked. BMJ 1996. 313: 1100
8. Almond, JW. Will spongiform encephalopathy transmit to humans?. BMJ 1995. 311: 1415-1416
9. Lacey, RW.. Bovine spongiform encephalopathy is being maintained by vertical and horizontal transmission. BMJ 1996. 312: 180 - 1
10. Pessoa, C. in jornal "O Público". Quinta feira, 9 de Maio de 1996: 2

11. Miller D.; Reilly J. Food and the Media: Explaining Health Scares. In Feichtinger E, Kohler BM (eds): Current research into eating practices. Contribution of Social Sciences. AGEV Publication Series, vol. 10: 233-235. Frankfurt 1995.
12. Fitzpatrick M. In Living Marxism 1996. N.º 87
13. McEvedy CJ, Basquille J. BSE, Public Anxiety and Private Neurosis Journal of Psychosomatic Research, 1997. 42 (5): 485 - 486
14. Versteegen U, Warne A. Safety assessment versus risk perception. In: Deelstra H, Fondu M, Ooghe W, Havere R. Food Policy Trends in Europe. Nutrition, technology, analysis and safety. Ellis Horwood. New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore. 1990: 167-172
15. de Almeida MDV e colaboradores. Sources used and trusted by nationally-representative adults in the European Union for information on healthy eating. European Journal of Clinical Nutrition 1997. Suppl 2: S16-S22.
16. Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement - A.N. Oppenheim - Pinter Publishers. London & New York. 1992
17. The Registrar General's Social Class Classification. Classification of Occupations, 1980, London, HMSO.
18. Wandel, M.. Understanding Consumer Concern about Food-related Health Risks. British Food Journal 1994. 96 (7): 35 - 40
19. Guiomar SL; de Almeida MDV. Rotulagem alimentar e nutricional. Um inquérito aos consumidores. Rev. Port. Nutr. 1993 , 5 (3): 15 - 31
20. Spitters, P. Citado por Nielson, N.A. in The beef market in the European Union. January 1998. Centre for Market Surveillance, Research and Strategy for the food sector. Working paper n.º 51. Denmark.

21. Huyghebaert A. Trends in the perception of food quality by the consumer - his expectations and needs. In: Deelstra H, Fondu M, Ooghe W, Havere R. Food Policy Trends in Europe. Nutrition, technology, analysis and safety. Ellis Horwood. New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore. 1990: 85-91

22. Cohen H. Doctors are less likely than patients to have stopped eating beef. BMJ 1996. 313: 171-2

23. Sjöden PO. Citado por Wandel, M. in: Understanding Consumer Concern about Food - related Health Risks. British Food Journal. 1994. 96 (7): 35-40.

24. Simpson, C. e colaboradores. Study shows need for better communication between government and doctors. BMJ 1996. 313:

25. Costa, João Vasconcelos in Revista "Viver com Saúde". 1998. N.º 2: 24-31

26. Schafer E. e colaboradores. Safety of the US Food Supply: Consumer Concerns and Behaviour. Journal of Consumer Studies and Home Economics 1993. Vol.17: 137-44.

27. Cullen M; Belis M. Bovine spongiform encephalopathy - Public health officials are confused over whether to eat beef. BMJ 1996. 313:1146

ANEXO 1

INQUÉRITO B.S.E

ISCNAUP

Licenciatura em Ciências da Nutrição

1. Nº IDI |__|__|__|

2. IDENTIFICAÇÃO DO INQUIRIDOR	Nº ID __ __	(não preencher) 2. __ __
3. DATA DO INQUÉRITO	__ __ __ __ __ __ dia mês ano	3. __ __ __ __ __ __
4. ÁREA DO INQUÉRITO _____		
Apresentação do inquiridor e instituição a que pertence.		
Este inquérito destina-se a conhecer melhor alguns aspectos da sua alimentação e outros factores que podem influenciar a sua saúde. As informações que nos irá fornecer serão anónimas e confidenciais e serão utilizadas apenas no âmbito deste estudo universitário.		

5. IDADE __ __	6. SEXO 0 __ F 1 __ M	5. __ __
7. QUANTOS ANOS COMPLETOS DE ESCOLARIDADE TEM? __ __		6. __
8. QUAL A SUA PROFISSÃO? _____		7. __ __
		8. __ __

9. JÁ OUVIU FALAR NA DOENÇA DAS VACAS LOUCAS?	NÃO 0 __ SIM 1 __	9. __
10. ATRAVÉS DE QUEM OUVIU FALAR DA DOENÇA?		10. __
RÁDIO 1 __	JORNAIS E REVISTAS 2 __	__
ESCOLA/TRABALHO 3 __	TELEVISÃO 4 __	__
AMIGOS OU FAMILIARES 5 __	PROFISSIONAIS DE SAÚDE 6 __	__
OUTROS 7 __	QUEM?	__
_____		__

11. NA ALTURA EM QUE SE COMEÇOU A FALAR DA DOENÇA (ABRIL, MAIO 95), ALTEROU OS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES ?

(não preencher)

0 NÃO |__| 11.1 SE NÃO, PORQUÊ? _____

Passa para p. 15

11. |__|

1 SIM |__| 11.2 SE SIM, DE QUE FORMA ? _____

12. SUSPENDEU TOTAL (T) OU PARCIALMENTE (P) O CONSUMO DE ALGUNS ALIMENTOS ?

12.

CARNE DE VACA	1	__
CARNE DE VITELA	2	__
HAMBURGUERS BOVINO	3	__
RISSÓIS, CROQUETES, EMPADAS...	4	__
MIOLEIRA	5	__
TRIPAS	6	__
FÍGADO	7	__
CORAÇÃO	8	__
LÍNGUA	9	__
BOFES	10	__
MÃO DE VACA	11	__
RABO DE BOI	12	__

BOVINO

PATÊ	13	__
CALDOS DE CARNE	14	__
GELATINAS	15	__
PRATOS DE CARNE	16	__
LEITE	17	__
QUEIJO	18	__
IOGURTE	19	__
GELADOS DE LEITE	20	__
MANTEIGA	21	__
MARGARINA	22	__

1	__	13	__
2	__	14	__
3	__	15	__
4	__	16	__
5	__	17	__
6	__	18	__
7	__	19	__
8	__	20	__
9	__	21	__
10	__	22	__
11	__	23	__
12	__		

23 OUTROS? _____

13. SUBSTITUIU ESTE(S) ALIMENTO(S) POR OUTROS ?

NÃO 0 |__| SIM 1 |__|

13. |__|

13.1 QUAIS ? _____

14. JÁ RETOMOU OS SEUS HÁBITOS DE CONSUMO ?

NÃO 0 |__| SIM 1 |__|

14. |__|

14.1 PORQUÊ ? _____

14.2 SE SIM, PASSADO QUANTO TEMPO ? _____

15. DURANTE ESTE PROCESSO SENTIU-SE BEM INFORMADO SOBRE ESTE ASSUNTO ?

NÃO 0 |__| SIM 1 |__|

15. |__|

15.1 PORQUÊ ? _____

15.2 O QUE GOSTARIA DE SABER ACERCA DO ASSUNTO ? _____

16. CONHECE AS MEDIDAS TOMADAS PELO GOVERNO PARA SOLUCIONAR ESTE PROBLEMA ?

NÃO 0 |__| SIM 1 |__|

16. |__|

16.1 SE SIM, QUAIS ? _____

Ass. _____

ERRATA

Na pergunta n.º 11, segunda linha, onde se lê “(ABRIL/MAIO 95)” deve ler-se “(ABRIL/MAIO 96)”.

Na pergunta n.º 13, primeira linha, onde se lê “SUBTITUIU” deve ler-se “SUBSTITUIU”.

Estas incorrecções no INQUÉRITO B.S.E. não influenciaram as respostas obtidas uma vez que se trata de um inquérito de administração indirecta e os inquiridos tiveram conhecimento das mesmas antes de o aplicarem.