



Helen Keller International
a divisão internacional de Helen Keller Worldwide

Projecto Piloto-2 da Micronutrient Initiative Project

O Ferro e Alimentação da Mulher Grávida Província de Manica

**Relatório do Estudo de Base Qualitativo
Maio de 2002**

**Preparado por:
Jorgete Malanzele**

*Avenida Tomás Nduda 1489, CP 1854, Maputo, Moçambique
Tel: (258-1) 49 31 40, Cell: 082 31 1957, Fax: 49 31 21
e-mail: HKIMoz@virconn.com*



ÍNDICE

Sumário executivo	ii
1. Introdução	1
1.1 Objectivos	1
1.2 Metodologia.....	2
1.3 Amostragem.....	3
1.4 Breve caracterização dos locais da pesquisa... ..	4
2. Resultados e Discussão	6
2.1 Regras de Alimentação da Mulher grávida	6
2.2 Participação nas consultas pré-natais	10
2.3 Anemia e suplementação com ferro/acido folico	12
2.4 Educação e comunicação... ..	15
3. Conclusões e Recomendações.....	17
3.1 Principais conclusões.....	17
3.2 Recomendações	18
Referências	20

Este trabalho foi realizado com ajuda do subsídio concedido pela Micronutrient Initiative, o secretariado internacional Development Reseach Centre/MI, sediado em Otava, no Canadá.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O objectivo geral do estudo descrito neste relatório foi o de promover informação e insumos para o desenvolvimento duma estratégia que permita a diminuição da anemia nas mulheres grávidas através de intervenções educativas baseadas num melhor entendimento de percepções das mulheres sobre os problemas da anemia e uma melhor distribuição de suplementos de ferro/ácido fólico através dos agentes comunitários, porta a porta.

Para a realização deste estudo foi utilizada a técnica qualitativa de inquérito a grupos focais. Em 8 comunidades foram entrevistados grupos de mulheres grávidas, mulheres não grávidas; mulheres influentes mais velhas; líderes comunitários influentes na comunidade; homens mais influentes na família e por último, trabalhadores de saúde. No total participaram mais de 500 pessoas nos grupos focais.

Em relação à alimentação da mulher grávida constatou-se que por volta de três quartos das mulheres entrevistadas tem conhecimento do que é uma alimentação adequada. Existe a noção da necessidade de variar a dieta. Na prática nem todas as mulheres tem uma dieta adequada. Factores económicos, tabus e práticas tradicionais não apropriadas são as principais razões para dietas não adequadas.

Existem crenças tradicionais que favorecem o estado nutricional da mulher grávida, como o consumo de quiabo, folhas verdes, farinha de milho. Existem também muitos tabus que proíbem o consumo de alimentos ricos em nutrientes, como ovos, certos tipos de carne de caça, cana de açúcar, banana, tripas, gergelim. A maior parte destes tabus ainda é seguida pelas mulheres, embora outras já não acreditem. De uma maneira geral conclui-se que muitos tabus e práticas tradicionais inibem as boas práticas de saúde e nutrição das mulheres grávidas. Notou-se que os tabus e crenças tradicionais não são estáticas e que se registam mudanças na importância que é dada as mesmas.

A maior parte das mulheres grávidas entrevistadas frequentam a consulta pré-natal. Elas acham a consulta rotineira, recebem pouca informação e as vezes nem são ditas se o bebe cresce bem ou não. A maior parte das mulheres entrevistadas sabe o que é anemia e como curar. Elas sabem dizer as causas, mas também tem ideias erradas sobre as mesmas. Na maioria as mulheres recebem e tomam suplementos de ferro/ácido fólico, mas quase ninguém recebe em quantidades suficientes. Também ainda existem muitas mulheres grávidas que não recebem estes suplementos. O aconselhamento sobre a importância dos suplementos de ferro/ácido fólico e como evitar eventuais efeitos colaterais ainda é muito deficiente.

As mulheres preferem receber suplementos de ferro/ácido fólico nas unidades sanitárias, por que elas duvidam das condições de armazenamento pelos agentes comunitários. Os líderes comunitários e trabalhadores de saúde pelo contrário

pensam que a distribuição comunitária pode ajudar a melhorar a cobertura e cumprimento da suplementação.

Os principais canais de informação sobre saúde são as unidades sanitárias, a rádio e os Conselhos de Líderes Comunitários (CLCs). É necessário continuar a utilizar todos estes canais para poder atingir toda a população.

Por último constatou-se que existem grandes diferenças entre as mulheres em termos de conhecimentos sobre uma alimentação adequada, causas e consequências de anemia e a necessidades de suplementação com ferro/acido folico. Um dos principais determinantes destas diferenças parece ser a presença de ONGs a trabalhar na área de nutrição e saúde reprodutiva.

Recomenda-se que para a intervenção prevista (ver acima) devem ser tomados em conta os seguintes aspectos:

- A educação nutricional deve encorajar o consumo de alimentos ricos em (micro)nutrientes localmente disponíveis, e também tentar explicar por que certos alimentos são aconselhados e quais as consequências de uma alimentação não adequada. Além da educação serão provavelmente também necessários incentivos económicos, como apoio às famílias a iniciar novas actividades de geração de rendimento, para melhorar as práticas alimentares;
- Deve ser delineada uma estratégia de comunicação e educação mais abrangente, utilizando os canais acima referidos, para melhorar o grau de aceitação dos suplementos de ferro/acido folico pelas mulheres grávidas. As mensagens devem incluir as causas e consequências de anemia, a eficácia dos suplementos, os possíveis efeitos colaterais e secundários e como diminuir os mesmos;
- A criação de um sistema de distribuição dos suplementos de ferro/acido folico na comunidade utilizando os agentes comunitários parece ser uma opção viável, que pode contribuir para aumentar a cobertura e o cumprimento do programa de suplementação com ferro/acido folico para mulheres grávidas. É essencial ter uma supervisão directa pelo pessoal de saúde e uma sensibilização da população;
- A Helen Keller International deve procurar cobrir, no futuro, com prioridade as zonas que ainda não são cobertas pelas outras ONGs. É nestas zonas onde o conhecimento e práticas da população são mais deficientes e onde se pode esperar maior efeito das intervenções.

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição é um dos problemas de saúde pública, mais graves em Moçambique, e é o resultado de uma alimentação inadequada em qualidade e quantidade geralmente associada a doenças e infecções. As condições sanitárias precárias aumentam o risco de doenças que afectam o estado nutricional podendo levar a morte, especialmente nas crianças, além de a desnutrição poder provocar ou causar resultados adversos na gravidez. Um destes resultados é a anemia que causa mortes maternas durante o parto, baixo peso à nascença, mortalidade infantil e de crianças de menos de 5 anos.

Estimativas recentes indicam que a deficiência em ferro e a anemia afligem mais de 3.5 biliões de pessoas nos países em desenvolvimento. As crianças que ainda não estão em idade escolar e as mulheres grávidas sofrem de altos índices de anemia, principalmente na África sub-sahariana, no sudeste da Ásia, no leste do Mediterrâneo e na América Latina.

Os resultados do estudo realizado pelo Ministério da Saúde em coordenação com Helen Keller International em 1998, sobre a prevalência da anemia em 4 Províncias do país, indicam que a anemia em crianças dos 6-59 meses, tem uma prevalência de 73.6% sendo a província de Cabo Delgado com maior prevalência (81.5%), seguida por Manica (78.2%), Gaza (76.4%), e Maputo (58.2%). Em relação às mulheres em idade fértil a prevalência de anemia é de cerca de 57.9%, com maior prevalência em Gaza (68.3%), seguida por Maputo (55.3%), Cabo Delgado (52.6%) e Manica (50.0%).

Estes níveis são consideravelmente altos o que significa um grande risco da sociedade em geral e muito particularmente as mulheres em idade produtiva e reprodutiva que constituem a parte mais importante da massa laboral do país.

Quando as pessoas estão bem alimentadas, saudáveis e são produtivas, elas podem tirar mais vantagem da educação que recebem, da saúde e das oportunidades económicas. Um programa de micronutrientes bem desenhado pode por isso contribuir para o desenvolvimento social e económico. Por esta razão a Helen Keller International em coordenação com a DPS, realizou um estudo qualitativo sobre as ideias da população em relação à alimentação e cuidados nutricionais da mulher grávida.

1.1 Objectivos

O objectivo geral do estudo descrito neste relatório foi o de promover informação e insumos para o desenvolvimento de uma estratégia que permite a diminuição da anemia nas mulheres grávidas através de intervenções educativas baseadas num melhor entendimento de percepções das mulheres sobre os problemas de anemia

e uma melhor distribuição de suplementos de ferro/ácido fólico através dos agentes comunitários porta a porta.

Os objectivos específicos do estudo eram de:

- 1- Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas em relação ao problema da anemia, suas consequências e controle.
- 2- Identificar os níveis de conhecimentos de uso dos suplementos de ferro/ácido fólico pelas mulheres grávidas a fim de melhorar o grau de aceitação e adopção do aproveitamento dos suplementos.
- 3- Descrever os actuais canais de distribuição de suplementos de ferro/ácido fólico para as mulheres grávidas, para facilitar a identificação de outras alternativas.
- 4- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas de trabalhadores de saúde em relação à anemia materna e suplementos de ferro/ácido fólico.
- 5- Identificar e analisar as melhores fontes de informação e influência sobre mulheres grávidas, para tomada de decisão.
- 6- Estabelecer as melhores maneiras de comunicação sobre a gravidade da anemia e uso de ferro/ácido fólico (IEC).
- 7- Desenvolver uma estratégia de comunicação e materiais educativos para as comunidades.

Resultados esperados

Os resultados do estudo servirão como base para uma intervenção para:

- Melhorar formas de comunicação sobre a gravidade da anemia e as vantagens do uso de suplementos de ferro/ácido fólico nas comunidades;
- Melhorar o grau de aceitação e utilização dos suplementos para as mulheres grávidas;
- Aumentar a cobertura do uso dos suplementos pelas mulheres grávidas;

1.2 Metodologia

Para a realização deste estudo foi utilizada a técnica qualitativa de inquérito a grupos focais, tendo como objectivo a recolha de conhecimentos e sentimentos dos inquiridos sobre aspectos culturais que apoiam a alimentação de uma mulher grávida, e algumas questões relacionadas com a anemia materna, a participação nas consultas pré-natais, o uso de suplementos de ferro/ácido fólico, identificação de fontes de informação, comunicação e influência sobre mulheres grávidas, para tomada de decisão.

Com esta técnica foram envolvidos grupos da população definidos em 6 categorias, a saber: mulheres grávidas, mulheres não grávidas; mulheres influentes mais velhas; líderes comunitários influentes na comunidade; homens mais influentes na família e por último, trabalhadores de saúde.

Cada grupo foi entrevistado separadamente para permitir que as pessoas se exprimam mais livremente.

A organização do trabalho nas comunidades onde decorreram as entrevistas, foi feita na base dum calendário previamente desenvolvido, que permitiu a organização dos grupos na comunidade através das Direcções Distritais de Saúde em coordenação com os Líderes comunitários.

1.3 Amostragem

O estudo foi realizado em 8 Unidades Sanitárias e nas comunidades servidas pelas mesmas. As U.S estão situadas nos seguintes distritos e localidades:

- Manica: Vanduze, Manica sede e Messica;
- Sussundenga: Sussundenga Sede, Dombe Sede;
- Chimoio: Bairro 1º de Maio;
- Barúe: Catandica e Inhazónia;

Foram idealizadas 1-2 entrevistas em grupo para cada categoria, em cada uma das 8 comunidades seleccionadas. Na realidade não foi possível realizar entrevistas com todas as categorias em todas as comunidades. Em particular houve problemas de reunir os líderes comunitários, que muitas vezes se encontravam nas suas machambas distantes da sua casa. A tabela 1 mostra o número de pessoas entrevistadas em cada categoria por comunidade. Os grupos de discussão incluíram no total 503 pessoas. As idades dos interlocutores variavam entre 17-35 anos para as mulheres grávidas e não grávidas; e dos 40-65 anos para as mulheres e homens influentes e líderes comunitários.

Tabela 1: numero de pessoas entrevistadas por categoria e comunidade

US	Mulheres grávidas	Mulheres não grávidas	Mulheres idosas	Homens	Líderes comunitárias	Trab. de saúde	Total
Chimoio 1º Maio	6	20	18	10	8	-	62
Messica	16	-	11	10	13	5	55
Manica	13	18	19	24	4	5	83
Vanduze	11	14	12	15	-	5	57
Sussudenga	10	15	20	5	-	3	53
Dombe	16	16	16	10	7	6	71
Catandica	17	18	19	15	-	4	73
Inhazónia	8	14	9	15	-	3	49
Total	97	115	124	104	32	31	503

- = não foi possível realizar estes grupos de discussão devido à ausência das pessoas ou falta de tempo (trab. de saúde em Chimoio)

1.4 Breve caracterização dos locais da pesquisa

1º de Maio de Chimoio

Fica no interior da cidade de Chimoio, com uma população de 2,895 habitantes, segundo o censo de 1997 (deve-se notar que também serve a população de outros bairros). Fala-se predominantemente as línguas Chitewe e Chibarue. Tem como principal actividade econômica a agricultura do sector familiar, produzindo milho, mapira, batata-doce, abóbora, feijões, mandioca, papaia e banana. O milho, banana e feijões são comercializados pela população para auto-sustento.

Manica sede

A Cidade de Manica localiza-se na parte oriental da província a 90 km. da capital provincial. A cidade é composta de 11 bairros, com uma população total estimada em 28.568 habitantes, segundo o censo de 1997. Chimanyka, Chitewe e Chona são as línguas mais faladas no distrito. Fazem parte das culturas de rendimento e subsistência o milho, mapira, mexoeira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, repolho, tabaco, banana, tomate e cebola.

Messica

A vila de Messica localiza-se no centro do distrito de Manica a 20 km da sede distrital, com uma população estimada em 10,409 habitantes, conforme dados do censo de 1997. Chitewe, Chibarue e Chimanyka são as línguas mais faladas. Messica é um Posto Administrativo. Fazem parte das culturas de rendimento e subsistência o milho, mapira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, banana, tomate e cebola.

Vanduze

A localidade de Vanduze localiza-se na parte Nordeste do distrito de Manica, a 50km da capital provincial de Chimoio. A população da localidade é estimada em 21.435 habitantes, segundo o censo de 1997. Chibarue e Chitewe, são as línguas mais faladas nesta Localidade. Fazem parte das culturas de rendimento e subsistência: o milho, mapira, mexoeira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, repolho, tabaco, banana, tomate e cebola.

Sussundenga sede

A vila de Sussundenga localiza-se na parte central-sul da província a 80 km da capital provincial, com uma população estimada em 37.361 habitantes, conforme dados do censo de 1997. Chitewe, Chibarue e Chimanyka são as línguas mais faladas. Fazem parte culturas de rendimento e subsistência o milho, mapira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, banana, tomate e cebola.

Dombe sede

A vila de Dombe localiza-se na parte sul da província a 50 km da sede distrital de Sussundenga. A unidade sanitária serve todo posto administrativo com uma população estimada em 36.324 habitantes conforme dados do censo de 1997. Chitewe e Chibarue são as línguas faladas. Fazem parte das culturas de

rendimento e subsistência o milho, mapira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, banana, tomate e cebola.

Catandica sede

A vila de Catandica localiza-se a 180 km Norte da capital provincial com uma população estimada em 48.115 habitantes, conforme dados do censo de 1997, Chitewe, Chibarue, Chimanyka e Chinhungwe são as línguas mais faladas. Fazem parte das culturas de rendimento e subsistência o milho, mapira, feijão, batata-doce, mandioca, couve, banana, tomate, alho, e cebola.

Inhazónia

É uma localidade 12 km a Norte da vila de Catandica, com uma população total de 10.014 habitantes, segundo o censo de 1997. As outras características são iguais às de Catandica.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1 Regras de Alimentação da Mulher grávida

2.1.1 Conhecimentos sobre alimentos e práticas alimentares da mulher grávida

Em geral em todas as comunidades foram mencionados os mesmos alimentos e pratos para mulheres grávidas (ver tabela 2), com exceção de um e outro alimento, como o óleo de girassol, que não é produzido em todas as comunidades.

Tabela 2: Pratos e alimentos aconselhados para mulheres grávidas

<ul style="list-style-type: none">* Papas de farinha de milho, arroz ou mapira;* Sadza (massa de milho, mapira ou mexoeira) ou arroz acompanhado com verduras enriquecida com amendoim;* Sadza com folhas de abóbora, amendoim e coco;* Sadza com feijão, preparado com óleo, cebola e tomate;* Sadza com folhas de mandioca, couve ou folhas de abóbora;* Sadza ou macarrão com carne ou peixe fresco/seco preparado com óleo, cebola e tomate;* Sadza com caril de quiabo;* Frutas como: banana, laranja, manga ou papaia;* Outros como: ovos, sumos, inhame, batata
--

Considera-se que os alimentos e pratos mencionados são saudáveis para a mulher grávida porque dão energia, vitaminas, aumentam o sangue, fazem crescer e dão força a mulher. Pode-se constatar que as pessoas nestas comunidades têm um bom conhecimento sobre uma alimentação saudável da mulher grávida. Existem diferenças entre mulheres e estima-se que por volta de um quarto das mulheres não tem conhecimento sobre uma alimentação adequada. Estas mulheres encontram-se na sua maioria nas comunidades onde não há intervenções de ONGs na área da nutrição e saúde reprodutiva.

Constatou-se também que existe uma discrepância entre os conhecimentos sobre uma boa alimentação e o que as mulheres grávidas consomem na realidade. As razões para isso são várias, incluindo condições económicas e crenças locais. O facto de saberem o que devem comer, mas sem entenderem as razões pode contribuir para o facto de não seguirem os aconselhamentos.

Em relação às condições económicas há padrões bem distintos entre meios urbanos e rurais:

- Para as pessoas que vivem no meio urbano, a aquisição dos alimentos é através de compra e maior parte deles são processados. Só poucos alimentos provêm da própria produção. A principal causa de dietas inadequadas é a falta de dinheiro para a compra de alimentos variados e ricos em nutrientes;

- Para as pessoas que vivem no meio rural os alimentos provêm da produção agrícola. Poucos alimentos, como o sal e o óleo, são adquiridos através da compra. A agricultura é também principal fonte de rendimento. As principais causas de dietas inadequadas são a falta de variedade nos alimentos produzidos e, provavelmente ainda mais importante, a venda de alimentos ricos em nutrientes (milho, feijão, amendoim, frutas e animais) para poder satisfazer necessidades financeiras da família.

As crenças locais e tabus que afectam a alimentação da mulher grávida são discutidos na secção 2.1.2.

Perante estes resultados pode-se concluir que a população tem os conhecimentos mínimos necessários para uma alimentação equilibrada todavia as práticas não apropriadas, aliadas aos usos, costumes e condições económicas, são o que dificulta uma boa incorporação dos nutrientes em qualidade na alimentação da mulher grávida prejudicando-a de desfrutar aquilo que é importante para se atingir as necessidades energéticas que esta precisa para o seu bem estar, para o desenvolvimento do feto e diminuir o risco de anemia.

2.1.2 Crenças tradicionais em relação à alimentação da mulher grávida

As crenças tradicionais e tabus alimentares durante a gravidez mereceram um enfoque particular. De uma maneira geral podem ser divididas em dois grupos:

As '**positivas**'; crenças tradicionais cujo efeito será positivo no o resultado da gravidez, mesmo se as razões que a população dá nem sempre conformam com os conhecimentos modernos. Por exemplo:

- promover o consumo de quiabo, que é um alimento rico em nutrientes. Segundo a população, o quiabo prepara o canal do parto;
- As folhas verdes e farinha de mapira e milho aumentam o sangue e dá força a mulher, possibilitando um parto saudável. Estes são de facto alimentos nutritivos
- Não comer massa (sadza) do dia anterior, porque pode provocar que a mulher defeque durante o parto, segundo a população. De facto é preferível não comer comida do dia anterior, uma vez que a maioria das pessoas não tem condições para guardar comida de maneira higiénica.

O segundo grupo são as crenças '**negativas**', que quando seguidas pela população podem ter um efeito negativo sobre o resultado da gravidez. Estas são muito mais do que as crenças positivas. Por exemplo:

- O consumo de muitos alimentos ricos em nutrientes é proibido por várias razões (ver tabela 3 a seguir). Alguns destes são alimentos silvestres, só conhecidos pelo nome na língua local;
- Algumas folhas tradicionais que são utilizadas para dilatar o colo, são nocivas porque põem em risco a vida da mulher provocando grandes hemorragias que podem levar à morte.

Tabela 3: Alimentos que segundo a população não devem ser consumidos por mulheres grávidas.

Alimento	Argumento para não ser consumido pela mulher grávida
Folhas amargas (cacana)	Porque provoca aborto;
Salamandra	Provoca ranhuras na barriga ou o bebé tem comportamento da salamandra;
Ovos	Porque o bebé nasce com calva e demora nascer cabelos, e deprime a fontanela;
Banana	Porque o bebé nasce com problemas de ramelas;
Piri-piri	Porque o bebé nasce com olhos vermelhos e sem sobrancelhas;
Cágado, undo	Porque retarda o parto, torna-se prolongado e arrastado
Simba, murrimba	Porque o bebé nasce com morte aparente;
Nphenembe (salamandra)	Porque o bebé nasce com escama na pele;
Coelho	Porque o bebé dorme com olhos abertos;
Rato do mato (guite)	Porque o bebé guarda o leite nas bochechas ou comida;
Hudho (rato grande do mato)	Provoca prisão de ventre ao bebé;
Areia de murmuché	Porque a criança nasce com uma doença chamada urongorongo (o umbigo do bebé fica preto com borbulhas);
Mwapanda	Porque o bebé nasce com borbulhas grossas na pele e em todo corpo;
Gergelim	Porque provoca borbulhas na pele do bebé;
Cana-doce	Porque durante o trabalho do parto a mulher tem muitas dores e derrama muitos líquidos ;
'Pepino' ou matumbo (tripas de boi ou cabrito)	Porque provoca muitas dores durante o parto;
Macaco	Porque o bebé quando nascer vai ser irrequieto;
Caranguejo	Porque o bebé nasce sem cabelo;
Tchidjere	Porque provoca o nervosismo ao bebé;
Banana verde	porque provoca conjuntivite purulenta;
Cogumelo	Porque fecha o colo e retarda o trabalho do parto;

Além destes dois grupos ainda existem crenças tradicionais que não tem base na ciência moderna, mas também não tem impacto positivo ou negativo sobre o resultado da gravidez (ex. não sentar na porta, não atravessar a lenha no fogo). Estas práticas não são discutidas em detalhe.

Em geral são estes os tabus mais relevantes em quase todos os distritos, com pequenas variações. Estas práticas são exercidas pelas velhas e líderes comunitários com experiência e de preferência pelas senhoras que já tiveram filhos. Estas práticas bloqueiam a mudança de comportamento e não permitem as mulheres desfrutarem dos alimentos com qualidade que possuem, ou seja, alimentos ricos em vitamina A e ferro expondo assim as mulheres a maior risco porquanto vulneráveis a anemia.

Também se notou que existem diferenças entre os grupos e que as crenças tradicionais não são estáticas, por conseguinte, podem mudar. Por exemplo certos grupos já não se opõem ao consumo de ovos e cacana. Também há grupos que são de opinião que utilizar as folhas tradicionais para dilatar o colo é muito perigoso dadas as hemorragias que deixam a mulher muito fraca e em risco de vida.

Contudo estas práticas actualmente tendem a diminuir, porque as pessoas que exerciam o papel influenciador, hoje estão no processo de mudança de comportamento embora outros sejam ainda conservadores dessas práticas.

Terminologia das práticas tradicionais

Em relação à terminologia utilizada para as práticas tradicionais, todos os distritos têm os mesmos conceitos, embora com algumas diferenças. Em todos os distritos referiram não existirem termos específicos para cada tabu, mas sim, um termo generalizado para designar todas as práticas ligadas as regras para mulheres grávidas. Cada localidade tem um nome próprio para este conjunto de práticas: *cacarurwe, zwirwengue, mukho, zwiero, zwinoera*.

Basta uma das conselheiras pronunciar um destes nomes para a mulher saber que isto não é permitido e cumprir como se de uma palavra de ordem se tratasse.

Pessoas mais influentes na promoção dos tabus

As pessoas mais influentes na promoção destas práticas são os religiosos, curandeiros, vizinhos, mulheres idóneas e da confiança delas. Estas pessoas são consideradas influentes na comunidade e só elas podem aconselhar.

As tias, sogras, mães, avós, padrinhos e parteiras tradicionais, são as pessoas que controlam se a mulher grávida cumpre com as regras tradicionais. Por serem pessoas com experiência e conhecimentos, detêm maior confiança e aproximação a mulher grávida o que lhes permite que exerçam esta função deixando -a à vontade.

As avós, por conviverem muitos anos com estes casos desempenham um papel muito importante na educação e transmissão desses valores indispensáveis na vida de uma mulher grávida. As parteiras tradicionais são consideradas mais experientes na matéria de gravidez, mais comunicativas e dão os conselhos mais adequados.

Olhando para o panorama acima apresentado pode-se concluir que a família tem um papel importante nas práticas tradicionais, em especial a tia e a avó que o desempenham de forma subtil e sempre de acordo com o peso da sua influência na família. Nas comunidades periurbanas o conceito de família é mais forte para a manutenção dos valores culturais do que nas comunidades urbanas. Nas cidades o papel é mais das tias, sogras e mães enquanto que no interior é das avós ou mulheres mais idosas e parteiras tradicionais que gozam de maior confiança.

A população ainda é dependente dos tabus, eles representam na família uma obrigação que a mulher deve obedecer e cumprir. A maioria das mulheres entrevistadas, que acreditam nestas práticas, vive nas zonas rurais. Nas cidades as mulheres deixam-se levar menos, porque tem acesso à unidade sanitária, com oportunidades de receber informação sobre vários aspectos relacionados com a

saúde da mulher grávida. Isto leva-nos a concluir que as pessoas que se encontram mais afastadas da unidade sanitária estão sujeitas a cumprir o que os mais velhos dizem, não tendo poder de escolha.

A credibilidade destas práticas

O argumento que faz com que as mulheres grávidas acreditem nestas práticas é que quem aconselha estas práticas são as pessoas mais velhas e experientes e que conhecem a origem das coisas;

2.2 Participação nas consultas pré-natais

2.2.1 Opiniões e conhecimentos das mulheres

A tabela 4 mostra a participação das mulheres nas consultas pré-natais. Deve-se notar que os números nesta tabela e as tabelas a seguir representam as mulheres que participaram nos grupos de discussão nas oito comunidades visitadas. Isto não é uma amostra representativa destas comunidades e por esta razão estes números devem ser vistos como indicativos e não como números absolutos.

Tabela 4: Consultas pré-natais

	Nº que fizeram consulta	Nº que não fizeram consulta	Nº que vão fazer mais consultas	Nº que não vão fazer mais consultas
Mulheres grávidas	76 (78%)	21 (22%)	75 (77%)	22 (23%)
Mulheres não grávidas*	111 (97%)	4 (3%)	--	--

* mulheres que durante uma gravidez anterior (não) fizeram consultas pré-natais

Grande parte das mulheres disse que vai às consultas pré-natais e que pretendem continuar embora durante a discussão a maioria delas se referisse ao facto de em geral esta consulta limitar-se à medição do peso, tensão arterial e informar a data da próxima consulta. A mulher não recebe nenhuma informação em relação à evolução da gravidez o que as desmotiva após percorrem grandes distâncias ao encontro de um posto de saúde.

Algumas referiram-se à necessidade de frequentar a consulta pré-natal para sua observação, para acompanhamento do desenvolvimento do feto e para receber informação sobre alimentação, bem como suplementos de ferro/ácido fólico para aumentar o sangue.

Das mulheres entrevistadas grávidas uma minoria ainda não foi à consulta pré-natal e também não pretende fazê-lo. Algumas destas mulheres não vão às consultas porque a religião proíbe. Outras têm medo das vacinas ou dizem que as suas mães nunca fizeram e tiveram bebés sem problemas.

Uma minoria das mulheres entrevistadas referiu que prefere ter o bebé em casa, porque tem medo dos enfermeiros ou que por razões religiosas ou culturais, não querem ser observadas pelos homens, que não são seus maridos. Quanto ao receio do parto, a maioria refere não ter receio, porque quando estiver com dores de parto desaparece a vergonha, pede ajuda a todos e sabem que o parto é o fim da gravidez. Enquanto uma minoria tem receio porque não tem ideia sobre o parto, ou tem medo de complicações, de morrer ou de perder o bebé.

Em quase todas as comunidades as mulheres grávidas sabem que devem começar o controle de gravidez entre o 3º e 4º mês. É na altura que a mulher começa a sentir algum movimento estranho na barriga. No entanto em poucas comunidades as mulheres são de opinião que devem iniciar a partir do 5º ou 6º mês de gravidez porque já têm a certeza que estão grávidas.

Estes resultados levam-nos a concluir que as mulheres têm informação sobre as consultas pré-natais e procuram cumprir embora com criticismo, sabem que a consulta pré-natal é importante para a mulher grávida que as mesmas devem ser iniciadas a partir do 3º ou 4º mês o que é muito positivo se estas conseguirem ir até ao fim das consultas.

Deve melhorar-se a comunicação com as mulheres durante a educação para saúde, dar-se mais informação sobre a importância desta consulta, explicar quando deve iniciar a consulta e abordar outros aspectos inerentes a esta consulta e ao seu estado. Desta maneira pode ser aumentada a cobertura das consultas.

2.2.2 Opiniões e conhecimentos dos trabalhadores de saúde

A tabela 5 ilustra o número de primeiras e seguintes consultas feitas pelos trabalhadores de saúde em cada distrito.

Tabela 5: Registos de consultas pré-natais nas unidades sanitárias

Locais	Numero total das primeiras consultas	Numero total das consultas seguintes
Messica	180	300
Manica	207	732
Vanduze	300	900
Sussudenga	150	300
Dombe	250	500
Catandica	107	411
Inhazónia	90	400
Total geral	1284	3543

Fonte: Unidades Sanitárias

Nota: não foi possível obter a informação de Chimoio 1º de Maio.

Este quadro mostra o número médio de primeiras e seguintes consultas pré-natais realizadas por mês em cada unidade sanitária. Os trabalhadores acharam uns, que o número de controles durante a gravidez dependendo da altura em que a mulher começa seria de oito, e outros dez. São unânimes em afirmar que elas continuam as consultas até ao dia do parto.

Os conselhos que dão na consulta pré-natal versam predominantemente: higiene individual, não fazer trabalhos forçados, ter uma alimentação diversificada, porque isso permite que o bebé nasça saudável e não põe em risco tanto a vida da mãe como a do bebé. Também informam sobre a importância de ter o bebé na maternidade.

2.3 Anemia e suplementação com ferro/ácido fólico

2.3.1 Conhecimentos das mulheres sobre anemia

A tabela 6 mostra os conhecimentos das mulheres sobre anemia.

Tabela 6: Conhecimento sobre Anemia

	Numero de mulheres que já ouviram falar de anemia	Numero de mulheres que nunca ouviram falar de anemia
Mulheres grávidas	59 (61%)	38 (39%)
Mulheres não grávidas	106 (92%)	9 (8%)

A maioria das mulheres já ouviu falar de anemia ou em linguagem popular “falta de sangue”. Nas mulheres grávidas a percentagem que ouviu falar de anemia é menor do que nas mulheres não grávidas. Ouviram na rádio, no Centro de Saúde, com o grupo teatral do HAI e na comunidade com amigos, mães-modelo, parteiras tradicionais e conselhos de líderes comunitários. Também têm conhecimento que é possível curar e evitar a anemia, tomando leite e sopa, comendo farinha integral, verduras como folhas de abóbora, couve e folhas de mandioca; tomando os suplementos de ferro/ácido fólico e fazendo transfusão de sangue. Os líderes comunitários e mães-modelo têm feito educação nutricional e demonstrações de alimentação enriquecida, utilizando produtos locais. Note-se que uma minoria importante das mulheres grávidas nunca ouviu falar de anemia e não sabe que é possível evitar ou curar a anemia.

As causas da anemia referidas pelas mulheres são:

- uma alimentação não adequada
- manter relações sexuais com pessoas diferentes no período de luto ou mesmo antes da cerimónia
- a tosse prolongada/tuberculose
- malária
- parasitoses intestinais (lombrigas).

Embora a maioria das mulheres saiba o que é a anemia, ainda existem ideias erradas sobre as suas causas. Também existem mulheres que não sabem o que é anemia. Deve melhorar-se a comunicação e educação dada na consulta, sobre anemia e os medicamentos. A forma de transmissão da mensagem pode ser melhorada e mais simplificada de modo que permita uma melhor percepção.

2.3.2 Conhecimentos dos trabalhadores de saúde sobre anemia

A maioria dos trabalhadores de saúde vê a malária e as parasitoses intestinais como as principais causas de anemia. Outros referiram-se à alimentação não diversificada tendo citado o exemplo peixe seco sem ser enriquecido com outros nutrientes de energia concentrada e de protecção.

Nas unidades sanitárias com laboratório fazem-se exames de hemoglobina e quando detectada uma anemia grave encaminham para o Centro de Saúde com condições ou para o Hospital Provincial para fazer uma transfusão de sangue.

2.3.3 Conhecimentos sobre suplementos de ferro/acido folico e a sua utilização

A tabela 7 mostra quantas mulheres conhecem suplementos de ferro/acido folico e quantas receberam durante a gravidez.

Tabela 7: Conhecimento sobre suplementos de ferro/acido folico

	Mulheres que conhecem suplementos de ferro/acido folico	Mulheres que não conhecem suplementos de ferro/acido folico	Mulheres que receberam suplementos de ferro/acido folico	Mulheres que não receberam suplementos de ferro/acido folico
Mulheres grávidas	75 (77%)	22 (23%)	59 (61%)	38 (39%)
Mulheres não grávidas	113 (98%)	2 (2%)	113 (98%)*	2 (2%)*

* Dados de gravidezes anteriores

Das mulheres grávidas por volta de três quartos conhece os suplementos de ferro/acido folico. As mulheres conheceram nas unidades sanitárias, na consulta pré-natal e da criança. Elas foram informadas que serve para aumentar o sangue e abrir o apetite. Um quarto delas nunca ouviu falar de suplementos de ferro/acido folico.

Só um pouco mais do que metade das mulheres grávidas entrevistadas recebeu os suplementos de ferro/acido folico nas consultas pré-natais. Do resto a metade não recebeu e outra metade não fez a consulta pré-natal. Das que receberam os comprimidos, a maioria só recebeu 60 comprimidos (quantidade para 1 mês).

A tabela 8 mostra as quantidades totais recebidas durante a gravidez.

Tabela 8: Quantidades de suplementos de ferro/acido folico recebidas

Quantidade Recebida	Numero de mulheres que receberam esta quantidade durante gravides*
60 comprimidos	47 (79%)
120 comprimidos	10 (17%)
240 comprimidos	1 (2%)
Não sabe	1 (2%)

* só mulheres grávidas

A maioria das mulheres entrevistadas disse ter tomado todos os suplementos de ferro/acido folico que recebeu (Ver tabela 9). As restantes não terminaram o tratamento porque provocou enjoos, mal estar, náuseas, irritação da mucosa gástrica por mau cheiro. As mulheres disseram que muitas das causas têm a ver com a falta de informação sobre os efeitos secundários e isso tem contribuído para o não cumprimento do tratamento.

Tabela 9: Cumprimento com tratamento de suplementos de ferro/acido folico

	Numero de Mulheres que tomaram todos os suplementos de ferro/acido folico	Numero de Mulheres que só tomaram parte dos suplementos de ferro/acido folico	Numero de mulheres que não tomaram os suplementos de ferro/acido folico
Mulheres grávidas	48 (81%)	11 (19%)	0 (0%)
Mulheres não grávidas *	105 (93%)	4 (3.5%)	4 (3.5%)

* Dados sobre gravidezes anteriores

Em relação aos medicamentos tradicionais apenas no distrito de Catandica as mulheres referiram que os tomam, preparados pelos curandeiros e profetas. Elas não conhecem o nome do medicamento preparado pelos curandeiros. Conhecem somente o nome do medicamento preparado pelos profetas designado toero. O toero segundo as informantes durante a discussão, é uma água abençoada que a mulher toma durante a gravidez para evitar as complicações na gravidez como: apresentação pélvica, circular do cordão e apresentação transversal. As restantes localidades referiram não conhecer outras pessoas que tomam medicamentos tradicionais.

Em conclusão deve-se encorajar as mulheres a continuar a tomar os suplementos de ferro/acido folico e a enfermeira deve informar a importância dos comprimidos de modo a que as mulheres que não tomam mudem de atitude. Precisam de uma explicação pormenorizada sobre os efeitos secundários, para tomarem a medicação até ao fim da gravidez.

2.3.4 Local onde encontrar os medicamentos

Grande parte das mulheres prefere que seja no Centro de Saúde porque oferece melhores condições de conservação. Uma parte das mulheres não vê de bom modo o facto de adquirir o ferro/acido folico através dos agentes comunitários pelo facto de duvidarem da sua conservação. Outras há que aceitam obtê-lo através do agente comunitário desde que este seja formado e supervisionado pelos trabalhadores de saúde.

As mulheres mais velhas, os homens mais influentes e os trabalhadores de saúde pelo contrário preferem que o ferro/acido folico seja distribuído na comunidade em coordenação com os Conselhos dos Líderes Comunitários e supervisionado pelas enfermeiras

Esta informação mostra que a população tem consciência que os medicamentos têm normas de armazenamento, e que não é qualquer indivíduo que deve ficar com eles. Todavia eles não se opõem se a pessoa que for fazer esta distribuição for formada e supervisionada pelo pessoal de saúde o que denota confiança no sector.

2.4 Educação e comunicação

No tocante aos canais onde a comunidade pode aprender melhor sobre temas de saúde da população, cerca de um terço utiliza as unidades sanitárias, um pouco menos que metade prefere receber a informação pela rádio, e o resto prefere receber a informação na comunidade através dos conselhos de líderes comunitários (CLC), mães modelo e secretários de bairro.

De uma maneira geral todos os trabalhadores de saúde são de opinião que se deveriam aproveitar os conselhos dos líderes comunitários, mães modelo, religiosos, etc. para dar a educação, porque gozam de maior aceitação nas comunidades. Os trabalhadores apoiariam na formação e supervisão destes grupos. Esta percepção decorre do facto de as unidades sanitárias ainda não cobrirem todas as áreas, e o acesso às mesmas ser ainda bastante limitado.

Quanto à comunicação e educação pode-se perceber que um pouco menos que metade das inquiridas tem acesso à rádio e escutam os programas de desenvolvimento da mulher, programas educativos sobre HIV/SIDA e outros programas de diversão como o "cena aberta" e outros. Outras há que não têm acesso a rádio e dependem dos CLC's, mães modelo e Centros de Saúde para obter informação sobre a saúde.

Os trabalhadores de saúde gostariam de ter um espaço na rádio para difundirem as mensagens chave sobre vários temas de saúde que poderiam ajudar as mães e jovens.

Tabela 10: Canais e programas de rádio e horas preferidas

Locais	canal	Língua	Programa	Horas preferidas
1º. De Maio de Chimoio	RM Chimoio	Chitewe;	Programas da mulher; Tchakafukidza Nhumba Matenga; São programas educativos que se relacionam com o desenvolvimento da mulher;	Das 5-7h e das 17h em diante;
Messica	RM Chimoio	Chitewe, Chimanyka e português;	cena aberta e mulher em desenvolvimento; São programas educativos que se relacionam com o desenvolvimento da mulher;	Das 12 -13.30h e das 17- 21h
Manica	RM Chimoio	Chitewe e Chimanyka	SIDA e desenvolvimento da mulher; São programas educativos que se relacionam com o desenvolvimento da mulher;	Das 12 -13.30h e 17- 21h
Vanduze,	RM Chimoio	Chitewe e Chibarue;	Mulher e desenvolvimento; programa da saúde, escolha nós tocamos, RM Jornal e noticiário; São programas educativos que se relacionam com o desenvolvimento da mulher;	Das 5 -7h e das 17h em diante;
Sussundeng a	RM Chimoio	Chitewe e Chibarue;	programas de mulher e desenvolvimento, Estes programas são educativos	Das 17h em diante;
Dombe,	RM Tete e Chimoio;	Chitewe, Chibarue e Chinhungue	Educação das mães sobre a saúde cena aberta, e mulher, desenvolvimento. Chacafukidza Nhumba Matenga- Porque são programas educativos e divertidos;	Das 12-14h e das 17h em diante
Catandica	RM Chimoio	Chitewe; Chimanyka	Educação das mães sobre a saúde cena aberta, e mulher, desenvolvimento. Chacafukidza Nhumba Matenga- Porque são programas educativos e divertidos;	Das 12-14h e das 17h em diante
Inhazónia	RM Chimoio	Chitewe, Chibarue e Chinhungue	Educação das mães sobre a saúde cena aberta, Chacafukidza, Nhumba Matenga e noticiário; são programas educativos e divertidos;	Das 12-14h e das 17h em diante

Fonte: dados colhidos durante o inquérito nas localidades.

A tabela 14 mostra que a maior parte das comunidades tem acompanhado todos os programas educativos através das emissoras provinciais, sendo a língua local preferida em relação ao português. Os melhores horários de passar mensagens de saúde são de manhã das 5-7 horas, e à tarde das 12-14 horas e das 17.00 horas em diante. Esta informação vai facilitar a preparação de um programa de comunicação para a comunidade com mensagens chave sobre os micronutrientes no futuro;

3. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

3.1 Principais conclusões

De uma maneira geral conclui-se que muitos tabus e práticas tradicionais inibem as boas práticas de saúde e nutrição das mulheres grávidas, contribuindo negativamente para a mudança de hábitos alimentares, como a promoção do consumo de alimentos disponíveis localmente, ricos em nutrientes como ferro. As práticas não apropriadas durante a preparação dos alimentos associadas aos usos e costumes locais e às condições sócio-económicas são outros factores que impedem o máximo consumo e absorção dos micronutrientes disponíveis e ricos em ferro. Deve-se notar que também existem práticas tradicionais, que contribuem para melhoria da saúde e dieta das mulheres grávidas

É notório que os tabus e crenças não são estáticos quer para as pessoas influentes quer para as mulheres grávidas daí algumas mudanças positivas o que significa que é possível com acções educativas bem desenhadas e implementadas, alterar as más práticas baseadas na tradição.

Maior parte das mulheres grávidas faz uma ou mais consultas pré-natais, mas a cobertura ainda não é completa. As mulheres reclamaram a qualidade das consultas e a falta de aconselhamento. A maioria das mulheres ouviu falar de anemia, mas ainda existem ideias erradas sobre anemia e as suas causas. Na sua maioria conhecem e receberam suplementos de ferro/acido folico. Outras há que receberam os suplementos em quantidades insuficientes e as que nem sequer receberam. O aconselhamento sobre a importância dos suplementos de ferro/acido folico e como evitar eventuais efeitos colaterais ainda é muito deficiente.

Em relação à distribuição de suplementos de ferro/acido folico a nível comunitário, podemos, por um lado concluir que existe uma grande necessidade, mas por outro lado que a população receia a distribuição fora das unidades sanitárias, por motivos de condições de armazenamento. Este receio foi mais encontrado nas mulheres jovens, do que nos líderes comunitários e no pessoal de saúde.

Os principais canais de comunicação sobre saúde, são as consultas e palestras nas unidades sanitárias, a rádio e a estruturas comunitárias (líderes comunitários, chefe de bairro, mãe modelo, parteira tradicional). Nenhum destes canais tem uma cobertura completa pelo que a combinação de todos sortirá melhor efeito.

Por último constatou-se que existem grandes diferenças de conhecimentos entre as mulheres sobre uma alimentação adequada, causas e consequências de anemia e a necessidade de suplementação com ferro/acido folico. Um dos principais determinantes destas diferenças parece ser a presença ou não de ONGs a trabalhar na área de nutrição e saúde reprodutiva.

3.2 Recomendações

Educação nutricional

- A educação nutricional e o acesso a alimentos ricos em nutrientes são aspectos essenciais para uma mudança de comportamento saudável. Deve-se encorajar o consumo de alimentos ricos em (micro)nutrientes localmente disponíveis como:
 - o Alimentos ricos em ferro: carne vermelha e folhas verdes,
 - o Alimentos ricos em carotenos e retinol (vitamina A): batata-doce de polpa alaranjada, folhas verdes, fígado, rins, ovo, peixe;
 - o Alimentos ricos em Vitamina C e gordura para permitir melhor absorção de ferro e vitamina A: frutas, óleo, coco, amendoim, etc.

- Uma vez que a maioria das pessoas tem bom conhecimento sobre a alimentação da mulher grávida, é importante ir para além da educação sobre quais os alimentos que deve comer e tentar explicar por que certos alimentos são aconselháveis e quais as consequências de uma alimentação não adequada. Além da educação serão provavelmente também necessários incentivos económicos, como apoio às famílias para iniciar novas actividades de geração de rendimento, para melhorar as práticas alimentares.

Consultas pré-natais

- Existe a necessidade de uma melhor capacitação de todo o pessoal que faz as consultas de SMI e pediatria sobre os micronutrientes.

- Igualmente existe a necessidade de melhorar o aconselhamento das mulheres grávidas em geral e em particular sobre a necessidade de tomar suplementos de ferro/ácido fólico e como evitar possíveis efeitos colaterais

Distribuição comunitária de suplementos de ferro/ácido fólico

- A criação de um sistema de distribuição dos suplementos de ferro/ácido fólico na comunidade utilizando os Agentes Comunitários parece ser uma opção viável, que pode contribuir para o aumento da cobertura e o cumprimento do programa de suplementação com ferro/ácido fólico para mulheres grávidas. Será necessário tomar em conta os seguintes pontos, para a suplementação ser efectiva:
 - o O pessoal de saúde deve fazer a supervisão directa, para garantir o seguimento de normas de distribuição e controlo de manuseio dos suplementos (higiene, armazenamento);
 - o A população deve ser sensibilizada sobre a necessidade da suplementação e as vantagens da distribuição a nível comunitário, deixando transparecer o facto de a suplementação ser feita sob o controlo do pessoal e as entidades de saúde.

- A suplementação deve ser acompanhada por actividades educativas (ver a seguir)

Comunicação social

- Deve ser delineada uma estratégia de comunicação e educação mais abrangente para melhorar o grau de aceitação dos suplementos pelas mulheres grávidas. As mensagens devem incluir as causas e consequências de anemia, a eficácia dos suplementos de ferro/acido folico, os possíveis efeitos colaterais e secundários e como diminuir os mesmos;
- As mensagens devem ser difundidas pelos agentes comunitários nos seus contactos com mulheres grávidas e em palestras na comunidade. Outros canais de comunicação a serem utilizados são as consultas pré-natais nas US, a rádio e outras estruturas comunitárias, como por exemplo os conselhos de líderes comunitários e famílias modelo;
- Devem ser desenvolvidos materiais educativos sobre os micronutrientes para os trabalhadores de saúde, agentes comunitários e escolas;

Zonas de intervenção

- A Helen Keller International deve procurar cobrir no futuro com prioridade as zonas que ainda não são cobertas pelas outras ONGs. É nestas zonas onde os conhecimentos e práticas da população são mais deficientes e onde se pode esperar maior efeito das intervenções.

Referências

1. Perfis Distritais de segurança alimentar e nutrição. Província de Manica 1998.
2. Inquerito Demográfico de saúde, Moçambique, 1997. DHS/Micro International.
3. Bolton, R. 1979. People skills (Prentice-Hall, Englewood cliffs, New Jersey).
4. Miles, M. B. 1981. Focus Groups: A practical guide for members and trainers (Teachers College, Colombia University, New York).
5. Green, E. F. Farinha & J. Marrato. (1984) Métodos Antropológicos e Saúde Publica.