



SOCIEDADE  
CRISE E RECONFIGURAÇÕES

# VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

---

AMBIENTE E SAÚDE INFANTIL – PERCEPÇÕES, PRÁTICAS E CONSUMOS

---

FONSECA, Susana,  
Mestre em Turismo, Ambiente e Identidades Locais  
ISCTE – IUL  
susanafonseca@yahoo.com

---

NAVE, Joaquim Gil  
Doutoramento em Sociologia  
ISCTE – IUL  
joaquim.nave@iscte.pt

---

PEREIRA, Maria João  
Doutoramento em Geoestatística  
Instituto Superior Técnico  
maria.pereira@ist.utl.pt

---

RIBEIRO, Manuel  
Mestre em Estatística e Gestão de Informação – especialização em Sistemas de Informação Geográfica, Demográfica e Ambiental  
Instituto Superior Técnico  
manuel.ribeiro@ist.utl.pt

---

SANTOS, Fernanda

Licenciada em Medicina (Saúde Pública); Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde Pública

Administração Regional da Saúde do Alentejo

fernanda.santos@alentejolitoral.min-saude.pt



## Resumo

Investigação realizada pela OMS demonstra que as causas ambientais são um dos principais factores que influenciam a saúde das crianças com menos de 5 anos. Problemas como a poluição do ar exterior e interior estão entre os principais factores de risco de origem ambiental para as crianças nos países desenvolvidos.

Tendo em consideração que na região do Alentejo Litoral está instalado um dos principais clusters industriais em Portugal, procurou-se avaliar o impacto que a poluição industrial pode estar a ter nas populações e, muito em particular, nas crianças com menos de 2 anos de idade, através no projecto GISA. Para tal foram realizados inquéritos a mais de 1600 mães dos concelhos da região, bem como 20 entrevistas. A informação recolhida permite monitorizar indicadores sócio-económicos e culturais que poderão assumir um papel relevante na saúde das crianças. Permite ainda conhecer as percepções das mães sobre relações potenciais entre factores estruturais, práticas quotidianas, consumo e a saúde das crianças.

Os resultados apontam no sentido de uma reduzida percepção dos possíveis impactos dos diferentes indicadores em análise sobre a saúde das crianças, particularmente dos relacionados com práticas quotidianas. A elevada confiança depositada nos profissionais de saúde enquanto conselheiros sobre as melhores práticas, associado ao facto destes não integrarem no seu aconselhamento muitos das práticas e factores em análise, surge como uma interessante hipótese de trabalho.

## Abstract

Research conducted by the WHO has been showing that environmental causes are one of the main factors influencing children's health under five years old. Outdoor and indoor air pollution are among the main risk environmental factors for children living in the developed world.

Considering that Alentejo Litoral region has one of the largest industrial clusters in Portugal, the GISA project was implemented with the aim of studying the impact of industrial pollution on population and most specifically, on children under two years. In order to achieve this objective a survey to more than 1600 mothers living in the region was applied together with 20 in depth interviews.

With these instruments it was possible to gather information on social, economic and cultural indicators, as well as on mother's perceptions regarding structural factors, day-to-day practices, consumption and children's health.

Results show that the perception of the potential impacts different indicators under study may have on children's health is low, especially regarding those related to routine practices. The role health professionals have on advising mothers (future or present) and the fact that most of these more mundane practices are not among the common advices given to mothers, may be a good working hypothesis to explain the results.

Palavras-chave: ambiente, saúde, crianças, risco

Keywords: environment, health, children, risk

PAP0739



## 1. Introdução

Investigações realizadas pela Organização Mundial de Saúde demonstram que as causas ambientais são um dos principais fatores que influenciam a mortalidade/morbilidade das crianças com menos de 5 anos. Problemas como a poluição do ar exterior e interior, contaminação da água, produtos tóxicos e a degradação dos ecossistemas estão entre os principais fatores de risco de origem ambiental para as crianças. Nos países desenvolvidos a poluição do ar (seja exterior, seja interior) surge como uma das preocupações principais em termos de impactos sobre a saúde das crianças.

Tendo em consideração que na região do Alentejo Litoral está instalado um dos principais clusters industriais em Portugal, um consórcio de diferentes organizações<sup>1</sup> juntaram-se para procurar avaliar o impacto que a poluição industrial pode estar a ter nas populações e, muito em particular, nas crianças através do projecto GISA – Gestão Integrada de Saúde e Ambiente na região do Alentejo Litoral.

Para o cumprimento deste objectivo foram realizados inquéritos presenciais a mais de 1600 mães dos concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira, tendo estes sido complementados com 20 entrevistas em profundidade. A informação recolhida diz respeito a indicadores de saúde, mas também sócio-económicos (profissão, condições de habitabilidade, contexto familiar) e culturais (estilos de vida; práticas alimentares, de cuidado pessoal e de consumo; práticas relacionadas com a saúde) que, a par com os factores exógenos da poluição do ar, poderão assumir um papel relevante na saúde das crianças.

## 2. Enquadramento

A pesquisa, na área das Ciências Sociais, relativa ao tema da saúde, tem vindo a alargar-se nos últimos anos, ao mesmo tempo que o tema da saúde ganhou relevo na sociedade. De uma forma um pouco simplificada podemos afirmar que um dos eixos principais de investigação tem sido o relativo à resposta às situações de doença – sistemas de saúde (público/privado, modelos de gestão), novas formas de medicina (biomedicina, novas definições do que é saúde e doença) e o papel das novas tecnologias de informação e comunicação.

Um outro grande eixo acaba por ser o da relação paciente/médico ou a de utente/prestador do serviço, onde os aspectos mais focados tendem a ser os relativos à participação, à inclusão, à comunicação entre estes dois pólos e no debate sobre medicina e saúde em diferentes contextos culturais e políticos.

Por último, é importante sublinhar o eixo relativo à articulação da saúde com problemas sociais e políticos e com temáticas como os direitos humanos. É aqui que podemos encontrar o enquadramento para a temática central projecto GISA – a relação entre ambiente a saúde - algures entre aquilo a que se chamou “velha” e a “nova” saúde pública (Nunes, 2006).

A perspectiva tradicional da saúde pública tende a centrar-se em “problemas de condições precárias de vida e de privação que constituem terreno de eleição para doenças infecciosas hoje preveníveis e tratáveis” (Nunes, 2006: 10). A nova perspectiva da saúde pública surge como resposta “aos problemas de saúde associados às acções e intervenções humanas”, no seguimento na “concepção das sociedades contemporâneas como sociedades de risco” (Nunes, 2006: 10).

Esta nova área de abordagem da saúde pública é caracterizada pela incerteza e pela dificuldade em encontrar um consenso generalizado entre os especialistas e coloca questões muito relevantes ao “modelo vigente na área da epidemiologia e aos conceitos de causalidade a ele associados”. Os problemas em análise colocam ainda desafios importantes pelo seu “potencial grande alcance no espaço ou no tempo” e pela sua eventual “irreversibilidade” (Nunes, 2006: 13).

Perante uma realidade complexa e de grande incerteza, a relação entre ambiente e saúde é um palco privilegiado para redefinir os saberes relevantes e para estimular a estruturação de sistemas que permitam a identificação precoce dos sinais da existência de um problema. A operacionalização do princípio da precaução nas políticas públicas e, em particular, nas intervenções em saúde pública, surge como um elemento fundamental perante o objectivo de proteger a população.

A desadequação dos métodos de aferição dominantes para avaliar os impactos conjugados de diferentes substâncias poluentes num mesmo indivíduo, tendo ainda em conta as suas vulnerabilidades específicas (idade, género, condições sociais e económicas), tem alimentado grande controvérsia e colocado em relevo a dificuldade de adaptação das estruturas sociais encarregues de zelar pela arquitectura institucional que procura vigiar e agir na promoção da saúde das populações.

Em todo o debate em torno da relação ambiente e saúde, o tema dos grupos vulneráveis assume particular destaque. De entre estes grupos, as crianças têm merecido particular atenção. Quer a Organização Mundial de Saúde, quer a Agência Europeia do Ambiente dedicaram um relatório conjunto a este tema já há mais de uma década, mais concretamente em 2002, tendo o debate, no espaço europeu, começado a intensificar-se em finais da década de 80.

## **2.1. O contexto internacional**

A relação entre saúde e ambiente tem vindo a merecer a atenção dos mais altos níveis da hierarquia internacional da regulamentação na área da saúde desde, pelo menos, 1989, quando teve lugar a 1ª Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde, em Frankfurt. Deste encontro resultou um documento político denominado a Carta Europeia de Ambiente e Saúde, o objectivo de fundar um centro europeu da Organização Mundial de Saúde sobre ambiente e saúde e de realizar uma conferência de seguimento no prazo de 5 anos. Após esta conferência realizaram-se várias outras – em 1994 em Helsínquia, em 1999 em Londres, em 2004 em Budapeste e em 2010 em Parma.

Na 4ª Conferência Ministerial (2004) o tema das crianças enquanto grupo particularmente vulnerável à relação ambiente saúde foi central. Os países comprometeram-se a implementar o Plano de Acção Europeu Ambiente e Saúde para as Crianças, tendo sido publicado um documento orientador, o “Children’s health and environment - Developing Action Plans”.

O enfoque dado às crianças decorre, essencialmente, de quatro factores chave que as tornam particularmente vulneráveis no contexto do tema ambiente e saúde, nomeadamente o facto das crianças:

1. Estarem a crescer e de o período de desenvolvimento as tornar particularmente sensíveis a acção de muitos poluentes ambientais;
2. Se comportarem de forma diferente dos adultos: deslocam-se mais próximos e brincam junto ao chão; comem mais e bebem mais do que um adulto (quando se considera o seu peso); tendem a colocar mais objectos na boca; não tem uma noção tão clara dos comportamentos de risco e do que tal pode implicar para o seu bem-estar;
3. Terem uma esperança média de vida superior à dos adultos, o que implica que têm um período de exposição mais longo;
4. Terem menos controlo, do que os adultos, sobre o ambiente que os rodeia.

Na 5ª Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde, que teve lugar em 2010, a atenção manteve-se muito centrada no tema das crianças num ambiente em mudança.

## **2.2. Ambiente e Saúde em Portugal**

No seguimento das reuniões realizadas a nível Europeu no que concerne à temática ambiente e saúde, em Helsínquia, em 1994, foi aprovada uma Declaração sobre Acção para o Ambiente e Saúde na Europa onde foi incluído, no ponto 10 da mesma, o compromisso, assumido pelos países envolvidos na iniciativa, de desenvolverem, o mais tardar até 1997, Planos Nacionais de Acção sobre Ambiente e Saúde. Na conferência realizada em Budapeste, em 2004, foi estabelecido o compromisso de actualizarem os seus Planos Nacionais tendo em atenção os resultados da Conferência, devendo ser dada particular atenção ao grupo das crianças, em relação ao qual deveria ser desenvolvido um Plano de Protecção contra os Perigos Ambientais (até 2007).

Portugal aprovou o seu Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde apenas em 2008<sup>ii</sup> com a colaboração de diferentes Ministérios. Uma análise do extenso documento produzido indica-nos que, com excepção da parte introdutória do Plano, o grupo particular das crianças não parece merecer qualquer referência ou intervenção específica, ao longo dos vários objectivos, vectores de intervenção e acções programáticas que compõem cada um dos vectores, o que acaba por representar um incumprimento face aos compromissos assumidos, particularmente na conferência ministerial de 2004, de desenvolver acções específicas (tendo sido sublinhada a possibilidade de se delinear um plano específico) para o grupo das crianças.

### **3. Principais objectivos do estudo**

Os objectivos do projecto Gisa – Gestão Integrada da Saúde e do Ambiente no Litoral Alentejano passam por explorar o grau de associação entre a qualidade do ar na região do Alentejo Litoral e a frequência, no tempo e no espaço, de ocorrência de anomalias no desenvolvimento das crianças ao longo dos dois primeiros anos de vida (ocorrências de baixo peso à nascença, partos pré-termo e desenvolvimento estatoponderal deficiente). Assim, não se pretende apenas verificar que poluição existe ou quais as percepções de risco a ela associadas, mas procurar analisar relações entre poluição, indicadores de saúde e percepções.

Tendo em consideração o período de desenvolvimento do projecto, foi estabelecido que a população em estudo corresponderia a todas as crianças nascidas entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2010, nos municípios de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines.

Para esta análise, procedeu-se à recolha de informação sobre um conjunto de indicadores de saúde de cada criança, tarefa que foi complementada pela recolha de informação sobre as percepções relativas a factores de risco para a sua saúde (factores de contexto, estilos de vida, consumo), tendo-se, para tal, recorrido à inquirição das mães através de inquérito e posteriormente de entrevista.

De seguida serão apresentados os principais resultados do projecto no que concerne às percepções de risco e práticas quotidianas com potenciais impactos para a saúde das crianças, integrando os dados do inquérito aplicado e das entrevistas realizadas.

## **4. Resultados principais**

### **4.1. Caracterização da população envolvida no estudo**

Como já foi referido anteriormente, a população considerada neste estudo corresponde a todas as crianças nascidas entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2010, nos municípios de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines. Para este período, foram estimados cerca de 2400 nascimentos. Ao todo foi possível recolher informação sobre 1663 crianças, o que equivale a cerca de 70% da população estimada.

### **4.2. Caracterização do agregado familiar**

Os pais são, em clara maioria, de nacionalidade portuguesa (quer entre as mães, quer entre os pais, cerca de 91% são portugueses), sendo o grupo etário mais frequente entre os 30 e os 39 anos (61% das mães e 59% dos pais), seguido do grupo etário de menos de 30 anos, no caso das mães (30%), e do grupo etário de 40 anos ou mais, no caso dos pais (23%). Em suma, os pais tendem a ser um pouco mais velhos do que as mães.

Em termos de escolaridade, verifica-se que as mães tendem a possuir um grau mais elevado, sendo o mais frequente o “ensino secundário” (31%), seguido do “3º ciclo” (28%) e do ensino superior” (21,5%). Como seria de esperar num inquérito voluntário e que abrange faixas etárias mais novas, os escalões superiores de habilitações estão inflacionados, face à distribuição na população da NUT III – Alentejo Litoral. Entre os pais, o grau de escolaridade mais frequente é o “3º ciclo” (35%), seguido do “secundário” (24%), do “2º ciclo” (18%) e do “ensino superior” (11%).



Em quase metade da amostra, a criança em análise é o primeiro filho e em cerca de 38,5% é o segundo. Apenas em 12% da amostra existem 3 ou mais filhos.

### 4.3. Caracterização das condições de habitabilidade

No que concerne às eventuais fontes de risco na proximidade da habitação, e muito embora estejamos a lidar com percepções de proximidade, o facto é que, quando colocadas perante uma lista alargada de infra-estruturas (aberta à possibilidade de serem referidas outras não consideradas na listagem inicial), e podendo assinalar todas as respostas aplicáveis à sua situação, praticamente um terço da amostra inquirida refere que a sua habitação está próxima de uma estrada com muito trânsito e 26% assinala a proximidade de áreas agrícolas (o que não é de estranhar face à localização geográfica, bem como a vocação ainda marcadamente agrícola de alguns dos concelhos abrangidos pelo estudo). Os postos de abastecimento de combustíveis surgem também referidos com alguma frequência (20%), bem como padarias com fabrico no local e oficinas de reparação automóvel (16%).

Quando nos centramos no interior das habitações, é importante analisar um conjunto de práticas que habitualmente envolvem a utilização de diferentes substâncias químicas. Procurou-se perceber, de um conjunto de produtos (listagem fechada) que podem ser usados no dia-a-dia e que podem ter eventuais impactos na saúde humana, quais os que mais frequentemente eram usados pelas mães inquiridas. Produtos como vernizes, fitofarmacêuticos, tintas, ceras e mesmo combustíveis, tendem a ser utilizados com pouca regularidade. Aliás, todos (com excepção das tintas) assumem valores mais expressivos na opção de resposta “nunca utiliza”. Da lista apresentada, a lixívia e outros desinfetantes são os produtos utilizados com maior frequência (muita ou alguma), seguidos dos sabonetes e gel de banho antibacterianos, os detergentes antibacterianos, os detergentes perfumados e os difusores para melgas e mosquitos. De sublinhar ainda que se considerarmos apenas a opção de resposta “muito frequente” verificamos que são os sabonetes e gel de banho antibacterianos que recolhem um número de respostas mais elevado (cerca de 27%).

Tabela 1. Frequência de utilização em sua casa

	Muito frequente	Alguma frequência	Pouca frequência	Nunca	NS/NR
<b>Vernizes e diluentes</b>	0,5	2,3	20	60,4	16,8
<b>Pesticidas, insecticidas e fungicidas</b>	0,4	4	21,6	72,4	1,7
<b>Tintas</b>	0,2	4,6	50,9	44,1	1,6
<b>Ceras (chão; móveis)</b>	1,4	8,9	18,9	69,2	1,7
<b>Ambientadores</b>	10	25,2	23,6	39,6	1,6
<b>Detergentes com perfume intenso</b>	6,4	18,5	22,6	50,2	2,3
<b>Detergentes antibacterianos</b>	10,5	26,1	18,2	43,7	1,6
<b>Lixívia e outros desinfetantes</b>	17,3	46,7	25,7	8,8	1,6
<b>Difusores contra melgas e mosquitos</b>	4,4	14,9	20,3	58,8	1,7
<b>Combustíveis (acendalhas/óleos/lubrificantes)</b>	1,9	15,8	25	55	1,9
<b>Sabonetes/gel de banho antibacteriano</b>	26,7	18,6	12,3	40,5	1,9

N – 1663

Durante as entrevistas procurou-se explorar alterações que possam ter ocorrido ao nível da utilização de algumas destas categorias de produtos durante a gravidez e o período inicial do nascimento da criança.

No que diz respeito aos produtos de limpeza o que se observa de forma mais clara é uma redução na utilização de alguns desinfetantes, como a lixívia, que foi repetidamente referida enquanto produto eliminado, em muitos casos de forma total, durante a gestação. Ainda que as razões apontadas abranjam, em alguns testemunhos, o cuidado com potenciais efeitos no bebé em formação, o mais comum é mesmo as mães referirem que “se sentiam mal” com o cheiro da lixívia. Aliás, os cheiros intensos de alguns detergentes também surgem como justificação para a redução ou o abandono da sua utilização durante a gestação, mas neste caso, o enfoque nas crianças tende a ser mais marcado.

Fazendo a ponte com o tema abordado nos parágrafos anteriores, a utilização de ambientadores e velas aromáticas em casa durante o período de gestação e após o nascimento da criança foi outro dos aspectos que foi explorado ao nível das entrevistas. Como os resultados do inquérito indicam, o uso desta categoria de produtos não é muito marcado na amostra e em vários casos, mesmo quando é referida a sua utilização, esta tende a ser esporádica. Ainda assim, várias entrevistadas referem não ter alterado a sua utilização durante a gravidez e após o nascimento dos seus filhos, nem expressam qualquer percepção de risco em relação a esta categoria de produtos, sendo esta a posição maioritária entre as entrevistadas. Para aquelas que já apresentam alguma sensibilidade existem algumas estratégias para procurar conjugar a prática de uso de ambientadores ou velas aromáticas e a minimização de impactes sobre as crianças, seja pela escolha dos momentos para a sua utilização, seja pela escolha de tecnologias que, à partida, acarretarão um menor risco, mas para outras entrevistadas, a percepção do risco é marcada e molda, indelevelmente, as suas práticas.

Portanto, olhando para os dados disponíveis é possível identificar algumas tendências relevantes. Por um lado, a tendência para valorizar algumas características enquanto indiciadoras de uma situação de risco para a saúde – cheiros. Por outro, o facto de a percepção de risco não ser muito marcada em relação a um conjunto de práticas que marcam o quotidiano dos agregados.

#### 4.4. Rotinas quotidianas e hábitos alimentares durante a gestação e amamentação

Um dos factores fundamentais no período de gestação e uma das áreas às quais é dada maior importância em termos de acompanhamento médico é a da alimentação da grávida. Nesta amostra, 75% das mães referem ter alterado os seus hábitos alimentares durante a gravidez, sendo que cerca de 60% sublinham o aconselhamento médico e do pessoal de enfermagem como a principal razão para a mudança. 27% dizem mesmo ter sido esta a única razão, ao passo que os restantes a apontam como uma das razões, em conjugação com outras (como a decisão própria). Situações como a ausência de imunidade à toxoplasmose ou a existência de doenças como a diabetes surgem por várias vezes associadas à indicação de alterações nos hábitos alimentares por aconselhamento médico.

De forma autónoma ou em conjugação com outras razões, quase 50% da amostra aponta para a influência da sua própria decisão na alteração dos comportamentos alimentares (onde assinalam questões como o aumento de peso, alterações no apetite, etc.).

Tabela 2. Alteração dos hábitos alimentares

Alteração dos hábitos alimentares	N	%
Não	380	23
Sim	1253	75
NS/NR	30	2
Total	1663	100

Ainda que, em relação a esta questão, exista alguma pressão para a resposta conveniente (desde logo porque as entrevistadoras eram enfermeiras, algumas delas colaboradoras regulares nos Centros de Saúde), os dados parecem indicar que, na amostra, houve a adopção de um conjunto de boas práticas alimentares durante a

fase de gestação ou que, no mínimo, existe uma quase plena consciência sobre quais devem ser os cuidados alimentares durante a fase da gestação. Assim, observa-se a redução generalizada do consumo de alguns dos produtos que poderiam representar um maior problema para a saúde do bebé e mesmo da mãe (café, enchidos, mariscos e doces). No lado oposto, encontramos o leite e iogurtes, o peixe, os legumes, a fruta e a água. O consumo de carne (de vários tipos), de frango no churrasco (a carvão), salmão, atum e ovos manteve-se, relativamente, estável. Sobre estes últimos consumos vale a pena chamar a atenção para um em particular – o atum. Ainda que em Portugal não exista nenhum aviso público concreto que desaconselhe o consumo de atum por parte de gestantes (ao contrário do que acontece em Espanha e em vários outros países), parece-nos de referir que o número de pessoas que diminuiu o consumo é idêntico ao número de pessoas que o aumentou, sendo que 67% das mães referem não ter alterado o consumo, certamente por desconhcerem qualquer tipo de informação que a isso indicasse. Esta questão era constituída por um conjunto de opções pré-definidas, havendo a hipótese das inquiridas acrescentarem situações que não estivessem contempladas.

Tabela 3. Alterações nos hábitos alimentares durante a gravidez (mães que referiram ter alterado)

	<b>Comeu +</b>	<b>Comeu -</b>	<b>Não alterou</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>NS/NR</b>
<b>Enchidos</b>	1,5	52,9	21,9	23,5	0,2
<b>Salmão fumado</b>	0,9	9,5	10,1	79,3	0,2
<b>Frango no churrasco (carvão)</b>	14	7,8	75	3	0,2
<b>Carne de porco</b>	3,5	29,7	63,6	3,2	0,1
<b>Carne de vaca</b>	6,5	18,3	59,2	15,9	0,1
<b>Salmão</b>	6,5	4	41,5	47,8	0,2
<b>Peixe</b>	56,7	1,9	41	0,4	0,1
<b>Atum</b>	9,1	9	67,1	14,7	0,1
<b>Leite</b>	60,4	2	32,8	4,7	0,1
<b>Legumes</b>	75,6	1,5	22,9	0,1	0
<b>Fruta</b>	78,2	1,3	20	0,3	0,1
<b>Ovos</b>	3,1	29,8	64	2,9	0,2
<b>Marisco</b>	2,2	59,4	20,4	17,8	0,1
<b>Iogurtes</b>	54,6	3,2	40,7	1,4	0,1
<b>Doces</b>	12,5	48,8	31,4	3,4	0,1
<b>Café</b>	0,7	55,6	14,2	29,4	0,1
<b>Vinho</b>	0,2	10,8	6,3	82,6	0,2
<b>Água</b>	84	0,9	14,6	0,4	0,1

N – 1253

A questão do consumo de atum (cujas recomendações de moderação estão associadas à sua tendencialmente elevada carga de metais pesados), bem como de alguns peixes comuns na dieta nacional (como o peixe espada, particularmente o peixe-espada preto), pode levar-nos a reflectir sobre os mecanismos que conduzem (ou entravam) à integração de um conjunto de conselhos, eventualmente, inovadores e tendencialmente rodeados de alguma controvérsia, no aconselhamento a grávidas e mães (situações onde a aplicação do princípio da precaução poderia fazer sentido). De facto, quer ao nível de

alguns dos hábitos alimentares, quer de alguns comportamentos quotidianos ligados à limpeza da casa e aos cuidados pessoais, não parece existir uma percepção sobre a controvérsia que envolve algumas práticas e produtos/substâncias que povoam o quotidiano das grávidas e das crianças.

Para além da temática da alimentação durante a gestação, onde os testemunhos recolhidos através de entrevista vão ao encontro dos dados recolhidos através do inquérito, procurou-se ainda explorar esta mesma temática, mas agora relacionada com o bebé/criança, ou seja, procurar compreender, até que ponto, a alimentação das crianças reflecte a percepção de risco da família nesta área. De forma genérica é possível dizer que os dados recolhidos nas entrevistas deixam entrever a consciência das diferenças subjacentes a um consumo de produtos produzidos de forma menos intensiva versus o consumo de produtos de produção mais intensiva.

Para as entrevistadas o local de compra parece, automaticamente, dar indicações sobre a origem e a qualidade dos produtos. Comprar no mercado é associado a comprar produtos mais frescos, naturais, locais, duráveis. As compras “informais” (junto de vizinhos, colegas ou amigos) ou o poder dispor de produtos com origem em hortas familiares são referidos com frequência como situações positivas e indiciadoras da qualidade dos alimentos. Contudo, comprar os alimentos sem conseguir integrar cuidados com a origem dos mesmos (mesmo quando essa percepção existe), acaba por ser a situação mais comum. Ainda assim, por vezes, há a procura de definir estratégias que minimizem a eventual presença de substâncias nocivas nos alimentos, nomeadamente, através do consumo de produtos da época.

Também no que concerne à alimentação das crianças, as mães não parecem ter recebido qualquer recomendação em termos do peixe a consumir, ou antes, a evitar, uma vez que quando questionadas sobre eventuais restrições alimentares em geral e na área do pescado em particular, não foram verbalizados quaisquer cuidados específicos ou referidas quaisquer especificações que lhes tenham sido transmitidas.

Contudo, quando confrontadas com um conjunto de palavras e com o conhecimento que possuíam sobre elas, a associação entre o peixe e metais pesados, especificamente o mercúrio, surge com alguma frequência. Ainda assim, quando questionadas anteriormente sobre restrições alimentares aplicadas na área do peixe, esta associação nunca foi referida.

No seu conjunto, estes resultados parecem apontar para a existência de um enfoque muito particular no que concerne ao aconselhamento sobre alimentação, seja no que diz respeito à grávida, seja no que diz respeito ao bebé. O enfoque parece ser quase exclusivamente centrado numa visão tradicional da nutrição e da sua ligação a temas como a obesidade, a diabetes, possíveis infecções e alergias (esta última mais acentuada na primeira fase de vida da criança). O aconselhamento para a qualidade em termos de modo de produção dos alimentos ou da eventual presença de algumas substâncias com potencial efeito sobre a saúde a longo prazo, particularmente por estarmos perante dois dos grupos classificados como vulneráveis (crianças e grávidas), parece estar praticamente ausente das práticas de aconselhamento médico e de enfermagem. Se porventura o grau de controvérsia em torno de algumas das substâncias visadas pode ser suficientemente desencorajador para que sejam emitidas directrizes no sentido de alterar as práticas de aconselhamento, tal não acontece em relação a todas (por exemplo a presença de mercúrio em algumas espécies de peixe ou de nitratos em alguns vegetais, que foram alvo de aconselhamento específico pelas autoridades espanholas), pelo que a sua completa ausência em Portugal, certamente, ficará a dever-se a deficiências no processo de actualização e transmissão de conhecimentos, linha de investigação que representará o próximo passo desta equipa de investigação.

Pelos dados recolhidos é possível perceber que a fase da gravidez e amamentação não é propícia a grandes alterações de hábitos quotidianos, no que concerne aos cuidados de higiene e de uso pessoal. Com excepção do uso significativamente mais pronunciado de cremes corporais, todos os restantes produtos ou mantêm a sua utilização ou há uma pequena redução. Apenas no caso da coloração do cabelo se observa uma sensibilidade maior quanto aos impactos que pode ter na saúde, uma vez que, nesta fase, cerca de 62% das mulheres que habitualmente assumem esta prática, referem ter diminuído a sua frequência.

Estes resultados parecem indicar uma ausência de conhecimento/informação/percepção sobre a complexa problemática da presença das substâncias químicas (e seus potenciais impactos na saúde humana, sejam estes

mais ou menos controversos do ponto de vista científico) no nosso quotidiano, uma vez que poucas foram as alterações significativas observadas. Não deixa de ser interessante verificar as diferenças registadas entre as alterações num conjunto de práticas de cuidados pessoais e as alterações ao nível da alimentação, onde, com uma frequência bem mais acentuada, se observam alterações (ainda que, nesse caso, a questão se cinja ao período da gestação). É de esperar que estes resultados espelhem o enfoque por parte dos profissionais de saúde na área da alimentação no sentido de prevenir situações de aumento excessivo de peso, diabetes, hipertensão, etc., durante o período da gravidez, em detrimento de outras áreas menos consensuais e mais complexas como é a da proliferação de substâncias químicas nos diferentes contextos do quotidiano de cada um (casa, trabalho, lazer).

Os testemunhos recolhidos durante as entrevistas espelham um pouco a distribuição das respostas ao inquérito no que diz respeito às tintas para o cabelo, uma vez que a referência à toxicidade é relativamente comum. Contudo, não deixa de ser interessante notar que, em alguns casos, as entrevistadas procuraram “contornar” a percepção de risco, quer usando o aconselhamento de pessoal médico, quer minimizando o risco, comparando-o com outras situações, também elas, de risco.

A escolha dos cremes corporais para a mãe foi, muitas vezes, o resultado de aconselhamento médico ou de amigas e familiares que passaram pela mesma situação e em nenhum momento, durante as entrevistas, foi feita qualquer alusão às substâncias presentes nos cremes terem sido um critério para a escolha. Antes, foi o aspecto da eficácia “comprovada” através do aconselhamento médico e de amigas e familiares que foi considerado o argumento chave para a escolha final.

Para além das escolhas da mãe relativas a práticas de cuidado pessoal, pareceu-nos particularmente relevante explorar através das entrevistas os factores determinantes nas escolhas relacionadas com o bebé também nesta área.

No que diz respeito aos produtos de higiene, os primeiros tempos acabam por estar muito marcados pelas ofertas de amigos, familiares e mesmo na maternidade. Tal como quando falámos dos cremes corporais usados pelas mães durante a gravidez, também no caso dos produtos de higiene do bebé o aconselhamento médico e, principalmente, o aconselhamento obtido através das redes de sociabilidade mais próximas, assumem grande relevo. O facto de ser adquirido na farmácia, de ser de uma determinada marca disponibilizada na maternidade ou de ser de uma marca já utilizada por pessoas próximas, são elementos importantes para a escolha final.

Ao nível de preocupações que denotem a percepção de eventuais impactos para a saúde do bebé decorrentes de substâncias que constituem estes produtos de higiene, são poucas as referências recolhidas, mas é de notar que elementos visíveis como o “cheiro” continuam a marcar presença. Mesmo quando há algum pré-conhecimento sobre a existência de substâncias que podem acarretar algum risco (por exemplo quando a própria embalagem refere que o produto não contém esta ou aquela substância), tende a existir um significativo desconhecimento sobre o alcance de tais referências.

Tendo em consideração que um dos grupos de substâncias que mais frequentemente surge referenciado em produtos de higiene pessoal de bebés e crianças é o dos parabenos (sendo referidos, de forma expressa, quando foram excluídos dos produtos), procurou-se incluir este conceito entre os termos sobre os quais as mães entrevistadas poderiam expor o seu conhecimento. Dos testemunhos recolhidos é possível perceber que a situação mais frequente é a do desconhecimento total. Quando existe algum conhecimento, muitas vezes este não tem uma tradução na prática, uma vez que o significado da “exclusão” da substância de determinado produto ou marca acaba por não ser valorizada por desconhecimento. Para uma pequena minoria este conhecimento é, de algum modo, integrado nas suas práticas de aquisição, mesmo quando o conhecimento sobre os reais riscos associados à utilização destes produtos é diminuto.

## **5. Notas conclusivas**

As causas ambientais são hoje consideradas pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais factores que podem influenciar a mortalidade/morbilidade das crianças com menos de 5 anos. Considerando

a necessidade de conhecer um pouco melhor um conjunto de situações que podem ser factores de risco para a saúde das crianças, podemos concluir que, com excepção da área da alimentação (na sua abordagem mais tradicional) e de situações muito concretas – como o da coloração no cabelo – a percepção de risco é baixa ou inexistente em relação a alguns riscos, identificados na literatura científica, como podendo ter impactes na saúde das crianças – particularmente durante a gestação e primeiros anos de vida.

No seu conjunto, os resultados parecem apontar para a existência de um enfoque muito particular no que concerne ao aconselhamento sobre alimentação, seja no que diz respeito à grávida, seja no que diz respeito ao bebé. O enfoque parece ser quase exclusivamente centrado numa visão tradicional da nutrição e da sua ligação a temas como a obesidade, a diabetes, possíveis infecções e alergias (esta última mais acentuada na primeira fase de vida da criança). O aconselhamento para a qualidade em termos de modo de produção dos alimentos ou da eventual presença de algumas substâncias com potencial efeito sobre a saúde a longo prazo, particularmente por estarmos perante dois dos grupos classificados como vulneráveis (crianças e grávidas), parece estar praticamente ausente das práticas de aconselhamento médico e de enfermagem. Se porventura o grau de controvérsia em torno de algumas das substâncias visadas pode ser suficientemente desencorajador para que sejam emitidas directrizes no sentido de alterar as práticas de aconselhamento, tal não acontece em relação a todas (por exemplo a presença de mercúrio em algumas espécies de peixe ou de nitratos em alguns vegetais, que foram alvo de aconselhamento específico pelas autoridades espanholas), pelo que a sua completa ausência em Portugal, certamente, ficará a dever-se a deficiências no processo de actualização e transmissão de conhecimentos, linha de investigação que representará o próximo passo desta equipa de investigação.

No que diz respeito aos cuidados pessoais (da mãe e do bebé) a percepção de risco tende a ser pouco marcada no que concerne à presença de um conjunto de substâncias e de práticas que podem ter efeitos negativos na saúde. Estes resultados parecem indicar que a complexa problemática da presença das substâncias químicas (e seus potenciais impactos na saúde humana, sejam estes mais ou menos controversos do ponto de vista científico) ainda não está disseminada em termos de discurso público e muito menos em grande parte das ferramentas colocadas à disposição das grávidas/mães.

Os resultados apontam para a centralidade do aconselhamento médico e de enfermagem ao longo de todo o processo da maternidade/paternidade, sendo estes profissionais considerados como fonte de informação a aconselhamento fiável e de confiança. Ainda que possam coexistir outras fontes de informação, os profissionais da área da medicina e da enfermagem são maioritariamente considerados como a opinião final que informa as decisões de pais e mães.

Perante a confiança depositada nestes profissionais, torna-se ainda mais relevante procurar perceber porque razão, em Portugal, diversos factores de risco para a saúde das crianças (enquanto grupo vulnerável) não são integrados no amplo leque de temas que são abordados com as mães/pais ao longo da gravidez e primeiros anos de vida de uma criança. É sabido que a controvérsia científica marca muitos dos assuntos abordados neste estudo, mas também não deixa de ser notória a diferente entre as práticas das instituições de saúde portuguesas e aquelas que são seguidas, por exemplo em Espanha, no que concerne a alguns destes temas.

Os desafios que a interface entre ambiente e saúde coloca quando o olhar sobre ela se enquadra na abordagem de novos riscos e de uma sociedade de risco, com tudo o que isso implica em termos de controvérsia, de invisibilidade, de alcance em termos de tempo e espaço, em termos de irreversibilidade, de sujeição múltipla a diferentes riscos e de necessidade de avaliação a monitorização técnica especializada, parecem não ter ainda sido integrados pelas e nas instituições sociais responsáveis pela área da saúde em Portugal.

Na próxima etapa deste projecto ir-se-á explorar a vertente institucional e a forma como esta está capacitada, ou não, para responder aos desafios colocados pela nova saúde pública no contexto de uma sociedade de risco.

## 6. Bibliografia

Nunes, João Arriscado (2006): **A pesquisa em saúde em ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas**, CÊS, <http://hdl.handle.net/10316/11111> (Estudo Geral - Repositório Digital da Universidade de Coimbra)

OMS – Europa (2010): **The Journey to Parma: a tale of 20 years of environment and health action in Europe**, Copenhaga.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health>

<http://www.apambiente.pt/politicasambiente/AmbienteSaude/anivelinternacional/Paginas/default.aspx>

---

<sup>i</sup> Os parceiros científicos do projecto GISA são: o Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa, a Fundação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa – Instituto Universitário de Lisboa, o Instituto de Estudos Superiores de Recursos Naturais, a CCDR Alentejo e a ARS Alentejo.

<sup>ii</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, de 4 de Junho  
<http://dre.pt/pdf1sdip/2008/06/10700/0310603179.pdf>