

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

**Educação alimentar de grávidas e
sua avaliação numa comunidade
rural do Brasil**

Bárbara Diana Cardoso Camarinha de Oliveira

1999/2000

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto



Bárbara Diana Cardoso Camarinha de Oliveira

1999/2000



Samuel J. Lee

Agradecimentos:

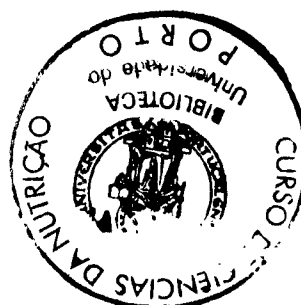
Agradece-se a colaboração essencial das seguintes personalidades:

- ♦Dr. Pedro Graça (FCNAUP)
- ♦Dr. Pedro Moreira (FCNAUP)
- ♦Frei Giacomo Valenza (Paróquia São Sebastião, Presidente Dutra, Brasil)
- ♦Funcionários do Centro Comunitário Nossa Senhora de Fátima, em especial à responsável do Sector de saúde, Marly Ramos (Presidente Dutra, Brasil)
- ♦Patrícia Esteves (colega de trabalho)

e ainda a toda a população de Presidente Dutra e Joselândia, o desejo de participar e a colaboração no estudo.

Índice

1. Introdução.	1
2. Objectivos.	4
3. Metodologia.	6
3.1. Desenho do estudo.	6
3.2. População.	7
3.3. Selecção da amostra.	7
3.4. Inquérito.	8
3.5. Descrição (recolha de dados).	9
3.6. Análise de dados.	11
4. Resultados.	13
4.1. Caracterização das amostras da população geral de Presidente Dutra e Joselândia.	13
4.2. Verificação da homogeneidade entre as grávidas das populações de Presidente Dutra e de Joselândia.	22
4.3. Caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia.	24
4.4. Comparação entre características das grávidas de Presidente Dutra que foram à palestra e grávidas que não foram.	34
4.5. Avaliação das diferenças de conhecimentos das grávidas de Presidente Dutra sobre alimentação na gravidez, antes e após a palestra.	35
4.6. Avaliação das diferenças de conhecimentos das grávidas de Joselândia sobre alimentação na gravidez, no primeiro e no segundo inquérito.	38
5. Discussão.	40
6. Conclusões.	49
7. Bibliografia	
8. Anexos	



1. Introdução

Hoje sabe-se, que o estado nutricional da mãe durante a gravidez é de grande importância para a saúde e bem-estar de ambos (Nelson et al, 1994; Blades, 1998; Williams, 1999; Mahan et al, 2000) sendo um dos principais responsáveis por uma gravidez bem sucedida (Williams, 1999). Isto é especialmente verdade no que diz respeito ao peso do bebé ao nascer, factor relacionado com a mortalidade infantil e morbilidade a longo prazo, (Alpers et al, 1995; Mahan et al, 2000) e no que respeita à probabilidade da mãe vir a sofrer, num período pós-parto, consequências resultantes de má-nutrição durante a gravidez (Beard, 1994; Scholl et al, 1994; Allen, 1997; Singh et al, 1998; Bondevik et al, 2000). As actuais recomendações nutricionais durante a gravidez realçam a importância de uma ingestão adequada de energia, proteínas, vitaminas e minerais que permitam o óptimo desenvolvimento fetal e a preservação da saúde materna (Alpers et al, 1995). Actualmente dá-se ênfase à avaliação da mãe, quanto à presença de factores de risco que possam pôr em perigo o sucesso da gravidez, tanto antes da concepção como nas primeiras semanas de gravidez (Nelson et al, 1994; Alpers et al, 1995) e a factores que determinam as necessidades nutricionais da grávida, como a idade, o número de gravidezes ou o intervalo de tempo entre cada gravidez (Williams, 1999).

A adequada ingestão de alimentos e a evolução do peso ao longo da gravidez são determinados, entre outros, pelos conhecimentos e atitudes da grávida face à alimentação. Assim sendo, é necessário conhecer estes factores que influenciam a aquisição e ingestão de alimentos, para que seja possível, de um modo eficaz, intervir e promover uma alimentação saudável durante a gravidez. A intervenção, ao nível dos conhecimentos e atitudes, junto de grávidas, é apenas uma de muitas estratégias que podem ser utilizadas. De facto, a intervenção comunitária em nutrição significa o trabalho relacionado com o planeamento, implementação e avaliação de programas, projectos e actividades em nutrição/alimentação e áreas afins (Oshaug, 1995).

No presente trabalho, utilizámos a educação alimentar como uma estratégia preferencial na nossa intervenção, pela possibilidade da língua comum, pelo orçamento reduzido, pelo tempo limitado de intervenção e pelo facto de pensarmos ser esta estratégia uma opção capaz de originar resultados positivos no tipo de situação económica e social em

causa. O conceito de educação alimentar tem vindo a mudar ao longo das épocas, consoante se redefiniram objectivos, metodologias e instrumentos de medida (Graça, 1994). Actualmente a educação alimentar pode ser definida como uma forma de planear a mudança, através de um esforço deliberado para melhorar o estado nutricional (Sims, 1987). A adopção de práticas alimentares saudáveis é um dos objectivos centrais deste esforço (Glanz, 1992). No entanto, o consumo final do alimento não é visto como único objectivo deste processo. Procurar desenvolver capacidades que permitam ao indivíduo utilizar a informação existente, motivar para o conhecimento e para a acção pessoal ou comunitária em torno do tema, criar esquemas conceptuais que podem ser revistos e melhorados ao longo da vida, são outros dos objectivos considerados primordiais em educação alimentar (Gussow, 1984).

A formação em nutrição aumentou *"in momentum"*, e os profissionais que trabalham nesta área são confrontados repetidamente com o desafio de melhorar a forma de comunicar as suas mensagens. Existem muitas teorias sobre educação e comunicação e paralelamente diversos autores falam da necessidade de avaliar a eficácia das várias opções educativas (Gussow, 1984; Israel, 1987). É por isso um desafio extremamente aliciante para qualquer nutricionista investir num método educativo e em paralelo, investigar, avaliando a eficácia da sua opção. Quando a opção tomada, tem por base, uma região desfavorecida, onde a intervenção pode melhorar, no imediato a qualidade de muitas vidas, este desafio ainda se torna mais apetecível. Estas foram algumas das razões que nos levaram a intervir, através da educação alimentar, em Presidente Dutra, uma cidade que se situa na região centro Maranhense, distando 350km da capital São Luís. O seu clima é tropical, com uma temperatura média anual mínima que ronda os 25°C e uma máxima de 35°C. Conforme os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta com um total de 36.812 habitantes (24.709 habitantes na zona urbana e 12.103 na zona rural). A cidade passa por um crescimento habitacional relativamente intenso e desordenado na sua periferia, onde falta pavimentação, recolha regular de lixo, saneamento básico, iluminação pública e habitação condigna. As culturas preferenciais são o arroz, milho, feijão, cana-de-açúcar e mandioca; e ainda banana e laranja.

Entre muitos outros problemas, e segundo o IBGE, Presidente Dutra apresenta uma elevada taxa de mortalidade infantil, sendo uma provável causa deste problema, a inadequada alimentação materna antes e durante a gravidez.

Neste trabalho pretendeu-se fazer uma caracterização sócio-demográfica da população de Presidente Dutra e da população de grávidas de três bairros rurais, da periferia da cidade. Pretendeu-se também avaliar os conhecimentos destas grávidas em relação à alimentação na gravidez, antes e após a intervenção do nutricionista (palestra). Como controlo desta intervenção foi utilizada uma segunda população de grávidas de três bairros de Joselândia, cidade que se situa a cerca de 50Km de Presidente Dutra. Sobre este segundo grupo de grávidas não foi realizada uma palestra sobre alimentação na gravidez (como aconteceu no primeiro grupo) não sendo, portanto, transmitida qualquer informação por parte do nutricionista, sobre o assunto. Foi apenas aplicado o inquérito em duas alturas diferentes.

Tratando-se de uma intervenção na comunidade, são esperadas alterações nos comportamentos e na saúde da população em geral. No entanto, no presente trabalho, pretende-se apenas avaliar o impacto de um método de educação alimentar sobre os conhecimentos, ou seja, o efeito da intervenção do nutricionista a nível dos conhecimentos adquiridos e lembrados, pela população envolvida, a curto prazo.

2. Objectivos

O objectivo principal deste trabalho é a avaliação dos conhecimentos sobre alimentação na gravidez de uma população de grávidas de três bairros de Presidente Dutra, cidade Maranhense do Brasil, antes e após a intervenção do nutricionista.

Paralelamente pretendeu-se caracterizar social e demograficamente as populações envolvidas, bem como obter informações acerca do seu estado sanitário e "alimentar".

Para se atingir este objectivo central foram traçados diversos passos que no seu conjunto permitiram a condução lógica do trabalho.

Passo 1 – melhorar a qualidade e adequar o máximo possível, à população alvo, os inquéritos pré-elaborados em Portugal.

Passo 2 – fazer um levantamento da situação social e da "situação alimentar" de uma amostra da população geral, onde estava incluída a população alvo do trabalho – as grávidas, de Presidente Dutra, através de um inquérito.

Passo 3 – caracterizar social e demograficamente o nosso grupo alvo de grávidas de Presidente Dutra, bem como fazer um levantamento dos seus conhecimentos no que se refere à alimentação na gravidez, através de um inquérito.

Passo 4 – informar o nosso grupo alvo acerca da realização de uma sessão de educação alimentar sobre "Alimentação na Gravidez" e cativar o maior número possível de grávidas a estarem presentes nessa sessão.

Passo 5 – realizar uma sessão de educação alimentar onde se pudesse transmitir informação objectiva e útil sobre alimentação na gravidez, nomeadamente, condições ideais ao engravidar, o porquê de uma alimentação diferente do resto da família, o problema das grávidas adolescentes, a evolução de peso ao longo da gravidez, a alimentação da grávida dividida nos três trimestres de gestação, carências alimentares e referência à importância da alimentação na gravidez para o sucesso da amamentação.

Passo 6 – fornecer às grávidas um documento que pudessem consultar no caso de terem alguma dúvida ou quererem recordar os assuntos abordados na palestra.

Passo 7 – fazer um levantamento dos conhecimentos do grupo alvo no que se refere à alimentação na gravidez. Este inquérito é semelhante ao realizado no passo 3, mas posteriormente à sessão de educação alimentar.

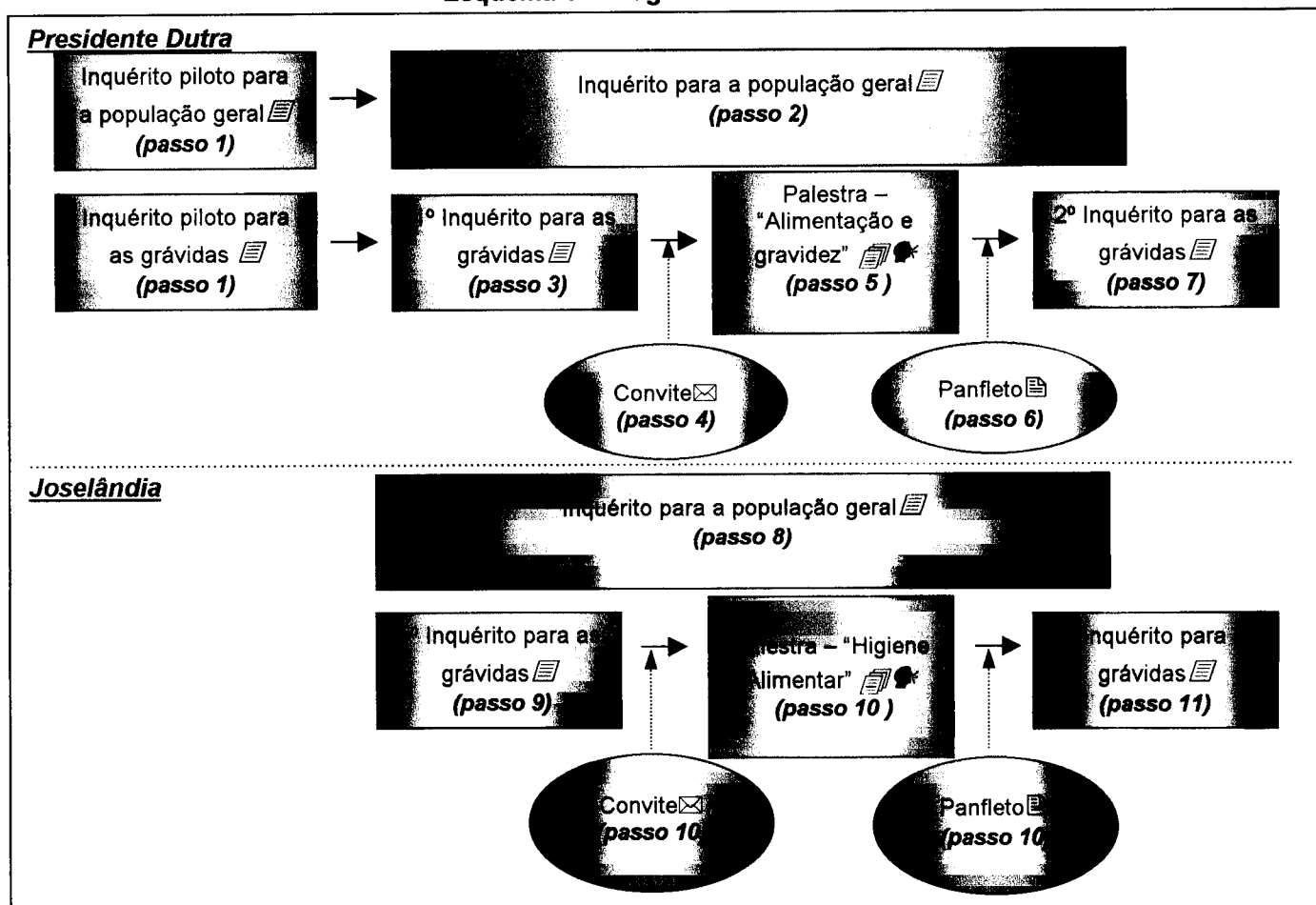
Passo 8 – fazer um levantamento da situação social e da “situação alimentar” de uma amostra da população geral, onde estava incluída a população controlo do trabalho – as grávidas, de Joselândia, através de um inquérito.

Passo 9 – caracterizar social e demograficamente o grupo alvo de grávidas de Joselândia, bem como fazer um levantamento dos seus conhecimentos no que se refere à alimentação na gravidez, através de um inquérito, inferindo acerca da possibilidade de serem utilizadas como população controlo.

Passo 10 – realizar, após a entrega do convite, uma sessão de educação alimentar onde se pudesse transmitir informação útil e objectiva sobre “Higiene Alimentar”, e no final fornecer um documento de consulta respeitante ao que foi dito na palestra.

Passo 11 – fazer um levantamento dos conhecimentos do grupo controlo no que se refere à alimentação na gravidez. Este inquérito é semelhante ao realizado no passo 9, mas posteriormente a uma sessão onde não se abordou a alimentação.

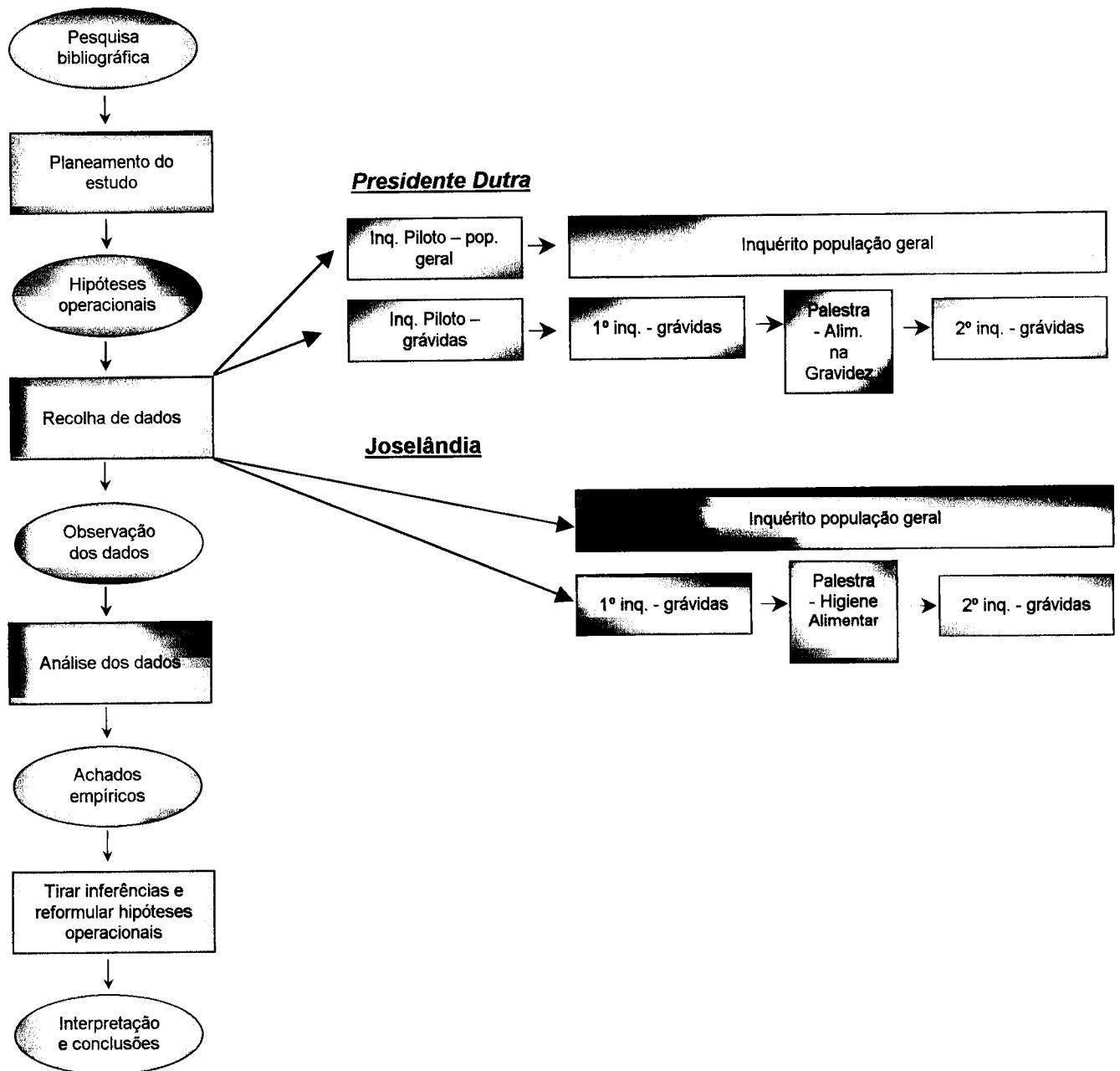
Esquema 1 – Diagrama dos Passos



3. Metodologia

O trabalho de campo (recolha de dados) decorreu entre 2 de Setembro e 20 de Novembro de 1999, mas antes e após este período, realizaram-se diversas etapas que são explicadas no esquema apresentado em baixo (3.1.).

3.1. Desenho do estudo



3.2. População

Este estudo abrange duas populações, uma de Presidente Dutra e outra de Joselândia. Da população de Presidente Dutra foi avaliada uma amostra da população geral (n=166) e uma amostra de grávidas (n=114), residentes em três bairros rurais da periferia – bairro de Fátima, bairro da Floresta, bairro Campo Dantas. De Joselândia foi avaliada uma amostra da população geral (n=53) e uma amostra de grávidas (n=34) dos seguintes bairros da cidade – Alto da Boavista, Caema1 e Caema2.

3.3. Seleção da amostra

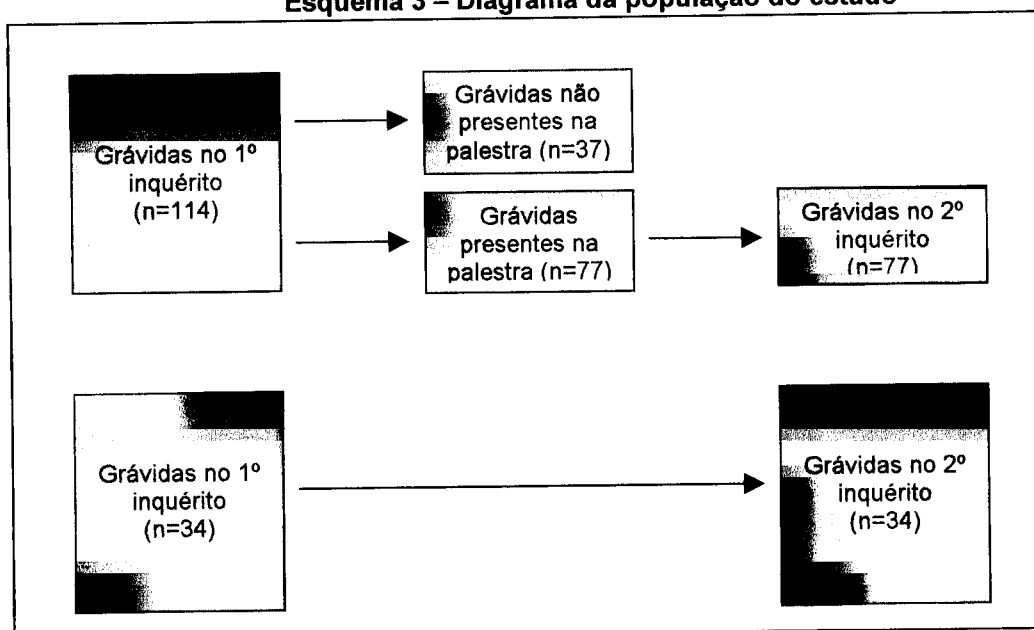
Em Presidente Dutra foram três os bairros sobre os quais incidiu o estudo. A escolha dos bairros foi feita tendo em atenção as condições de trabalho oferecidas e a informação disponibilizada. Estes bairros situam-se na proximidade do Centro Comunitário N.ª Sra. de Fátima, sendo locais de acesso facilitado onde existe alguma informação sobre a população residente, informação essa recolhida e disponível a partir da Pastoral da Criança (Instituição Nacional de apoio a crianças, grávidas e aleitantes) com a qual colaborámos.

Em Joselândia, cidade mais pequena que Presidente Dutra, os três bairros escolhidos, obedeceram aos mesmos critérios, tendo fácil acesso e bom apoio da Pastoral da Criança.

A recolha da amostra da população geral, tanto em Presidente Dutra como em Joselândia, foi feita de uma forma aleatória.

Em relação às grávidas, foi utilizada uma lista cedida pela Pastoral da Criança onde constavam, por bairro e de forma detalhada os nomes e moradas de todas as mulheres grávidas, aquando da aplicação do primeiro inquérito. Tal ocorreu em ambas as cidades.

Esquema 3 – Diagrama da população do estudo



Das 117 inscritas na lista cedida, em Presidente Dutra, duas já não viviam naqueles bairros e uma já tinha tido o filho, sendo, portanto excluídas do estudo. No total foram inquiridas 114 grávidas.

3.4. Inquérito

Ao conceber-se o inquérito consideraram-se alguns factores que poderiam pôr em causa a sua validade (até que ponto o instrumento criado mede realmente aquilo que se propôs medir).

Neste caso, ao pretendermos medir os conhecimentos sobre alimentação na gravidez (um dos objectivos centrais do trabalho) partimos do pressuposto que o tipo de questões usadas permite avaliar esse conhecimento. No entanto, até esta suposição ser comprovada nenhum instrumento pode ser considerado válido, pois não existe nenhum critério absoluto sobre o qual julgar a validade do instrumento (Graça, 1994). Questões como a fiabilidade, dimensionalidade, correspondência e representatividade são geralmente discutidas neste tipo de inquéritos, às quais tentámos responder.

Fiabilidade – se o teste for realizado de novo pelos inquiridos devem obter-se os mesmos resultados. Com as duas aplicações do inquérito destinado a grávidas, em Joselândia, no grupo controlo, foi possível testar, em parte, a sua fiabilidade.

Dimensionalidade – o conhecimento sobre nutrição é multidimensional. Conhecimentos sobre um tópico não significam necessariamente conhecimentos sobre outros. Deve-se utilizar

uma medida para cada dimensão independente. Neste trabalho foram utilizadas questões independentes para avaliar tópicos diferentes.

Correspondência – se se está interessado em conhecer o “conhecimento sobre nutrição para depois se prever um comportamento alimentar” então a medição deve compreender o conhecimento requerido para realizar aquele comportamento. Por exemplo, identificar fontes de vitamina C pode não chegar. Tem de se saber identificar quantas laranjas são necessárias comer para se atingir os valores diários recomendados de vit.C.

Neste caso, pretendemos medir o efeito de um determinado estímulo sobre o conhecimento e não sobre o comportamento final. A relação entre a mudança de conhecimentos sobre alimentação na gravidez e a mudança comportamentos alimentares, mereceria certamente um outro estudo.

Representatividade – uma das mais sérias ameaças à validade nas medições de conhecimentos, refere-se ao facto de que, o que se está a medir poder não representar aquilo que foi transmitido (Graça, 1994). Para ultrapassar esta ameaça pretendeu-se construir uma sessão de educação alimentar com diversas sequências de informação que pudessem ser avaliadas nas diversas partes que constituíam o inquérito.

Para além de todas estas considerações, na construção do inquérito tentou-se que as questões não fossem muito extensas e que o tempo necessário para o seu preenchimento não fosse demasiado longo (cerca de dez minutos no caso das grávidas e cinco minutos no caso da população geral).

3.5. Descrição (recolha de dados)

3.5.1. Numa fase de preparação do trabalho e após uma leitura aprofundada da literatura elaboraram-se dois inquéritos tipo destinados um à população geral (Jelliffe, 1989; Vaughan, 1989; OMS, 1990; WHO, 1992; Mausner, 1999), e outro às grávidas (Jelliffe, 1989; Vaughan, 1989; OMS, 1990; WHO, 1992; Peres, 1994; Mahan, 1996; Silva et al, 1997; Mausner, 1999; Williams, 1999). Inicialmente, estes inquéritos piloto foram testados, quanto à sua clareza e adequação, em Presidente Dutra, num pequeno grupo (n=12) da população geral e num pequeno grupo (n=9) de grávidas, escolhidas aleatoriamente.

3.5.2. Feitas as alterações necessárias ao inquérito piloto, resultou um inquérito definitivo de aplicação indirecta destinado à população geral no qual constavam perguntas

abertas e fechadas referentes a características socio-demográficas, grau de auto-suficiência alimentar, capacidade de aquisição e confecção de alimentos, crenças alimentares, acesso a informação sobre alimentação, estado de saúde geral da população e inquérito alimentar das 24 horas anteriores. Este inquérito foi aplicado por dois inquiridores treinados a uma amostra (n=166) da população geral dos três bairros de Presidente Dutra incluídos no estudo (anexo 1).

3.5.3. De igual forma, após as alterações ao inquérito piloto destinado às grávidas resultou um inquérito definitivo de aplicação indirecta com perguntas abertas e fechadas abordando questões socio-demográficas, avaliando hábitos tabágicos e de álcool, alterações de hábitos alimentares, preferências e alergias alimentares, estado de saúde, conhecimentos sobre alimentação na gravidez e inquérito alimentar às 24 horas anteriores. Para a sua aplicação o inquiridor deslocou-se a casa de todas as mulheres que constavam na lista de grávidas da Pastoral da Criança, dos três bairros de Presidente Dutra (anexo 2).

3.5.4. Nos quatro dias que se seguiram à aplicação do inquérito à última mulher grávida, o inquiridor com a ajuda de algumas agentes da Pastoral da Criança procedeu à distribuição a todas as gestantes inquiridas, de convites referentes à realização de uma palestra sobre "Alimentação e Gravidez". O convite, com uma linguagem simples e objectiva, indicando o dia, a hora e o local foi a forma encontrada para tentar cativar as grávidas a comparecerem na palestra (anexo 3).

3.5.5. Após a entrega dos convites realizou-se a anunciada palestra, durante dois dias seguidos (11 e 12 de Outubro de 1999) em horários diferentes (um diurno e outro nocturno) numa tentativa de possibilitar a presença do maior número possível de grávidas. Na palestra foram utilizados slides, tentando-se sempre que o número de projecções fosse proporcional à importância que se pretendia dar a cada assunto.

A comunicação que tinha como tema "Alimentação e Gravidez", com uma duração aproximada de 40 minutos, foi dividida em duas partes: uma primeira relacionada com a alimentação saudável para a população em geral, fazendo-se referência às regras de ouro de uma alimentação saudável. E uma segunda parte mais relacionada com a gravidez. Nesta parte foram abordados assuntos como: condições ideais ao engravidar, o porquê de uma alimentação diferente do resto da família, o problema das grávidas adolescentes, a evolução de peso ao longo da gravidez, a alimentação da grávida dividida nos três trimestres de

gestação, carências alimentares e referência à importância da alimentação na gravidez para o sucesso da amamentação (Worthington, 1977; Luke, 1981; Yazlle, 1985; WHO, 1992; Peres, 1994; Scholl, 1994; Mahan, 1996; Silva et al, 1997; Blades, 1998; Williams, 1999) (anexo 4).

No conjunto dos dois dias estiveram presentes 77 mulheres grávidas, fazendo-se algumas acompanhar por vizinhas, irmãs, filhos ou mesmo marido.

3.5.6. No fim da palestra foi entregue uma pequena recordação de Portugal e um panfleto com o resumo do que tinha sido dito pelos oradores, permitindo às mulheres ficarem com um documento que pudessem consultar sempre que tiverem dúvidas, já que é impossível lembrarem-se de tudo o que foi dito (anexo 5).

3.5.7. Sendo propósito do estudo avaliar os conhecimentos adquiridos e lembrados a curto prazo, aplicou-se de novo o inquérito das grávidas, cerca de quinze dias após a palestra, mas desta vez, apenas as gestantes presentes na palestra foram inquiridas (n=77).

3.5.8. Em simultâneo com a aplicação do inquérito à amostra da população geral de Presidente Dutra, aplicou-se o mesmo inquérito em Joselândia (n=53). Tal como em Presidente Dutra, esta amostra não representa a população geral, servindo-nos apenas como um indicador das características da população e uma ajuda à compreensão da sua situação.

3.5.9. Sendo um dos objectivos do trabalho avaliar a intervenção do nutricionista, a melhor forma encontrada foi utilizar uma população controlo. Desta forma, aplicou-se os inquéritos destinados às grávidas a todas as gestantes de três bairros da periferia, que constavam da lista da Pastoral da Criança, em Joselândia. Apercebendo-se, numa primeira apreciação, que as características das grávidas de Joselândia se assemelhavam muito às de Presidente Dutra, decidiu-se prosseguir com um estudo caso-controlo. Assim, este mesmo inquérito foi novamente aplicado, às mesmas 34 mulheres grávidas de Joselândia, onde a única diferença em relação a Presidente Dutra foi a ausência da palestra "Alimentação na Gravidez" que foi substituída pela palestra: "Higiene Alimentar".

A percepção destas semelhanças foi mais tarde comprovada aquando da análise dos dados.

3.6. *Análise dos dados*

Os dados foram agrupados e analisados no programa informático SPSS versão 10.0.5 para Windows®. Foi feita uma análise descritiva e uma análise de variações. Nesta segunda

análise, compararam-se resultados pelo teste *U* de Mann-Whitney para as variáveis cujos resultados não apresentavam distribuição normal e utilizou-se o teste *T* de Student sempre que a distribuição era normal (a normalidade das curvas foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov). Quando se tratava de variáveis nominais, analisou-se os dados por tabelas cruzadas e utilizou-se o teste Qui-quadrado de *Pearson* para analisar a independência de duas variáveis. Consideraram-se as diferenças estatisticamente significativas sempre que $p < 0,05$.

4. Resultados

4.1. Caracterização das amostras da população geral de Presidente Dutra e Joselândia:

No **Quadro 4.1.1.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere aos itens sócio-demográficos nele apresentados.

Presidente Dutra - A amostra é constituída por 166 indivíduos, dos quais 61,4% são do sexo feminino e apenas 38,6% pertencem ao sexo masculino. A média de idades dos indivíduos da amostra é de 32,23 anos ($\pm 14,52$), variando entre um mínimo de 12 anos e um máximo 79. O estado civil predominante é o casado/amigado, encontrando-se 65,1% dos inquiridos neste grupo, seguem-se os solteiros com 25,9% e os divorciados e viúvos têm pouca expressão na amostra, 6,0% e 3,0%, respectivamente. Verificou-se que 64,5% sabe ler e 62,0% sabe escrever, no entanto, o número de anos de frequência na escola (escolaridade em anos) apresenta uma média de apenas 3,28 anos ($\pm 2,89$), havendo pessoas que nunca frequentaram a escola e outras que têm 12 anos de ensino. Nesta amostra, o número de filhos varia entre 0 e 11 filhos, tendo uma média de 2,60 ($\pm 2,57$).

Joselândia - A amostra é constituída por 53 indivíduos, dos quais 54,7% são do sexo feminino e 45,3% pertencem ao sexo masculino. A média de idades dos indivíduos da amostra é de 30,30 anos ($\pm 12,78$), variando entre um mínimo de 12 anos e um máximo 63. O estado civil predominante é o casado/amigado, encontrando-se 49,1% dos inquiridos neste grupo, seguem-se os solteiros com 37,7% e os divorciados e viúvos têm pouca expressão na amostra, 5,7% e 7,5%, respectivamente. Verificou-se que 81,1% sabe ler e a mesma percentagem também sabe escrever, no entanto, o número de anos de frequência na escola (escolaridade em anos) apresenta uma média de apenas 5,42 anos ($\pm 3,25$), havendo pessoas que nunca frequentaram a escola e outras que têm 12 anos de ensino. Nesta amostra, o número de filhos varia entre 0 e 19 filhos, tendo uma média de 2,66 ($\pm 3,47$).

Quadro 4.1.1.

		Presidente Dutra (n=166)		Joselândia (n=53)	
		Média / %	D. P.	Média / %	D. P.
Idade		32,23	± 14,52	30,30	± 12,78
Sexo	<i>Feminino</i>	61,4 %		54,7 %	
	<i>Masculino</i>	38,6 %		45,3 %	
Estado civil	<i>Casado/amigado</i>	65,1 %		49,1 %	
	<i>Solteiro</i>	25,9 %		37,7 %	
	<i>Divorciado</i>	6,0 %		5,7 %	
	<i>Viúvo</i>	3,0 %		7,5 %	
Sabe ler	<i>Sim</i>	64,5 %		81,1 %	
	<i>Não</i>	35,5 %		18,9 %	
Sabe escrever	<i>Sim</i>	62,0 %		81,1 %	
	<i>Não</i>	38,0 %		18,9 %	
Escolaridade (anos)		3,28	± 2,89	5,42	± 3,25
Número de filhos		2,60	2,57	2,66	± 3,47

No **Quadro 4.1.2.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere aos itens sócio-demográficos nele apresentados.

Presidente Dutra – Em relação à ocupação principal, a maioria das pessoas da amostra eram domésticas (42,8%) e lavradoras (26,5%), havendo ainda uma percentagem interessante de estudantes (13,9%). No que se refere a uma outra ocupação, 82,5% não faz mais nada e dos 17,5% que fazem, 13,3% refere-se a uma ocupação de trabalho manual e apenas 4,2% a trabalho não manual.

Joselândia – Na amostra da população geral desta cidade a maioria das pessoas tinham como ocupação principal um trabalho não manual, onde estão incluídas profissões como: vigia, professor, vendedor, agente de saúde, entre outros. No que se refere a uma outra ocupação, 90,6% não faz mais nada e dos 9,4% que fazem 7,5% refere-se a trabalho manual e apenas 1,9% a trabalho não manual.

Quadro 4.1.2.

		Joselândia (n=53)	
		%	%
Ocupação principal	<i>Doméstica</i>	42,8	20,8
	<i>Lavadora</i>	26,5	15,1
	<i>Estudante</i>	13,9	18,9
	<i>Trab. manual^(a)</i>	10,2	18,9
	<i>Trab. não manual^(b)</i>	6,6	26,4
Outras ocupações	<i>Não tem</i>	82,5	90,6
	<i>Trab. manual^(a)</i>	13,3	7,5
	<i>Trab. não Manual^(b)</i>	4,2	1,9

^(a) estão incluídas ocupações como: pedreiro, cozinheira, matador, padeiro, serralheiro, enrolador de cadeiras, entre outros.

^(b) estão incluídos ocupações como: vendedor, músico, vigia, auxiliar de enfermagem, entre outros.

No **Quadro 4.1.3.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere às pessoas com quem vive.

Presidente Dutra – 43,45% dos indivíduos da amostra vive com o cônjuge e com os filhos, principalmente se forem do sexo feminino; a percentagem de participantes que vive com outros familiares, que não sejam o cônjuge ou os filhos, expressa-se em 22,9 %, mas neste caso, são principalmente os homens que se encontram nesta situação.

Joselândia – Nesta amostra a percentagem de inquiridos que vive com o cônjuge e filhos e com outros familiares é idêntica, 34,0 %. Em ambos os casos, os indivíduos do sexo masculino incluídos nestes grupos estão em maior número que os do sexo feminino.

Quadro 4.1.3.

		Presidente Dutra (n=166)		Joselândia (n=53)	
		Sexo (%)		Sexo (%)	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Com quem vive	Sozinho/a	3,1	3,9	0,0	0,0
	C/ filhos	1,5	4,9	0,0	20,6
	C/ cônjuge	4,7	5,9	0,0	3,6
	C/ cônjuge e filhos	40,7	45,1	41,7	27,6
	C/ outros familiares	37,6	13,7	45,7	24,1
	C/ outros familiares e filhos	1,5	9,8	0,0	10,4
	C/ outros familiares e cônjuge	1,5	8,9	4,2	0,0
	C/ outros familiares, cônjuge e filhos	9,4	7,8	8,4	13,7
Total		100,0			100,0

No **Quadro 4.1.4.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere a condições de habitação.

Presidente Dutra – Quanto às condições de habitação verificou-se que mais de 80% dos inquiridos tinham electricidade, água corrente e fogão, em sua casa. No entanto, no que diz respeito à presença de frigorífico, 46,4% respondeu negativamente.

Joselândia - Nesta amostra da população geral de Joselândia, apenas 3,8% dos indivíduos não tem electricidade e fogão em casa. Mas quando se trata de ter água corrente e frigorífico, a percentagem de respostas negativas sobe para 45,3% e 28,3%, respectivamente.

Quadro 4.1.4.

		Joselândia (n=53)	
		%	%
Electricidade	Sim	95,2	96,2
	Não	4,8	3,8
Água corrente	Sim	81,9	54,7
	Não	18,1	45,3
Refrigerífico	Sim	53,6	71,7
	Não	46,4	28,3
Logão	Sim	85,5	96,2
	Não	14,5	3,8

No **Quadro 4.1.5.** e **4.1.6.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere à capacidade de auto-abastecimento.

Presidente Dutra – No que respeita à posse de uma horta onde pudessem cultivar alimentos, 62,7% responderam de forma afirmativa. Desta percentagem, os indivíduos inquiridos cultivavam tanto fruta como produtos hortícolas, sendo que a média do número de espécies de fruta cultivadas é 2,40 ($\pm 1,49$) e a de produtos hortícolas é 2,12 ($\pm 1,24$), verificou-se que a totalidade dos produtos produzidos destinava-se a consumo próprio. Quanto à criação de animais, a maioria (75,9%) respondeu que não criava. Dos restantes 24,1% que criavam, o animal mais apontado foi a galinha com 56,4% seguida do porco com 36,4%. Nesta amostra, são principalmente os homens que compram os alimentos para a casa. Quando falamos de quem prepara as refeições, os papéis invertem-se, neste caso são as mulheres que normalmente desenvolvem esta actividade, o que pode ser verificado pela percentagem de mulheres que respondeu que eram as próprias que cozinhavam, 58,3% e pela percentagem de homens que respondeu que era o cônjuge que cozinhava, 88,8%.

Joselândia – No que respeita à posse de uma horta onde possam cultivar alimentos, 66,0% responderam de forma afirmativa. Desta percentagem, os indivíduos inquiridos cultivam tanto fruta como produtos hortícolas, sendo que a média do número de espécies de fruta cultivadas é 3,57 ($\pm 1,61$) e a de produtos hortícolas é 2,14 ($\pm 0,69$), verificou-se que a totalidade dos

produtos produzidos era para consumo próprio. Quanto à criação de animais, grande parte dos inquiridos respondeu afirmativamente (54,7%) sendo o animal mais apontado a galinha com 56,1% seguida do porco com 34,2%. Nesta amostra, a maioria dos homens inquiridos responderam que era eles que compravam os alimentos para a casa (43,5%) e que era a sua esposa que cozinhava (92,9%). No que se refere a outros familiares, grande parte dos homens indicaram que eram outros familiares que compravam os alimentos para casa (36,6%) e uma boa percentagem das mulheres inquiridas respondeu que eram outros familiares que cozinhavam (42,8%).

Quadro 4.1.5.

		Presidente		Joselândia (n=53)	
		Média / %	D.P.	Média / %	D.P.
Horta	Sim	62,7 %		66,0 %	
	Não	37,3 %		34,0 %	
N.º de espécies que cultiva	Fruta	2,40	± 1,49	3,57	± 1,61
	Hortícolas	2,12	± 1,24	2,14	± 0,69
Consome	Sim	100,0 %		100,0%	
	Não	0,0 %		0,0 %	
Cria animais	Sim	24,1 %		54,7 %	
	Não	75,9 %		45,3 %	
Que animais	Porco	36,4 %		34,2 %	
	Galinha	56,4 %		56,1 %	
	Vaca	0,0 %		7,3 %	
	Jabutí (≅ tartaruga)	3,6 %		0,0 %	
	Cordoniz	1,8 %		0,0 %	
	Jumento	1,8 %		2,4 %	

Quadro 4.1.6.

		Presidente		Joselândia (n=53)	
		Sexo (%)		Sexo (%)	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Quem compra os alimentos	Próprio	41,5	22,0	43,5	34,3
	Cônjuge	8,6	49,0	19,9	22,8
	Filhos	7,4	4,4	0,0	2,8
	Outros familiares	42,5	24,6	36,6	40,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Quem cozinha	Próprio	5,4	58,3	7,1	52,5
	Cônjuge	88,8	1,4	92,9	0,0
	Filhos	2,9	5,0	0,0	4,7
	Outros familiares	2,9	35,3	0,0	42,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

No **Quadro 4.1.7.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere a crenças alimentares.

Presidente Dutra – dos entrevistados, apenas 1,2% não comia certos alimentos devido a alguma crença a qual era sempre do foro religioso. Os alimentos postos de lado por estes indivíduos foram a carne de caça e as bebidas alcoólicas com 50% das respostas para cada um.

Joselândia – dos 53 indivíduos entrevistados nesta cidade, 84,9% responderam que não havia qualquer tradição ou crença que os impedisse de comer algum alimento. Dos restantes 15,1% que referiram que havia, a razão apontada foi sempre a religião que em 75% dos os impedia de comer carne de porco em 25% carne de caça.

Quadro 4.1.7.

		Joselândia (n=53)	
		%	%
Tradição ou crença alimentar	<i>Sim</i>	1,2	15,1
	<i>Não</i>	98,8	84,9
Quais alimentos	<i>Carne porco</i>	0,0	75,0
	<i>Carne caça</i>	50,0	25,0
	<i>Bebidas alcoólicas</i>	50,0	0,0

No **Quadro 4.1.8.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere ao acesso a informação sobre alimentação.

Presidente Dutra – Dos 166 inquiridos, 73,5% nunca tinham tido qualquer informação sobre alimentação. Aos 26,5% restantes, a informação chegou-lhes principalmente pela Pastoral da Criança (40,9%), através da escola (20,5%) ou por pessoal de saúde (15,9%). A informação que foi passada referia-se sobretudo a alimentação saudável (65,9%) e higiene alimentar (13,6%). 13,6% dos que já tinham tido informação, não lembrava qual o tema focado.

Joselândia – Na amostra da população geral desta cidade, a 37,7% dos inquiridos já tinha sido transmitida informação sobre alimentação. O veículo desta informação foi em 40,0% dos casos a Pastoral da Criança. A escola e o pessoal de saúde também assumiram percentagens

importantes, 25,0% e 30%, respectivamente. O conteúdo da informação foi na sua maioria referente a alimentação saudável, sendo indicado por 65,0% dos indivíduos que disseram que já tiveram acesso a informação sobre alimentação.

Quadro 4.1.8.

		Presidente Dutra (n=166)	Joselândia (n=63)
		%	%
Inform. sobre alimentação	<i>Sim</i>	26,5	37,7
	<i>Não</i>	73,5	62,3
Fonte	<i>Pessoal saúde ^{a)}</i>	15,9	30,0
	<i>Pastoral da Criança</i>	40,9	40,0
	<i>Igreja adventista</i>	2,3	0,0
	<i>Igreja</i>	9,1	5,0
	<i>Escola</i>	20,5	25,0
	<i>Televisão</i>	9,1	0,0
	<i>Familiares/vizinhos</i>	2,3	0,0
Que informação	<i>Não se lembra</i>	13,6	20,0
	<i>Alim. saudável</i>	65,9	65,0
	<i>Higiene alimentar</i>	13,6	10,0
	<i>Alim. na gravidez</i>	2,3	5,0
	<i>Alim. de crianças</i>	2,3	0,0
	<i>Alim. e amamentação</i>	2,3	0,0

^{a)} estão incluídos médicos, nutricionistas e enfermeiros.

No **Quadro 4.1.9.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização da amostra da população geral de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere às doenças mais frequentes.

Presidente Dutra – Inquiridos sobre quais as doenças mais frequentes naquela região, os indivíduos apontaram a gripe como principal doença aparecendo depois algumas outras com algum significado como é o caso da Dengue e dos problemas gastrointestinais que foram referidos respectivamente, por 13,2% e 10,5% da amostra. No entanto, a variedade de doenças ou problemas é bastante grande, mas cada um deles com pouca expressão, razão pela qual estão incluídos em “outras”. Assim, nas “outras” estão referidas doenças ou problemas tão diversos como sarampo, cancro, sida, problemas respiratórios, problemas de

pele, problemas de ossos, diabetes, febre amarela, cachumba (robéola) e infecções/inflamações.

Joselândia – dos 53 indivíduos que compõem a amostra, 56,9% apontou a gripe como a doença mais frequente na região, enquanto que 13,9% apontou os problemas gastrointestinais e 8,3% referiu a Dengue. No entanto, o leque de doenças referidas é bastante mais vasto, não apresentando, porém, um percentagem muito significativa. Desta forma foram incluídas em “outras”, doenças ou problemas como a diabetes, cachumba (robéola), problemas de pele, infecções/inflamações, malária, hepatite e desnutrição infantil, expressando esta última uma percentagem um pouco mais elevada que as restantes - 2,8%.

Quadro 4.1.9.

		Presidente Dutra (n=166)	Joselândia (n=53)
		%	%
Doenças mais frequentes	<i>Gripe</i>	55,7	56,9
	<i>Dengue</i>	13,2	8,3
	<i>Prob. gastrointestinais</i>	10,5	13,9
	<i>Catapora (varicela)</i>	8,7	6,9
	<i>Prob. coração</i>	2,7	2,1
	<i>Outras</i>	9,2	11,9
	<i>Total</i>	100,0	100,0

4.2. Verificação da homogeneidade entre as grávidas das populações de Presidente Dutra e de Joselândia:

Este trabalho trata-se de um estudo caso-controlo. Para se conseguir comprovar esta afirmação foi necessário verificar, entre outras coisas, se a amostra de grávidas de Presidente Dutra e de Joselândia são suficientemente homogêneas entre elas. Para tal foi feita uma análise de grupos hierarquizada (Hierarchical Cluster Analysis). Em termos práticos este teste tenta identificar grupos de casos ou de variáveis relativamente homogêneas, baseado nas características seleccionadas, que neste caso foram: “cidade de residência”, “idade”, “escolaridade”, “estado civil”, “ler”, “escrever”, “ocupação principal”, “outras ocupações”, “com quem vive”, “fuma”, “bebe bebidas alcoólicas”, “alteração dos hábitos alimentares”, “o porquê

da alteração”, “de que forma alterou”, “presença de doença actual/recente”, “uso de medicamentos actual/recente” e “regularidade de consulta ao médico”.

Analisando os dez grupos mais importantes, verificou-se que o facto de uma pessoa pertencer a um dos dois maiores grupos é independente da cidade onde se encontra ($p = 0,342$ pelo teste Qui-quadrado para $n=132$). Apenas dois dos dez grupos tinham quatro ou mais indivíduos, sendo que os restantes tinham menos, o que significa que os estes dois grupos não são suficientes para haver separação das variáveis analisadas segundo a cidade.

Repetiu-se a análise, desta vez para os vinte maiores grupos, e verificou-se que ainda não há uma separação total entre as pessoas de uma e outra cidade.

Ou seja, pode-se concluir que o facto de uma grávida pertencer a Presidente Dutra ou a Joselândia, não altera marcadamente as suas características, pois não há dependência entre a cidade e o número de pessoas nos grupos.

Para reforçar esta análise foram feitos testes adequados que verificam o significado das diferenças entre as duas cidades, em relação às variáveis mais importantes na sua caracterização. Os resultados desses testes estão apresentados no **Quadro 4.2.1.**, podendo-se verificar que para todas as variáveis analisadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas das duas amostras.

Quadro 4.2.1.

	Gráv. Pres. Dutra (n=114)	Gráv. Joselândia (n=34)	
Idade	21,78 ± 5,38	21,38 ± 4,06	0,647
Escolaridade	4,20 ± 2,55	3,85 ± 3,09	0,507
Mês de gravidez actual	5,66 ± 1,89	5,88 ± 1,97	0,570
Fuma ^a			0,311
Bebe bebidas alcoólicas ^a			0,255
Nº de filhos	1,40 ± 1,56	1,06 ± 0,95	0,590
Idade quando nasceu o 1º filho	18,11 ± 3,75	18,87 ± 4,00	0,405
Costuma ir ao médico ^a			0,211
Acesso a informação sobre			0,075

^a para estas variáveis não é apresentada a média por tratar-se de variáveis nominais, nas quais não faz sentido calcular este valor.

4.3. Caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia:

No **Quadro 4.3.1.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere aos itens sócio-demográficos nele apresentados.

Presidente Dutra - A amostra é constituída por 114 gestantes, com um média de idade de 21,78 anos ($\pm 5,38$), variando entre um mínimo de 13 anos e um máximo 38. O estado civil predominante é o casada/amigada, encontrando-se 78,1% dos inquiridos neste grupo, seguem-se as solteiras com 15,8% e as divorciadas com 6,1%. Verificou-se que 79,8% sabe ler e igual percentagem sabe escrever, no entanto, o número de anos de frequência na escola (escolaridade em anos) apresenta uma média de apenas 4,20 anos ($\pm 2,55$), havendo pessoas que nunca frequentaram a escola e outras que têm 12 anos de ensino. Nesta amostra, aquando da primeira entrevista, as gestantes encontravam-se, em média no 5,70 ($\pm 1,90$) mês de gravidez. No que se refere às pessoas que fazem parte do seu agregado familiar, 39,5% indicou que morava com o cônjuge e filhos, 18,4% com outros familiares que não sejam filhos nem o cônjuge e igual percentagem coabita com o cônjuge e outros familiares que não sejam filhos. Das 114 grávidas inquiridas, apenas uma vivia sozinha.

Joselândia - A amostra é constituída por 34 gestantes, com uma média de idade de 21,38 anos ($\pm 4,06$), variando entre um mínimo de 15 anos e um máximo 31. O estado civil predominante é o casada/amigada, encontrando-se 79,4% dos inquiridos neste grupo, seguem-se as solteiras com 17,6% e as divorciadas com 2,9%. Verificou-se que 70,6% sabe ler e igual percentagem sabe escrever, no entanto, o número de anos de frequência na escola (escolaridade em anos) apresenta uma média de apenas 3,85 anos ($\pm 3,09$), havendo pessoas que nunca frequentaram a escola e outras que têm 12 anos de ensino. Nesta amostra, aquando da primeira entrevista, as gestantes encontravam-se, em média no 5,88 ($\pm 1,98$) mês de gravidez. No que se refere às pessoas que fazem parte do seu agregado familiar, 35,3% indicou que morava com o cônjuge e filhos e 20,6% com cônjuge. Nesta amostra, nenhuma mulher indicou que vivia sozinha ou só com os filhos.

Quadro 4.3.1.

		Dutra (n=114)		Grávidas Joselândia (n=34)	
		Média / %	D.P.	Média / %	D.P.
Idade		21,78	± 5,38	21,38	± 4,06
Estado civil	<i>Casada/amigada</i>	78,1 %		79,4 %	
	<i>Solteira</i>	15,8 %		17,6 %	
	<i>Divorciada</i>	6,1 %		2,9 %	
Sabe ler	<i>Sim</i>	79,8 %		70,6 %	
	<i>Não</i>	20,2 %		29,4 %	
Sabe escrever	<i>Sim</i>	79,8 %		70,6 %	
	<i>Não</i>	20,2 %		29,4 %	
Escolaridade		4,20	± 2,55	3,85	± 3,09
Tempo de gravidez (meses)		5,70	± 1,90	5,88	± 1,98
Com quem vive	<i>Sozinha</i>	0,9 %		0,0 %	
	<i>C/ filhos</i>	1,8 %		0,0 %	
	<i>C/ cônjuge</i>	11,4 %		20,6 %	
	<i>C/ cônjuge e filhos</i>	39,5 %		35,3 %	
	<i>C/ outros familiares</i>	18,4 %		8,8 %	
	<i>C/ outros familiares e filhos</i>	5,3 %		11,8 %	
	<i>C/ outros familiares e cônjuge</i>	18,4 %		11,8 %	
	<i>C/ outros familiares, cônjuge e filhos</i>	4,0 %		11,8 %	

No **Quadro 4.3.2.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere aos itens sócio-demográficos nele apresentados.

Presidente Dutra – Em relação à ocupação principal, a maioria das mulheres da amostra eram domésticas (83,3%), sendo que a ocupação que depois aparece por ordem decrescente de percentagem, é o trabalho não manual onde estão englobadas profissões como comerciante e professora, mas mesmo assim ao seu valor é de apenas 6,1%. No que se refere a uma outra ocupação, 93,9% das gestantes não faz mais nada

Joselândia – Na amostra de grávidas desta cidade 61,8% das mulheres referiram doméstica como ocupação principal. Lavradora foi referido por 14,7% da amostra e igual percentagem indicou trabalho não manual. No que se refere a uma outra ocupação, 91,2% das gestantes

não faz mais nada e as que fazem, desenvolvem, normalmente, uma actividade manual (5,9%), como costureira ou lavadeira.

Quadro 4.3.2.

		Grávidas Pres. Dutra (n=114)	Grávidas Joselândia (n=34)
		%	%
Ocupação principal	<i>Doméstica</i>	83,3	61,8
	<i>Estudante</i>	4,4	5,9
	<i>Lavadora</i>	2,6	14,7
	<i>Trab. não manual</i> ^(a)	6,1	14,7
	<i>Trab. manual</i> ^(b)	3,5	2,9
Outras ocupações	<i>Não tem</i>	93,9	91,2
	<i>Trab. não manual</i> ^(a)	2,6	2,9
	<i>Trab. manual</i> ^(b)	3,5	5,9

^(a) estão incluídas ocupações como: comerciante, zeladora, secretária, professora, empregada de mesa em restaurante, entre outros.

^(b) estão incluídas ocupações como: costureira, empregada doméstica, cortar lenha, lavadeira, manicure, entre outros.

No **Quadro 4.3.3.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere ao número de filhos e à idade aquando do nascimento do primeiro filho.

Presidente Dutra – O número médio de filhos, das gestantes da amostra é de 1,40 ($\pm 1,56$), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 7 filhos. Para as que indicaram pelo menos uma criança, foi-lhes perguntado quantos anos tinham quando nasceu o seu primeiro filho e verificou-se que a média dessa idade era de 18,10 anos ($\pm 3,75$), variando entre uma idade mínima de 12 anos e uma máxima de 31.

Joselândia – O número médio de filhos, das gestantes da amostra é de 1,06 ($\pm 0,95$), variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 3 filhos. Para as que indicaram pelo menos uma criança, foi-lhes perguntado quantos anos tinham quando nasceu o seu primeiro filho e verificou-se que a média dessa idade era de 18,87 anos ($\pm 4,00$), variando entre uma idade mínima de 13 anos e uma máxima de 28.

Quadro 4.3.3.

	Grávidas Presidente Dutra (n=114)		Grávidas Joselândia (n=34)	
	média	D.P.	média	D.P.
Nº de filhos	1,40	± 1,56	1,06	0,95
Idade quando nasceu o 1º filho	18,10	± 3,75	18,87	4,00

No **Quadro 4.3.4.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere a hábitos tabágicos e de álcool.

Presidente Dutra – Quando foram questionadas acerca dos seus hábitos tabágicos, das 114 grávidas, 92 (80,7%) responderam que não fumavam. Das restantes 22 (19,3%) que responderam de forma afirmativa a esta questão, a média de cigarros por dia é de 5,60 (± 5,40). No que se refere a álcool verificou-se que, da pequena percentagem de mulheres que afirmou consumir este tipo de bebidas a média é de 10,80 (± 10,40), copos por mês, quase sempre ao fim-de-semana.

Joselândia – Nesta amostra, 11,8% das grávidas afirmou que fumava e que a média de cigarros por dia era de 7,12 (± 8,72). No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria das grávidas respondeu de forma negativa, 97,1%. Das restantes 2,9% que afirmaram que costumavam beber este tipo de bebidas, o média de consumo é de 2,00 (± 2,00) copos por mês.

Quadro 4.3.4.

		Grávidas Pres. Dutra (n=114)		Grávidas Joselândia (n=34)	
		Média / %	D.P.	Média / %	D.P.
Fuma	Sim	19,3 %		11,8 %	
	Não	80,7 %		88,2 %	
Quantos cigarros/dia		5,60	± 5,40	7,12	± 8,72
Bebe bebidas alcoólicas	Sim	8,8 %		2,9 %	
	Não	91,2 %		97,1 %	
Quantos copos/mês		10,80	± 10,40	2,00	± 2,00

No **Quadro 4.3.5.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere ao acesso a informação sobre alimentação na gravidez.

Presidente Dutra – na amostra de grávidas desta cidade, 88,6% nunca tinha tido informação sobre alimentação na gravidez. As outras 13 (11,4%) gestantes receberam este tipo de informação principalmente através de pessoal de saúde (57,6%) e do Centro Comunitário (23,1%).

Joselândia – no que se refere ao facto de já terem tido informação sobre alimentação na gravidez, 23,5% da amostra respondeu de forma afirmativa, sendo os únicos veículos desta informação o pessoal de saúde em 50% dos casos e a Pastoral da Criança nos outros 50%.

Quadro 4.3.5.

		Dutra (n=114)	Grávidas Joselândia (n=34)
		%	%
Acesso a informação sobre alimentação na gravidez	<i>Sim</i>	11,4	23,5
	<i>Não</i>	88,6	76,5
Sim – qual a fonte	<i>Pessoal de saúde</i>	57,6	50,0
	<i>Centro comunitário</i>	23,1	50,0
	<i>Pastoral da Criança</i>	11,6	0,0
	<i>Rádio</i>	7,7	0,0

No **Quadro 4.3.6.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere à alteração dos hábitos alimentares.

Presidente Dutra – Quando questionadas quanto a uma possível alteração dos seus hábitos alimentares, 57,0% das grávidas responderam negativamente. Das 49 mulheres (43%) que responderam que alteraram a sua alimentação, a razão mais apontada foi o facto de terem mais apetite, 55,1% o que levou a que a alteração desses hábitos se traduzisse principalmente por uma maior ingestão de todos os alimentos (58,8%). Razões de mudança específicas da gravidez, como preocupação de alimentar o bebé foi referido apenas por 12,2% da amostra.

Joselândia – Nesta amostra de grávidas, 55,9% não alterou os seus hábitos alimentares. Das que alteraram (44,1%), o motivo referido por 73,3% das mulheres foi terem mais apetite,

verificando-se que a forma como mudaram, mais vezes indicada (73,3%), foi terem passado a comer mais.

Quadro 4.3.6.

		Presidente Dutra (n=114)	Grávidas Joselândia (n=34)
		%	%
Mudança de hábitos alimentares	<i>Sim</i>	43,0	44,1
	<i>Não</i>	57,0	55,9
Razão da mudança	<i>Mais apetite</i>	55,1	73,3
	<i>Enjoo</i>	28,6	0,0
	<i>Pq tem de alimentar o bebé</i>	12,2	13,3
	<i>Menos apetite</i>	4,1	13,4
De que forma mudou	<i>Come mais</i>	58,8	73,3
	<i>Come menos</i>	27,5	13,3
	<i>Come mais fruta</i>	5,9	6,7
	<i>Bebe mais leite e líquidos em geral</i>	3,9	0,0
	<i>Come menos gordura</i>	3,9	0,0
	<i>Come a horas certas</i>	0,0	6,7

No **Quadro 4.3.7.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere a alergias e preferências alimentares.

Presidente Dutra – A maioria das grávidas referiu não ter qualquer tipo de alergia alimentar, 95,6%. No que se refere a preferências alimentares, o leque de alimentos referidos é bastante largo, no entanto verificou-se que a fruta assume o papel principal sendo indicada em 54,4% dos casos.

Joselândia – das 34 gestantes inquiridas nenhum indicou ter alguma alergia alimentar. Quanto a preferências alimentares, a fruta é sem dúvida o alimento mais apreciado por estas mulheres tendo sido referido por 52,9% das participantes.

Quadro 4.3.7.

		Presidente Dutra (n=114)	Grávidas Joselândia (n=114)
		%	%
Alergias alimentares	<i>Não tem</i>	95,6	100,0
	<i>Pepino</i>	0,9	0,0
	<i>Abacaxi</i>	0,9	0,0
	<i>Feijão</i>	0,9	0,0
	<i>Limão e manga</i>	0,9	0,0
	<i>Suco de caju</i>	0,9	0,0
Preferências alimentares	<i>Fruta</i>	54,4	52,9
	<i>Carne</i>	11,4	11,8
	<i>Não tem</i>	7,9	0,0
	<i>Produtos hortícolas</i>	7,9	0,0
	<i>Arroz, feijão e carne</i>	3,5	2,9
	<i>Fruta e prod. Hortícolas</i>	1,8	5,9
	<i>Arroz e feijão</i>	1,8	5,9
	<i>Sucos de fruta</i>	1,8	0,0
	<i>Doces</i>	1,8	5,9
	<i>Feijão</i>	1,8	2,9
	<i>Outros^(a)</i>	6,3	11,6

^(a) nos "outros" estão incluídos alimentos como: massa, comidas azedas, peixe, iogurte, arroz, sopa, feijão, vitamilho com manteiga, queijo, pizza e sorvete.

No **Quadro 4.3.8.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere ao seu estado de saúde.

Presidente Dutra – quando se pergunta se costuma ir regularmente (de 3 em 3 meses) ao médico, 67,5% das grávidas respondem que sim. Quanto à presença actual ou recente de doença 85,1% responderam negativamente, mas apenas 43,9% não usa ou não usou recentemente (menos de 6 meses) qualquer medicamento. Outros 43,9% referiram que tomam ou tomaram vitaminas.

Joselândia – 55,9% das gestantes desta amostra disseram que costumavam ir ao médico pelo menos uma vez de três em três meses. A maioria das inquiridas não apresenta doença actual ou recente, 88,3%. Quanto ao uso de medicamentos, verificou-se que grande parte das grávidas (55,9%) toma ou tomou recentemente vitaminas.

Quadro 4.3.8.

		Outra (n=114)	Grávidas Joselândia (n=)
		%	%
Costuma ir ao médico regularmente	Sim	67,5	55,9
	Não	32,5	44,1
Doença actual/recente	Não	85,1	88,3
	Gripe	4,4	5,9
	Hemorragias	3,5	0,0
	Febre	2,6	5,9
	Outros ^(a)	4,5	5,8
Uso de medicamentos actual/recente	Não	43,9	35,3
	Vitaminas	43,9	55,9
	Anti-anémicos	4,4	2,9
	Analgésicos	3,5	0,0
	Outros ^(b)	5,4	5,9

^(a) em "outros" estão incluídas problemas como: dengue, gastrite, fraqueza, dores de cabeça e dores de barriga.

^(b) em "outros" estão incluídos medicamentos como: anti-eméticos, anti-inflamatórios, vacina do tétano, medicamentos para a dengue, para a tensão arterial e para o sistema nervoso

Nos **Quadros 4.3.9. e 4.3.10** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere ao aumento ou diminuição da ingestão de alimentos devido à gravidez.

Presidente Dutra – Quando se perguntou se passaram a comer mais, algum alimento, devido à gravidez, a percentagem de gestantes que respondeu que sim foi de: 35,1% (n=40). Destas 40 mulheres, os alimentos escolhidos em relação ao aumento de consumo foi a fruta (38,2%) e o leite (20,0%). A razão mais apontada para este aumento foi o facto de ser benéfico para o bebé (44,2%), havendo, porém, uma percentagem interessante (20,9%) de participantes que referiram que a razão do aumento da ingestão de certos alimentos se devia unicamente a desejo. Por outro lado, quando se refere a deixar de comer algum alimento devido à gravidez, a percentagem de gestantes que respondeu afirmativamente baixa para 25,4%, das quais o alimento mais recusado foi igualmente a fruta com 28,9% das respostas, seguida da carne, com 18,4%. A razão mais indicada para esta diminuição de consumo foi o facto de a maior parte das grávidas terem enjoado estes alimentos, 69,0%.

Joselândia – Nesta cidade, 23,5% das inquiridas responderam que aumentaram a ingestão de alguns alimentos devido à gravidez. Os alimentos responsáveis por esse aumento foram o leite (87,5%) e a fruta (12,5%). A única razão apontada foi o facto de fazer bem ao bebé. No que se refere a deixar de comer algum alimento por causa de estar grávida, das 34 participantes apenas 2 (5,9%) apresentaram resposta positiva, sendo os alimentos visados, a carne em 50% dos casos e o peixe nos outros 50%. A razão pela qual puseram de parte estes alimentos divide-se em dois tipos de respostas, uma porque faz mal ao bebé (50%) e outra devido a enjojo (50%).

Quadro 4.3.9.
Grávidas Pres. Outra (n=10)

		%	%
Alimentos que come mais devido a gravidez	<i>Fruta</i>	38,2	12,5
	<i>Leite</i>	20,0	87,5
	<i>Sucos</i>	9,1	0,0
	<i>Beterraba</i>	9,1	0,0
	<i>Doces</i>	7,3	0,0
	<i>Carne</i>	5,5	0,0
	<i>Chá</i>	3,6	0,0
	<i>Outros ^(a)</i>	7,2	0,0
Razão para comer mais certos alimentos	<i>Pq é bom p/ o bebé</i>	44,2	100,0
	<i>Por desejo</i>	20,9	0,0
	<i>Para ficar vitaminada</i>	11,6	0,0
	<i>Pq faz bem ao sangue</i>	9,3	0,0
	<i>Para criar leite</i>	7,0	0,0
	<i>Outros ^(b)</i>	6,9	0,0

^(a) estão incluídos alimentos como: peixe, ovos, caldos e café.

^(b) estão incluídas razões como: "o povo diz que faz bem", "porque a agente da pastoral aconselhou" e "para ficar forte"

Quadro 4.3.10.

		Presidente Dutra (n=29)	Grávidas Joselândia (n=29)
		%	%
Alimentos que deixou de comer devido à gravidez	Fruta	28,9	0,0
	Carne	18,4	50,0
	Peixe	10,5	50,0
	alimentos azedos	7,9	0,0
	Arroz	7,9	0,0
	Pão	5,3	0,0
	Favas	5,3	0,0
	Doces	5,3	0,0
	Outros ^(a)	10,5	0,0
Razão para deixar de comer certos alimentos	Pq enjoou	69,0	50,0
	Pq faz mal ao bebé	20,7	50,0
	Outros ^(b)	10,3	0,0

^(a) estão incluídos alimentos como: água de coco, leite, comidas salgadas e "comidas carregadas".

^(b) estão incluídas razões como: "o povo diz que faz mal", "porque sente mal estar quando come esses alimentos" e "por causa de uma vitamina que tomou".

Nos **Quadros 4.3.11.** estão expostos os resultados, abaixo descritos, que permitem fazer a caracterização das amostras de grávidas de Presidente Dutra e Joselândia, no que se refere hábitos de "pica".

Presidente Dutra – No que se refere à ingestão de substâncias não alimentares, das 114 inquiridas 28, ou seja 24,6%, disseram que já o tinham feito. Para estas mulheres verificou-se que a substância preferida era o barro com 60,6% das escolhas, seguindo-se o gelo com 24,3% e ainda a terra com 9,1%. A razão apontada para este tipo de ingestão foi maioritariamente o facto de sentirem desejo (96,4%), referindo, apenas uma pessoa, que ingeria este tipo de substâncias porque o médico lhe dissera que era normal.

Joselândia – Nesta amostra, 38,2% das gestantes afirmaram que já tinham ingerido substâncias não alimentares, sendo a substância mais referida o barro (57,1%) e ainda o gelo com 35,7% das escolhas. A única razão que as levou a ingerir este tipo de substâncias foi o desejo que sentiam para tal.

Quadro 4.3.11.

		Dutra (n=28)	Grávidas Joselândia (n=1)
		%	%
Ingestão de substâncias não alimentares	<i>Barro</i>	60,6	57,1
	<i>Gelo</i>	24,3	35,7
	<i>Terra</i>	9,1	7,1
	<i>Carvão</i>	3,0	0,0
	<i>Tijolo</i>	3,0	0,0
Razão da ingestão	<i>Desejo</i>	96,4	100,0
	<i>Pq o médico diz que é normal</i>	3,6	0,0

4.4. Comparação entre características das grávidas de Presidente Dutra que foram à palestra e grávidas que não foram.

No **Quadro 4.4.1.** estão apresentados os resultados dos testes estatísticos efectuados, como tentativa de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre características das grávidas que foram (n= 77) e as que não foram (n=37) à palestra, por forma a especular-se sobre a razão da diferença destes dois comportamentos. Depois de realizados os testes, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas para qualquer das variáveis analisadas.

Quadro 4.4.1.

	Gráv. que foram (n= 77)	Gráv. que n foram (n= 37)	
Idade	21,49 ± 5,35	22,39 ± 5,48	0,412
Estado civil ^a			0,530
Sabe ler ^a			0,444
Sabe escrever ^a			0,444
Escolaridade (nº de anos)	4,16 ± 2,36	4,30 ± 2,94	0,799
Ocupação principal ^a			0,674
Outras ocupações ^a			0,447
Com quem vive ^a			0,661
Mês de gravidez actual	5,63 ± 1,82	5,72 ± 2,04	0,814
Fuma ^a			0,278
Qtos cigarros por dia	5,74 ± 5,84	5,40 ± 4,28	0,907
Bebe bebidas alcoólicas ^a			0,112
Qtos copos por mês	8,67 ± 8,48	30,00 ± 0,00	0,000
Nº de filhos	1,29 ± 1,51	1,65 ± 1,65	0,205
Idade quando nasceu o 1º filho	17,88 ± 3,91	18,54 ± 3,48	0,471
Costuma ir ao médico regularmente ^a			0,097
Já teve informação sobre alimentação ^a			0,890

^a para estas variáveis não é apresentada a média por tratar-se de variáveis nominais, nas quais não faz sentido calcular este valor

4.5. Avaliação das diferenças de conhecimentos das grávidas de Presidente Dutra sobre alimentação na gravidez, antes e após a palestra:

No **Quadro 4.5.1.** estão apresentados os resultados que permitem avaliar as diferenças entre os conhecimentos das grávidas antes e após a palestra. As questões analisadas foram aquelas que pelo seu conteúdo, são capazes de ajudar a inferir sobre o que as gestantes sabem sobre alimentação na gravidez, de acordo com a informação que foi transmitida na palestra.

Analisando as diferenças entre as respostas do 1º e do 2º inquérito das grávidas que estiveram presentes na palestra (n=77), verifica-se na 1ª entrevista apenas 27,3% da amostra afirmou saber como se alimentar durante a gravidez, subindo essa percentagem, na 2ª entrevista, para 92,2% ($p = 0,000$). As grávidas que responderam afirmativamente passaram a explicar como julgavam que devia ser a sua alimentação nesta fase da vida. A diversidade de respostas foi muito grande tendo-se transformado esta questão em número de tópicos diferentes indicados. Assim, no 1º inquérito a média de itens referidos foi de 1,86 ($\pm 0,79$) enquanto que no 2º foi de

3,28 ($\pm 1,57$) ($p = 0,000$). No entanto, se se analisar tópico a tópico, na maioria dos casos as diferenças não são significativas, apenas o seu conjunto tem significado estatístico. Os únicos itens, que isoladamente apresentam diferenças estatisticamente significativas são: “comer a horas certas” ($p = 0,049$), “não comer comidas carregadas” ($p = 0,009$), “comer mais pão no fim do tempo” ($p = 0,034$) e “beber mais leite” ($p = 0,000$); para tópicos como “comer mais”, “comer mais no fim do tempo”, “alimentar-se bem”, “tomar sempre o pequeno-almoço”, “comer mais ovos”, “comer mais carne”, “comer mais peixe”, “comer mais fruta”, “beber mais líquidos”, “comer pouca gordura”, “comer pouco açúcar”, “comer sopas e caldos”, “não beber álcool”, “não fumar” e “não comer gelo, barro ou terra”, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, verifica-se que no 2º inquérito as percentagens foram sempre superiores.

No que se refere ao conhecimento sobre condições físicas ideais, no momento de engravidar, verificou-se que a percentagem de respostas afirmativas aumentou de 3,9% para 85,7% ($p = 0,000$). Do mesmo modo que aconteceu na questão anterior, o leque de condições referidas foi grande, tendo-se optado por avaliar o número de tópicos diferentes indicados. Assim, na primeira entrevista foram indicados em média 1,00 ($\pm 0,00$) enquanto que na segunda esse valor subiu para 2,14 ($\pm 1,04$) ($p = 0,000$). Ao analisar isoladamente cada condição referida, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas para nenhuma. Porém, no primeiro inquérito apenas foram indicadas duas condições: “estar bem nutrida” (33,3%) e “ter o peso certo” (66,7%). No segundo inquérito, para além da percentagem de gestantes que referiram estas condições ter aumentado, 34,8% e 78,8%, respectivamente, surgiram novos itens que embora não apresentem resultados estatisticamente significativos contribuíram para o total ter significado estatístico; são exemplo dessas condições: “estar desparasitada” (33,3%), “não fumar” (31,8%), “não beber álcool” (27,3%), “não estar magra” (3,0%) e “não beber café”, “não estar doente” e “não ter gravidezes repetidas muito próximas” (cada uma com 1,5%).

Quanto ao facto da alimentação da grávida dever ser diferente da do resto da família e a razão dessa diferença, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o 1º e o 2º inquérito. Numa primeira entrevista 50,6% respondeu que julgava que a sua alimentação deveria ser diferente e na segunda entrevista a percentagem de respostas afirmativas foi de 75,3% ($p = 0,002$). No que se refere à razão dessa diferença, inicialmente as gestantes

referiram maioritariamente que era devido ao bebé (64,1%), e no 2º inquérito houve uma maior diversidade de respostas, sendo as mais vezes ditas o facto de ter que alimentar a mãe e o bebé - comer para dois (36,2%) e tal como no início, devido ao bebé (34,5%) ($p = 0,001$).

Quando se perguntava se no momento de engravidar era preferível a mulher estar magra ou com o peso um pouco acima do ideal, no primeiro inquérito as respostas dividiram-se entre uma e outra opção de forma muito parecida, 50,6% optou por "estar magra" e 49,4% optou por "ter o peso um pouco acima do ideal". No segundo inquérito, a percentagem de gestantes que referiu que era preferível estar ligeiramente gorda foi muito maior (87,0%) ($p = 0,000$).

Antes da palestra, 58,4% das participantes referia que a alimentação de uma grávida adolescente deveria ser igual à de uma grávida adulta; a restante percentagem, embora de uma forma não muito marcada, inclinava-se mais para dizer que a grávida adolescente devia comer menos (23,4%). Verificou-se que depois da palestra, esta tendência alterou-se ($p = 0,000$), tendo 89,6% das participantes respondido que uma grávida adolescente precisa de comer mais que a adulta e as restantes 10,4% referiram que a alimentação deveria ser igual para ambas.

Analisando as questões em que se pretendia saber se as inquiridas julgavam que a sua alimentação durante a gravidez podia ou não influenciar a capacidade de produção de leite e o peso do bebé ao nascer, verificou-se que do primeiro para o segundo inquérito existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em ambas as perguntas, aumentado de forma clara, a percentagem de respostas afirmativas.

Quanto aos conhecimentos sobre a correcta evolução do peso durante a gravidez, foram consideradas respostas certas, todas as que referiram um aumento global de peso entre os 8Kg e os 16Kg. Assim, no primeiro inquérito, a percentagens de respostas consideradas correctas foi de 3,9%, sendo que 93,5% disse não saber como deve ser a evolução do peso. No segundo inquérito, apenas 16,9% das participantes continua sem saber como deve evoluir o seu peso ao longo da gravidez, mas a percentagem de respostas correctas subiu 77,9%. A restante percentagem (5,2%) engloba respostas erradas, das quais são exemplos: "aumentar 50 Kg" e "aumentar 1 ou 2 Kg". Verifica-se, portanto, diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo inquérito, $p = 0,000$.

Quadro 4.5.1.

	1º inquérito (n= 77)	2º inquérito (n= 77)	p
Sabe como alimentar-se na gravidez ^a			0,000
Quantos tópicos refere	1,86 ± 0,79	3,28 ± 1,57	0,000
Condições físicas ideais ao engravidar ^a			0,000
Quantas condições refere	1,00 ± 0,00	2,14 ± 1,04	0,000
Alimentação semelhante do resto da família ^a			0,002
Razão de ser diferente ^a			0,001
Qd se engravida é melhor estar magra ou ligeira/e gorda ^a			0,000
Alimentação das grávidas adolescentes em relação às adultas ^a			0,000
Influência da alimentação da grávida na amamentação ^a			0,000
Alimentação na gravidez e peso do bebé ao nascer ^a			0,000
Evolução do peso ao longo da			0,000

^a para estas variáveis não é apresentada a média por tratar-se de variáveis nominais, nas quais não faz sentido calcular este valor

4.6. Avaliação das diferenças de conhecimentos das grávidas de Joselândia sobre alimentação na gravidez, no primeiro e no segundo inquérito:

No **Quadro 4.6.1.** estão apresentados os resultados dos testes estatísticos efectuados, que permitem avaliar as diferenças entre os conhecimentos das grávidas de Joselândia no primeiro e no segundo inquérito. As questões analisadas foram as mesmas de Presidente Dutra, por forma a ser utilizada como comparação.

As grávidas dos três bairros de Joselândia funcionaram como população controlo, não sendo, portanto, esperadas diferenças estatisticamente significativas nos seus conhecimentos, entre primeiro e o segundo inquérito, uma vez que não lhes foi transmitida, pelo nutricionista, qualquer informação sobre alimentação na gravidez. Assim, após os testes, verificou-se que os seus resultados foram os que se esperavam, ou seja, embora houvesse alteração em algumas questões, essas alterações não foram suficientes para que existissem diferenças estatisticamente significativas do primeiro para o segundo inquérito, sendo o valor de *p* sempre superior a 0,05.

Quadro 4.6.1.

	1º inquérito (n= 34)	2º inquérito (n= 34)	p
Sabe como alimentar-se na gravidez ^a			0,793
Quantos tópicos refere	1,81 ± 0,98	1,90 ± 0,83	0,817
Condições físicas ideais ao engravidar ^a			0,642
Quantas condições refere	1,50 ± 0,71	1,33 ± 0,58	0,789
Alimentação semelhante do resto da família ^a			1,000
Razão de ser diferente ^a			0,917
Qd se engravida é melhor estar magra ou ligeira/e gorda ^a			0,863
Alimentação das grávidas adolescentes em relação às adultas ^a			0,644
Influência da alimentação da grávida na amamentação ^a			1,000
Alimentação na gravidez e peso do bebé ao nascer ^a			0,781
Evolução do peso ao longo da			0,865

^a para estas variáveis não é apresentada a média por tratar-se de variáveis nominais, nas quais não faz sentido calcular este valor

5. Discussão

Por razões logísticas, o tempo de trabalho junto da população alvo, foi de apenas três meses o que trouxe certas implicações, das quais a principal foi a necessidade de que a fase de planeamento do estudo, que é talvez a mais importante para o seu sucesso, se realizasse em Portugal.

O ideal seria ter chegado ao Brasil e passar, inicialmente, por uma fase de observação e de levantamento das características da população e só depois construir os materiais de acordo com o observado (Jelliffe, 1989; Oshaug, 1993; FAO, 1994). Neste caso, devido às condicionantes de tempo, o processo ocorreu no sentido inverso, ou seja, os materiais foram elaborados em Portugal e no Brasil verificou-se a sua adequação à situação, nomeadamente no que respeita ao inquérito e à palestra.

Assim, optou-se por construir, com base em bibliografia e nas informações chegadas do Brasil por via telefónica, um inquérito de aplicação indirecta, já que, embora não de uma forma muito detalhada, sabia-se que a população a estudar tinha baixo grau de escolaridade. Por outro lado, com este tipo de inquérito, o inquiridor podia explicar o que realmente pretendia com cada questão, limitando o problema da interpretação e linguagem utilizada.

Do inquérito, constava um número razoável de questões abertas, no que se refere a conhecimentos; a razão para tal, foi precisamente o facto de não se conhecer a população e portanto não se saber muito bem o tipo de respostas esperadas. Além disso, as questões abertas indicam o nível de conhecimento que os inquiridos têm relativamente ao tópico, a relevância e intensidade dos seus sentimentos em relação a esse tópico e ainda evitam os "efeitos de formato" associados às questões fechadas, o que era muito importante nos itens em que foram utilizadas (Campos, 1996).

Para a aplicação do questionário, o inquiridor deslocou-se a casa de todas grávidas que constavam na lista da Pastoral da Criança, pois partiu-se do princípio que desta forma a empatia causada nas gestantes seria muito maior e o inquiridor teria possibilidade de perceber, de uma forma mais real, as condições de vida das inquiridas (WHO, 1986). Por outro lado, embora se tratasse de uma população pequena, os meios de comunicação não eram os

melhores, havendo a possibilidade de alguma grávida ficar de fora do estudo por não ter sido avisada da sua realização.

Sendo nosso objectivo compreender apenas as características da população geral, podia-se pensar que não seria necessário um inquérito para atingirmos este objectivo. Talvez a observação e o contacto com a população fossem suficientes para sabermos o que queríamos. No entanto, só através de dados escritos, que foram mais tarde analisados, é que foi possível entender e apreceber-mo-nos de algumas características da população alvo.

O inquérito elaborado em Portugal sofreu algumas alterações, após se ter feito um pré-teste com um número reduzido de elementos da população geral e das grávidas, ficando o inquérito definitivo mais adequado à realidade daquela população.

No que respeita à palestra, que foi o material de educação deste estudo, a sua idealização e pré-construção foram feitas em Portugal, uma vez que não se sabia da possibilidade de, em Presidente Dutra, proceder-se à sua elaboração por falta de material e tecnologia apropriados. Sabia-se apenas que existia um projector de slides, no entanto levou-se outro tipo de material (acetatos) para a necessidade de se fazer alterações em relação ao que estava previsto na palestra.

No final da palestra foi entregue um panfleto resumo, pois, como já foi verificado por Coombs D. et al, 1998; este tipo de material é uma boa forma de ajudar a população a adquirir conhecimentos e, até mesmo, a mudar atitudes.

Para a melhoria da qualidade do estudo arranjou-se uma população controlo que pudesse evidenciar a acção do nutricionista e despistar algum factor que influenciasse os conhecimentos das grávidas. O ideal seria o grupo controlo pertencer à mesma população que o grupo dos casos. No entanto, por se tratar de uma população relativamente pequena, se isto acontecesse, não ficaria assegurada a não passagem de informação entre os casos e os controlos. Desta forma, e verificando numa primeira abordagem que as gestantes de Joselândia tinham características muito semelhantes às de Presidente Dutra, utilizou-se as gestantes de Joselândia como grupo controlo. Estas semelhanças foram mais tarde comprovadas quando se verificou a homogeneidade das duas amostras.

Neste trabalho, não foi testada a consistência do método utilizado, no entanto, por questões de tempo e de condições de trabalho, não era possível usar outro método que viesse provar a consistência do utilizado.

Na caracterização da população geral de ambas as cidade, foi utilizada uma amostra recolhida aleatoriamente tendo-se apenas em atenção a dimensão dos bairros em relação ao número de inquiridos de cada bairro. Não podemos por isso garantir que estas amostras sejam representativas da população geral. Foi feito todo o esforço para que a recolha das amostra da população geral fosse o mais correcta possível, de forma a garantir a sua representatividade, no entanto, as condições de trabalho existentes não permitiam utilizar qualquer metodologia. Logo nos primeiros dias solicitou-se a ajuda do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do local, a qual foi cedida apenas passado quase três meses, e mesmo assim, os dados fornecidos referiam-se a datas bastante antigas e eram pouco seguros, pois segundo o próprio IBGE, era muito difícil fazer uma contabilização da população por tratar-se de uma população com características ainda um pouco nómadas. Assim, embora não podendo garantir que a amostra utilizada é representativa da população geral, tentou-se fazer uma recolha aleatória tentando que o número de inquiridos por bairro fosse mais ou menos proporcional à dimensão desse mesmo bairro.

Ainda no que se refere a amostras, a população de grávidas deste estudo incluiu todas as mulheres inscritas na lista da Pastoral da Criança que estavam grávidas aquando do primeiro inquérito. Se o trabalho fosse feito hoje e se se soubesse da quantidade de grávidas existentes naqueles bairros, ter-se-ia acrescentado alguns critérios de exclusão, como por exemplo, só entrariam no estudo mulheres que estivessem com menos de oito meses de gestação, já que o trabalho decorreu no período de um a dois meses, não se perdendo, desta forma, mulheres por já terem tido bebé. Um outro factor que poderia levar à exclusão do estudo seria o facto de não saber ler e escrever. No entanto, não parece ético que por ser analfabeta, uma pessoa fique impedida de receber informação. Por outro lado embora o panfleto e o convite fossem escritos, durante a palestra todos os slides foram explicados oralmente. E como a percentagem de inquiridos que se encontravam neste estado, é parecida nas duas cidades, a distribuição não seria influenciada. Outra razão que levou à não exclusão destes indivíduos foi que, não sendo

a amostra muito grande, ao colocar em prática este factor de exclusão, o número de participantes seria demasiado reduzido.

Os dados gerais foram discutidos com os responsáveis do Centro Comunitário Nossa Senhora de Fátima que nos disseram que as informações recolhidas estavam de acordo com a realidade da população, no entanto o objectivo foi apenas de melhor conhecer a população não se podendo comparar as duas cidades, já que as amostras podem não ser representativas das cidades.

No que diz respeito aos resultados da população geral e sabendo que de uma forma geral as populações de Presidente Dutra e de Joselândia são bastante parecidas, verifica-se que existem algumas diferenças principalmente no que respeita à escolaridade e consequentemente na capacidade de ler e de escrever. Verifica-se uma maior escolarização na população de Joselândia, o que talvez se deva ao facto de, como a cidade é mais pequena, os bairros da periferia onde foi feito o inquérito, ficam muito perto do centro da cidade, havendo, portanto, mais fácil acesso a escolas, em geral. Para além disso, a diferença da idade média nas duas populações, ainda que não muito marcada, pode ser responsável pelo maior grau de escolaridade da população de Joselândia. A proximidade com o centro parece ter também efeitos no tipo de profissões e outras ocupações predominantes em cada cidade, ou seja, na população de Presidente Dutra, a qual se encontra mais distante do centro, a percentagem de lavradores é quase o dobro da de Joselândia, enquanto que nesta última cidade, a percentagem de indivíduos com profissões referentes a trabalhos não manuais é bastante mais elevada. Verifica-se ainda, que existe uma grande diferença de percentagem entre quem tem água corrente, em Presidente Dutra e em Joselândia, no entanto esta diferença pode, de um momento para o outro, ser anulada, uma vez que a razão pela qual, em Joselândia, este valor é muito baixo, deve-se ao facto de um dos poços de abastecimento da cidade estar avariado, contudo, a população já teve água corrente e tem a canalização preparada para voltar a ter.

Ao contrário do que acontece nas países ocidentais, uma boa parte desta população ainda cultiva e cria animais, para consumo próprio. Tal pode significar que se o objectivo da intervenção for alterar a alimentação da população, uma boa estratégia poderá ser, intervir a nível da quantidade e das espécies cultivadas e animais criados.

Pelo facto de ser o homem, o responsável pela compra de alimentos para a casa, pode significar que ele também deve ser alvo das estratégias de educação alimentar.

Nota-se uma ligeira discrepância entre as duas populações, no que se refere à existência de crenças ou tradições alimentares, podendo esta ser explicada, em parte, pela influência da Igreja Adventista sobre a população de Joselândia. Tal situação pode-nos levar a pensar que uma boa forma de intervir neste tipo de populações pode ser através da religião.

Quando se foi verificar até que ponto a amostra de grávidas de Presidente Dutra era semelhante à de Joselândia, realizou-se uma análise de grupos hierarquizada (Hierarchical Cluster Analysis) e para além disso, fizeram-se alguns testes para verificar as diferenças entre algumas características das duas amostras. Foram escolhidas as características que melhor identificam as populações e que de alguma forma podem influenciar os conhecimentos dos dois grupos de grávidas. O que se concluiu foi que não havia, para qualquer uma das características analisadas, diferenças estatisticamente significativas, sendo a que apresenta maior discrepância, a que se refere ao "acesso a informação sobre alimentação na gravidez". O facto das grávidas de Joselândia terem mais acesso a este tipo de informação, pode ser devido à cidade onde moram ser mais pequena, e portanto, a informação é mais facilmente transmitida.

Ao fazer a caracterização das grávidas de Presidente Dutra e de Joselândia verificou-se que ao contrário do que acontecia para a população geral, o grau de escolaridade destas mulheres é maior na primeira cidade.

Um dos factores que não foi analisado foi o número de filhos já falecidos. Esta informação importante não foi recolhida por poder levar a algum retraimento aquando do questionário.

Quando se perguntou se as grávidas tinham mudado os seus hábitos alimentares, verificou-se que uma percentagem elevada respondeu afirmativamente, no entanto, quando se vê as razões da mudança, as principais são o aumento do apetite ou o enjoo. Isto significa que as mulheres, embora tendo noção que alteraram a sua alimentação, normalmente não o fazem de uma forma consciente e propositada, a pensar no estado fisiológico em que se encontram (Carruth, 1991; Pope, 1992; Pope, 1997). Contrastando com a questão anterior, quando se pergunta se houve algum alimento que passaram a comer mais por estarem grávidas, das mulheres que responderam afirmativamente, a maioria delas argumentou que o fazia por

razões que mostravam algum cuidado em relação à gravidez. Por outro lado, quando a questão dizia respeito a alimentos que deixaram de comer por estarem grávidas, a maioria das mulheres que deu resposta afirmativa, apresentou como principal razão o facto de terem enjoado. Foi muito menor o número de gestantes que deixou de comer algum alimento do que as que passaram a comer mais algum, devido à gravidez. Talvez isto tenha acontecido porque, tratando-se de uma população muito carenciada, estas mulheres não podem deixar de comer certas coisas já que não têm outra alternativa, daí que só o façam mesmo quando enjoam. Curioso é verificar que o alimento mais referido como sendo o que passaram a comer mais por estarem grávidas é também o mais referido como sendo o que deixaram de comer.

Verificou-se que uma percentagem elevada das inquiridas não vai ao médico regularmente. Se por um lado está a lidar-se com uma população que não mostra muito interesse com os cuidados de saúde, por outro, a razão disto acontecer pode ser o facto de nestas cidades o número de médicos ser muito reduzido ou até nulo. Com os resultados obtidos pode-se dizer que os médicos não têm muita influência na alimentação da grávida, excepto no que se refere ao uso de vitaminas e minerais (Pope, 1997).

De todas as gestantes inquiridas, apenas 29 (37,6%) em Presidente Dutra e 2 (5,9%) em Joselândia afirmaram que já ingeriram substâncias não alimentares, das quais a mais referida foi o barro. No entanto, e sabendo que este tipo de prática é mais ou menos comum em populações com estas características, pode-se pensar que o número real de gestantes que tem hábitos de "pica" é mais elevado, mas talvez por vergonha ou medo, muitas tenham negado tal prática (Horner, 1991).

Uma vez que a todas as gestantes inquiridas, na primeira entrevista, foi dado a conhecer a realização da palestra, através do convite entregue pelo próprio inquiridor ou pelas agentes de saúde, o ideal era que as 114 gestantes comparecessem, no entanto, apenas estiveram presentes 77. Perante isto pareceu interessante tentar perceber, através das características de ambos os grupos (grávidas que foram e grávidas que não foram à palestra), se existia alguma diferença entre elas que as pudesse levar a tal comportamento. Uma vez feitos os testes verificou-se que só existiam diferenças estatisticamente significativas na quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas pelas grávidas dos dois grupos, porém, embora bastante importante, não é muito provável que este facto seja o responsável único pela ida, ou não, à palestra. Podem ter

sido influenciadas a ir à palestra, por factores externos às suas características como, maior vontade de receber informação sobre o tema, maior empatia provocada pelo inquiridor, disponibilidade em termos de tempo, entre outros. Um factor muito importante que pode fazer com que algumas grávidas não tenham ido à palestra foi o facto de nesse período ter nascido o seu filho. É uma das limitações do estudo, no entanto como já foi explicado anteriormente, não sabendo a quantidade de grávidas que era possível incluir no estudo, corria-se o risco de ficar com uma amostra demasiado pequena, por ter-se eliminado estas mulheres.

O espaço de tempo decorrido entre a palestra e o início da aplicação dos segundos inquéritos foi de quinze dias, uma vez o limite máximo para o começo da próxima tarefa, devido ao tempo restante de trabalho de campo era exactamente duas semanas. A aplicação do segundo inquérito, feita realizada apenas por um inquiridor e durou cerca de duas semanas, o que quer dizer que as últimas mulheres a serem inquiridas tiveram aproximadamente um mês de espera entre a palestra e este inquérito. Tal facto pode ter trazido consequências ao nível dos resultados obtidos, ou seja, pode ter acontecido que as primeiras grávidas a quem foi aplicado o segundo inquérito se lembrassem melhor do que foi dito na palestra, do que últimas grávidas a serem inquiridas, no entanto, por razões humanas era completamente impossível inquirir todas as grávidas em um ou dois dias, tendo-se tentado porém, fazê-lo o mais rápido possível. Comparando o primeiro com o segundo inquérito, quanto a conhecimentos sobre alimentação na gravidez, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas. Na questão sobre o que as grávidas sabiam de como alimentar-se no período de gestação, o que acontece é que realmente, se se avaliar apenas o facto de dizerem que sabem ou não sabem e o número de tópicos indicados no caso de saberem, as diferenças são significativas, mas ao avaliar cada um desses tópicos isso já não ocorre. Em poucos tópicos isolados as diferenças são estatisticamente significativas, no entanto existem sempre diferenças que apontam para que cada item tenha sido sempre mais referido no segundo inquérito. O mesmo se passa no que se refere às condições ideais em que a mulher se deve encontrar, na altura de engravidar. É normal que esta situação tenha ocorrido, já que era impossível todas as grávidas terem fixado todos os tópicos ou mesmo, os mesmos tópicos. Observando as outras variáveis analisadas em termos de conhecimentos, para outros subtemas, verifica-se que as diferenças são sempre estatisticamente significativas, mas nem todas com a mesma força. Ou seja, as percentagens

não evoluíram sempre na mesma proporção. Podem ser várias as razões que levaram as grávidas a fixar melhor alguns temas, exemplos dessas razões são: a novidade do tema, a estranheza do tema, o facto de por si só o tema ser mais agradável, a forma como foi transmitida a informação sobre o tema, no que diz respeito à postura do orador, ao tom de voz e à linguagem utilizada e ainda pode ter tido também influência o facto de o tema ter sido abordado logo no início da palestra (WHO, 1992).

Quando se perguntou se a gestante julgava que a sua alimentação durante a gravidez podia influenciar o peso do bebé ao nascer verificou-se que uma das principais diferenças entre as respostas do primeiro e do segundo inquérito foi que no primeiro apenas uma mulher referiu que alimentando-se bem o seu bebé nasceria bem nutrido, enquanto que no segundo, o número de mulheres com esta resposta subiu para dezasseis. Contudo, mesmo assim, a resposta mais vezes mencionada foi que a mãe alimentando-se bem o seu bebé nasceria "gordinho". Nesta questão estes dois tópicos foram separados, no entanto, pode ser que queiram dizer a mesma coisa, só que com expressões diferentes. A razão de tal ter ocorrido pode ter sido a dificuldade na linguagem e na forma de se expressar por parte do orador, perante as gestantes, o que as pode ter levado a confundir bem nutrido com "gordinho" (WHO, 1992).

A comparação entre os conhecimentos das grávidas de Joselândia, no primeiro e no segundo inquérito, veio dar mais expressão aos resultados obtidos em Presidente Dutra e à eficácia da acção do nutricionista.

Embora para todos os tópicos se tenha obtido os resultados esperados, ou seja, a ausência de diferenças estatisticamente significativas, não quer dizer que as respostas do primeiro e do segundo inquérito sejam exactamente iguais. Na verdade, verificam-se algumas diferenças. Porém, não pode pôr-se de lado o facto de se estar a trabalhar com pessoas e por isso tem de contar-se com o seu raciocínio, memória e até mesmo curiosidade. São, talvez, estes três factores, que no seu conjunto, levam a que exista diferenças entre as respostas do primeiro e do segundo inquérito aplicado às grávidas de Joselândia, ainda que não sejam estatisticamente significativas.

O facto destas diferenças não serem nunca estatisticamente significativas pode ser influenciado pelo tamanho da amostra, isto é, se a amostra fosse maior talvez se notassem mais diferenças.

Optou-se por estudar os dados desta forma mais geral, pois o tempo e o espaço escasseiam para outro tipo de tratamento. Por outro lado, se fizéssemos divisões e agrupamento de dados, o número de participantes englobados em cada grupo poderia não ser suficiente para se tirarem conclusões. Talvez num trabalho mais extenso fosse interessante avaliar a evolução dos conhecimentos das grávidas sobre alimentação na gravidez, distribuindo-as de acordo com o grau de escolaridade, o número de filhos, o facto de já terem tido informação sobre alimentação na gravidez, entre outros.

Durante o período de trabalho de campo, estivemos atentos à realização de qualquer evento, que pudesse influenciar os conhecimentos sobre alimentação/nutrição, nas duas populações em causa.

6. Conclusões

Em nutrição comunitária, a avaliação de um programa de intervenção é definida como: *"A recolha de dados e o uso da informação sistemática para julgar a exactidão da análise da situação, avaliar de forma crítica os recursos e estratégias seleccionadas para proporcionar feedback no processo de implementação e medição da eficácia e do impacte de um programa de acção"* (Oshaug, 1992) (FAO, 1995).

Depois de uma recolha bibliográfica extensa constatou-se ainda alguma escassez de trabalhos publicados sobre avaliação de programas em educação alimentar. Muitos estudos existentes revelam problemas de metodologia de investigação, o que põe em dúvida a sua validade.

As alterações nos conhecimentos alimentares/nutricionais, num período específico, podem ser atribuídos, pelo menos, a três efeitos: o efeito da educação alimentar (efeito líquido da intervenção), a efeitos exógenos à intervenção e a efeitos de desenho, que são artefactos do próprio processo de avaliação (FAO1995).

Neste trabalho o que se pretendia era avaliar a alteração dos conhecimentos devido ao efeito da educação alimentar, nunca esquecendo que os outros efeitos poderiam ter influencia nas alterações verificadas. Pode-se concluir que, apesar do método poder possuir algumas limitações, as informações recolhidas sugerem que este método é eficaz como forma de alterar os conhecimentos, nas condições e sobre as populações em que foi realizado.

Apesar deste trabalho incidir sobre conhecimentos, não podemos colocar de parte a sua influência positiva nas atitudes e comportamentos da população, o que nos leva a pensar que trabalhos e intervenções deste tipo têm grande vantagem, principalmente se forem realizados de uma forma regular.

Mesmo que não se tivessem verificado alterações dos conhecimentos das grávidas pela intervenção do nutricionista, o trabalho teria sempre, um saldo bastante positivo, já que se conseguiram ultrapassar bastantes obstáculos sem um apoio directo e imediato de outros profissionais, conseguiu-se compreender a realidade deste tipo de populações e a importância de uma intervenção mais intensa por parte de profissionais de saúde.

Para muitos autores a investigação em torno dos resultados obtidos com diferentes estratégias de educação alimentar deve ser prioritária na década de 90 (McManus, 1990). No entanto, a

intervenção do nutricionista no delinear de programas de educação e intervenção alimentar tem incidido propositadamente sobre a sua elaboração e aplicação, esquecendo a avaliação dos mesmos.

A avaliação de programas é um campo onde se recomenda uma participação activa de nutricionistas, de forma a melhorar a compreensão da utilidade e limites dos diversos métodos educativos.

7. Bibliografia

- Allen L. Pregnancy and iron deficiency: unresolved issues. *Nutrition Reviews* 1997; 55 (4): 91-101.
- Alpers DH, Stenson WF, Bier DM. *Manual of Nutritional Therapeutics*. Boston: Little, Brown and Company, 3th edition, 1995.
- Beard J. Iron deficiency: assesment during pregnancy and its importance in pregnant adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 59 (suppl.): 502S-10S.
- Blades M. Nutrition before and during pregnancy. *Nutrition & Food Science* 1998; 2: 99-101.
- Bondevik G, Eskeland B, Ulvik R, Ulstein M, Lia R, Schneede J, Kvåle G. Anaemia in pregnancy: possible causes and risk factors in nepali women. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000; 54: 3-8.
- Campos L. *Como Perguntar – Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora, 1996.
- Carruth B, Skinner J. Practitioners beware: regional differences in beliefs nutrition during pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association* 1991; 91 (4): 435-40.
- Coombs DW, Reynolds K, Joyner G, Blankson M. A self-help program to increase breastfeeding among low-income women. *Journal of Nutrition Education* 1998; 30: 203-9.
- FAO. *Guide Pour le Projects Participatifs de Nutrition*. Rome : Organization de Nations Unies pour L'Alimentation et L'Agriculture, 1994.
- Glanz K, Hewitt M, Rudd J. Consumer behavior and nutrition education: an integrative review. *Journal of Nutrition Education* 1992; 24 (5): 267-77.
- Graça P. *Avaliação do Impacte de um Método Educativo em Alimentação*, Tese de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 1994.

- Horner R, Lackey C, Kolasa K, Worren K. Pica practices of pregnant women. *Journal of the American Dietetic Association* 1997; 91 (1): 34-8.
- Israel RC, Foote D, Tognetti J. Operational guide lines for social marketing projects in public health and nutrition. *Nutrition Education Series*, issue 14. Paris: UNESCO, 1987.
- Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Community Nutritional Assessment With Special Reference to Less Technically Developed Countries*. New York: Oxford University Press, 1989.
- Luke B. *Nutrição Materna*. São Paulo: Livraria Roca LTDA, 1981.
- MacManus K. What can and what cannot be achieved by nutrition education? A challenge for the 1990s. *Proceedings of Nutrition Society* 1990; 49: 389-95.
- Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 9th edition, 1996.
- Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 10th edition, 2000.
- Mausner, Bahn. *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª edição, 1999.
- Nelson JK, Moxness K, Jensen M, Gastineau C. *Mayo Clinic Diet Manual: A Handbook of Nutrition Practices*. St. Louis: Mosby Company, 7th edition, 1994.
- OMS. *Guide pour la Formation en Nutrition des Agents de Santé Communautaires*. Genève: OMS, Deuxième édition, 1990.
- Oshaug A, Benbouzid D, Guilbert JJ. *Educational Handbook for Nutritional Trainer*. Geneva: WHO, 1993.
- Oshaug A. *Planeamento e Gestão em Nutrição Comunitária*. OMS, 1995.
- Peres E. *Saber Comer para Melhor Viver*. Lisboa: Editorial Caminho, 3ª edição, 1994.
- Pope J, Skinner J, Carruth B. Cravings and aversions of pregnant adolescents. *Journal of the American Dietetic Association* 1992; 92 (12): 1479-82.
- Pope J, Skinner J, Carruth B. Adolescent's self-reported motivation for dietary changes during pregnancy. *Journal of Nutrition Education* 1997; 29 (3): 137-44.

- ^(a)Scholl T, Hediger M. Anaemia and iron deficiency anaemia: compilation of data on pregnancy outcome. *American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 59 (suppl.): 429S-502S.
- ^(b)Scholl T, Hediger M, Scholl J, Khoo C, Fischer R. Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. *American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 60: 183-8.
- Silva D, Fonseca S. *Aleitamento Materno: Uma Alimentação Ecológica e Inteligente*. Porto: Departamento de Pediatria / Unidade de Nutrição / Faculdade de Medicina / Hospital de S. João / Instituto Superior de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 1997.
- Sims LS. Nutrition research: reaching toward the leading age. *Journal of the American Dietetic Association* 1987; 9 (suppl.): 10-18.
- Singh K, Fong Y, Arulkumaram S. Anaemia in pregnancy – a cross sectional study in Singapore. *European Journal of Clinical Nutrition* 1998; 52: 65-70.
- Vaughan JP, Morrow RH. *Manual of Epidemiology for District Health Management*. WHO, 1989.
- WHO. *Nutrition Handbook for Community Workers in the Tropics*. London: Macmillan / CFNI, 1996.
- WHO. *Teaching for Better Learning*. Geneva: Macmillan / Claye, 1992.
- Williams S. *Essentials of Nutrition and Diet Therapy*. St. Louis: Mosby Company, 7th edition, 1999.
- Worthington BS, Vermeersch J, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*. St. Louis: Mosby Company, 1977.
- Yazlle ME. Importância do estado nutricional materno antes e durante a gestação. *Revista do Centro de Estudos de Nutrição* 1985; 9 (3): 3-8.

Índice de Anexos:

Anexo 1: Inquérito destinado à População Geral.

Anexo 2: Inquérito destinado às Grávidas.

Anexo 3: Convite para a palestra – “Alimentação e Gravidez”.

Anexo 4: Material da palestra – “Alimentação e Gravidez”.

Anexo 5: Panfleto resumo do conteúdo da palestra – “Alimentação e Gravidez”.

Anexo 6: Vídeo: “Panorâmica Audiovisual da Intervenção Comunitária numa Comunidade Rural do Brasil.

Anexo 7: Material fotográfico demonstrativo da intervenção comunitária numa comunidade rural do Brasil.

Anexo 1

INQUÉRITO GERAL À POPULAÇÃO

N.º de inquérito:

Data: ____/____/____

Nome do inquiridor:

1. Nome:

2. Endereço:

3. Data de nascimento: ____/____/____

4. Sexo: F
 M

5. Estado civil: Solteiro(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
 Amigado(a)

6.

6.1. Sabe ler? Sim Não

6.2. Sabe escrever? Sim Não

7. Escolaridade (anos):

8. Profissão:

9. Outras ocupações:

10. Com quem vive: Sozinho(a)
 Com o cônjuge
 Família

Quem?

.....

11. Quantos filhos tem?

11.1. Qual(ais) a(s) idade(s) do(s) seu(s) filho(s)?

12. Na casa tem:

12.1. Electricidade Sim Não

12.2. Água corrente Sim Não

12.3. Geladeira (frigorífico) Sim Não

12.4. Fogão Sim Não

13. Tem horta em casa ou local onde cultiva alimentos?

Sim O que cultiva?

Consome o que cultiva?

Não

14. Faz criação de animais? Sim Quais?

Não

15. Quem compra os alimentos para a casa?

Próprio(a)

Outros Quem?

16. Quem costuma preparar as refeições?

Próprio(a)

Outros Quem?

17. Existe alguma tradição ou crença que o(a) impeça de ingerir algum(uns) alimento(s)?

Sim Que alimento(s)?

Não

18. Tem acesso a algum tipo de informação sobre alimentação?

Sim Qual a fonte?

Que informação?

Não

19. Quais as doenças mais frequentes nesta região?

19.1. Já teve alguma? Sim Qual(ais)?

Não

Resumo de um dia alimentar habitual

A que horas se levanta?

A que horas se deita?

HORA	LOCAL	O QUÊ?

Anexo 2

INQUÉRITO ÀS GRÁVIDAS

N.º de inquérito:

Data:/...../.....

Nome do inquiridor:

1. Nome:

2. Endereço:

3. Data de nascimento:/...../.....

4. Estado civil: Solteiro(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
 Amigado(a)

5.

5.1. Sabe ler? Sim Não

5.2. Sabe escrever? Sim Não

6. Escolaridade (anos):

7. Profissão:

8. Outras ocupações:

9. Com quem vive: Sozinho(a)
 Com o cônjuge
 Família Quem?

10. Com quanto tempo de gravidez está?

11. Fuma?

 Sim Quantos por dia?

 Não

12. Bebe bebidas alcoólicas?

 Sim Aproximadamente que quantidade?

 Não

13. Mudou os seus hábitos alimentares, recentemente?

Sim

Não

Se sim:

Porquê?

.....

De que forma?

.....

14. Tem ou teve alguma doença, recentemente?

Sim Qual?

Não

15. Toma ou tomou medicamentos, recentemente?

Sim Qual(ais)?

Não

16. Tem médico de família que a acompanhe regularmente?

Sim

Não

17. Quantos filhos tem?

17.1. Qual(ais) a(s) idade(s) do(s) seu(s) filho(s)?

.....

17.2. Que idade tinha quando nasceu(ram) o(s) seu(s) filho(s)?

.....

.....

17.3. Qual(ais) o(s) peso(s) dos seu(s) filho(s) ao nascer?

.....

.....

17.4. Qual o tempo de gestação de cada um deles?

.....

.....

18. É alérgica ou intolerante a algum(uns) alimento(s)?

Sim Qual(ais)?

Não

19. Quais as suas preferências alimentares?

.....

20. Sabe como deve alimentar-se durante a gravidez?

.....

21. Tem acesso a algum tipo de informação sobre alimentação na gravidez?

Sim Qual a fonte?

Não

22. Sabe em que condições físicas e de saúde a mulher se deve encontrar, no momento de engravidar?

Sim Quais?

.....

Não

23. No momento de engravidar, caso a mulher não esteja com o peso ideal, julga ser preferível:

Estar magra

Estar ligeiramente gorda

24. Tendo em atenção o seu estado, julga que sua alimentação deve ser semelhante, em quantidade e variedade, à do resto da família?

Sim

Não Porquê?

.....

Em que deve ser diferente?

.....

25. Uma adolescente grávida, em relação a uma grávida adulta, deve:

Comer mais

Comer igual

Comer menos

26. Existe algum(uns) alimento(s) que coma mais, devido à gravidez?

Sim Qual(ais)?

Porquê?

Não

27. E que tenha deixado de comer?

Sim Qual(ais)?

Porquê?

Não

28. Costuma ingerir barro, terra, gelo, goma de lavandaria ou outros?

Sim Porquê?

Não

29. Julga que a sua alimentação durante a gravidez tem alguma influência na futura produção de leite?

Sim

Não

30. Acha que a sua alimentação pode interferir no peso à nascença, do seu futuro filho?

Sim De que forma?

Não

31. Sabe como deve evoluir o seu peso ao longo da gravidez?

.....
.....

Resumo de um dia alimentar habitual

A que horas se levanta?

A que horas se deita?

HORA	LOCAL	O QUÊ?

Avaliação antropométrica:

Altura:cm;cm;cm; Média:cm.

Peso:kg;kg;kg; Média:kg.

IMC:

Anexo 3



Temos o prazer de convidar _____,
a assistir a uma palestra sobre "Alimentação e Gravidez", que se
realizará no Centro Comunitário Nossa Sra. de Fátima (creche
dos padres).

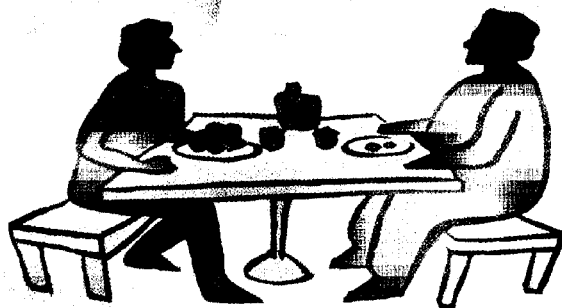
Vai haver duas sessões iguais: uma no dia 11 de Outubro
(segunda-feira) às 19:00 horas (7 da noite) e a outra no dia 12
de Outubro (terça-feira) às 15:00 horas (3 da tarde).

Pode escolher o dia que lhe dá mais jeito.

Apareça!!!

Anexo 4

Alimentação Saudável



Bárbara Camarinha / Patrícia Esteves

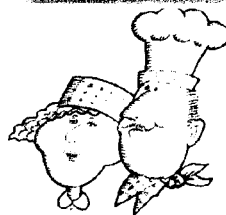
Nutricionistas Estagiárias

Maranhão 99

Saber comer para melhor viver!

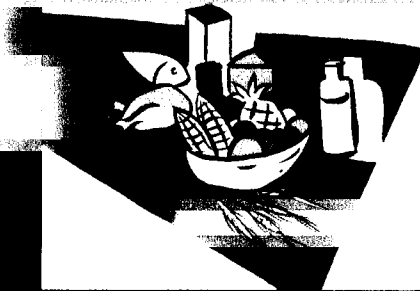
Alimentação e saúde são fáceis de conjugar, desde que se respeitem algumas regras para escolher, combinar e cozinhar alimentos e para satisfazer na medida certa as necessidades ao longo da vida.

Através de um processo complexo, que é a digestão, o organismo transforma os alimentos e aproveita deles os chamados *nutrimentos*.



Os nutrimentos:

- são indispensáveis para que o organismo funcione, construa, mantenha e refaça as suas estruturas;
- agrupam-se em sete famílias: proteínas, hidratos de carbono, gorduras, minerais, água, vitaminas e complementix;
- o álcool não é nutrimento.

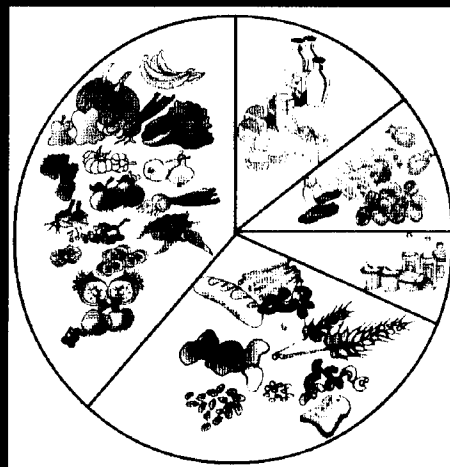


Os nutrimentos classificam-se em:

A. Energéticos

B. Plásticos

C. Reguladores



A. Energéticos:

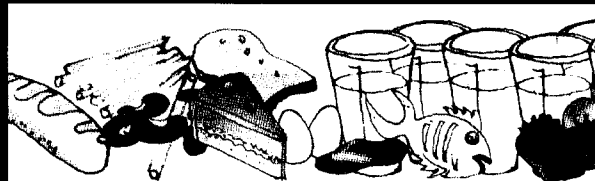
- gordura e hidratos de carbono são os principais fornecedores de energia;
- as proteínas também libertam energia.

B. Plásticos:

- proteínas e alguns minerais, como o cálcio e o ferro, são os principais.

C. Reguladores:

- vitaminas, minerais e água não são energéticos, mas regulam reacções que ocorrem no nosso corpo;
- o complantix é também regulador, especialmente do tubo digestivo.



Para que serve a alimentação?

▪ serve para o organismo:

- formar, conservar e reconstruir suas células, tecidos, órgãos, enzimas, hormonas e humores;
- desenvolver-se até ficar adulto;
- reparar as destruições que sofre, constantemente;
- permitir gravidez e aleitamento;
- manter-se vivo e realizar actividades;
- criar reservas de energia e nutrientes



Regras de Ouro da Alimentação Saudável:

A. Viva o pequeno-almoço!

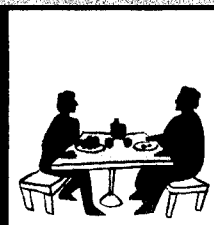
▪ pela sua qualidade e quantidade interfere:

- no rendimento da manhã;
- no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes;
- no bem estar do aparelho digestivo;
- na saúde em geral.



A. Viva o pequeno-almoço (cont.):

- que nunca falte;
- que seja agradável e variado;
- deve ser tomado na primeira hora, após acordar.



Como compor o pequeno-almoço:

- frutos ao natural, maduros e bem mastigados, ou batidos;
- leite ou iogurtes ou queijo;
- pão ou tostas, biscoitos ou bolachas ou flocos de cereais.



B. Não passar mais de três horas sem comer:

- quando a manhã é longa, merendar a meio;
- a meio da tarde, merendar também;
- nunca deixar de cear, sobretudo quando o jantar for cedo ou reduzido.

C. Não esquecer o leite:

- leite ou seus substitutos - iogurte, queijo e requeijão - são importantíssimos para todas as idades;
- contribui para o pleno desenvolvimento do esqueleto, também muito importante depois da menopausa.

D. Devastar hortas e pomares:

- grandes pratadas de sopa de hortaliças ao almoço e jantar;
- cozinhados onde as hortaliças abundem;
- fruta madura, duas a três vezes por dia



E. Cortar às gorduras e escolhê-las:

- preferir azeite;
- evitar fritos.

F. Bebidas alcoólicas, só na medida justa!

■ em crianças e adolescentes, as bebidas alcoólicas:

- prejudicam o sistema nervoso;
- prejudicam o crescimento e desenvolvimento;
- diminuem as resistências;
- limitam a capacidade intelectual;
- alteram o comportamento afectivo.

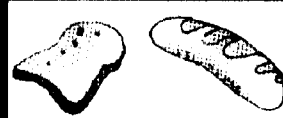


F. Bebidas alcoólicas, só na medida justa! (cont.)

- são proibidas a grávidas, aleitantes, crianças e adolescentes;
- adultos saudáveis podem beber pequenas doses, durante ou no fim das refeições

G. Abençoado pão!

■ desde pão a feijão, desde massa a batatas, todos são ricos, saborosos e fáceis de digerir;



H. Alimentação completa, equilibrada e variada:

- não comer demais nem de menos;
- a quantidade de comida deve ajustar-se às necessidades de cada um:
 - idade;
 - sexo;
 - actividade muscular;
 - clima.
- deve medir-se regularmente crianças e adolescentes e pesar toda a gente.

I. Água às pipas:

- deve beber-se toda a água que se desejar;
- urina abundante, clara e pouco cheirosa indica que se está a beber o suficiente;
- às crianças deve dar-se toda a água que peçam;
- deve insistir-se com os idosos para que bebam.



J. Mastigar bem e não só:

- comer com calma, sem gritarias, em ambiente agradável;
- mastigar e ensalivar cuidadosamente tudo o que se come;
- comer com prazer!



Alimentação na gravidez:

No decurso da gravidez, a mulher precisa de uma alimentação adequada para:

- ✓ manter ou melhorar a sua própria saúde;
- ✓ criar as melhores condições para o parto;
- ✓ proporcionar ao filho condições que lhe permitam nascer perfeito e saudável e depois, desenvolver-se plenamente.



Condições ideais ao engravidar:



Não estar gorda

- peso acima do normal prejudica mãe e filho;
- o desejável é perder peso antes de engravidar.

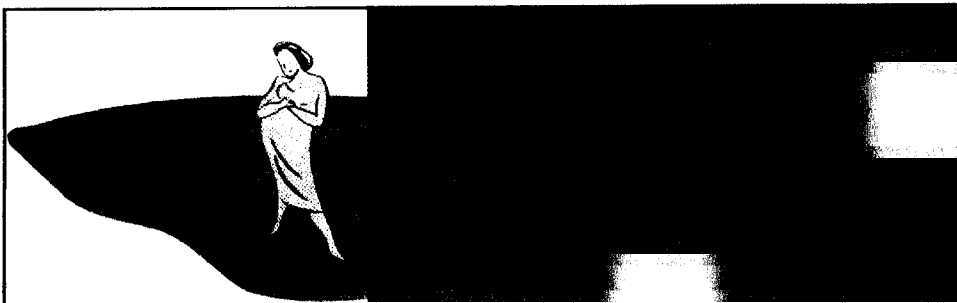


Condições ideais ao engravidar (cont.):

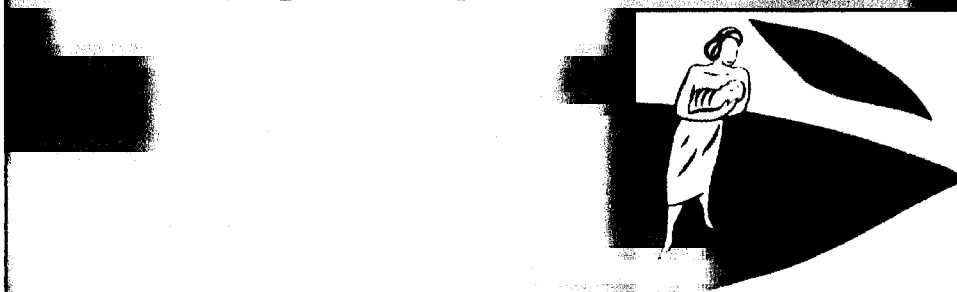
Não estar magra

- peso abaixo do normal prejudica o desenvolvimento fetal;
- uma grávida magra dá origem a um recém-nascido de baixo peso, o que o prejudicará para toda a vida.





“Para a criança é mais prejudicial a magreza da mãe do que um ligeiro excesso de peso.”



Condições ideais ao engravidar (cont.):

Estar bem nutrida

- resistência a infecções;
- pele saudável;
- cabelo forte;
- unhas resistentes.



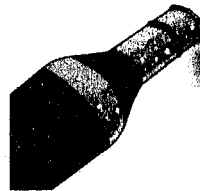
Condições ideais ao engravidar (cont.):

Estar desparasitada

- bom funcionamento digestivo e intestinal.



Não ingerir bebidas alcoólicas



Não fumar

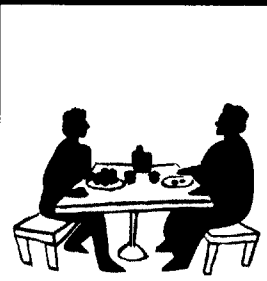
- crianças filhas de mães fumadoras poderão ter baixo peso à nascença.

Porquê uma alimentação diferente?

- devido à acumulação de gordura indispensável para a lactação (cerca de 4 kilos nas nádegas e coxas, que são gastos nos primeiros 3 meses de amamentação);

- para a produção de mais sangue;

- para o desenvolvimento do novo ser;



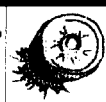
Porquê uma alimentação diferente ?(cont.)

- devido ao aumento de tamanho e da actividade do coração, útero e outros órgãos;
- para a formação de membranas e do líquido amniótico;
- para a criação, desenvolvimento e maturação da placenta.



Problema sério é o das adolescentes que engravidam:

- uma adolescente grávida precisa de uma alimentação mais rica;
- os cuidados alimentares são semelhantes aos de uma adulta com gravidezes repetidas ou de uma grávida de gémeos.



Variação de peso:

Quando próximo do normal ao engravidar, o peso da grávida:

- ✓ não deve ter aumentado mais do que 1 ou 2 kilos durante o primeiro trimestre;
- ✓ deverá ter subido:
 - 4 a 5 kilos à vigésima semana;
 - 8,5 a 10 kilos à trigésima semana;
 - 12,5 a 14 kilos no fim do tempo.



Grávidas - alimentação:



✓ Como todos nós, deverão fazer 3 refeições principais: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 ou 3 outras refeições pequenas nos intervalos;

✓ Em alguns casos, por indicação médica, para evitar possíveis carências, são aconselhados suplementos em vitaminas e alguns minerais como o ferro e o cálcio. Se se tratar de mães com idade inferior a 19 anos ou multíparas e mães com espaçamentos muito curtos entre as gestações, estes suplementos são sempre necessários.

Se está a alimentar-se adequadamente:

No 1º trimestre:

- ingerir mais 2,5 dl de leite (isto é, uma xícara de leite);
- aumentar o consumo de produtos hortícolas corados;
- aumentar o consumo de fruta.



Se está a alimentar-se adequadamente (cont.):

No 2º e 3º trimestre:

- aumentar ainda mais o consumo de produtos hortícolas;
- aumentar o consumo de pão (mais ou menos 1 pão);
- aumentar o consumo de carne e/ou peixe.



Se está a alimentar-se adequadamente (cont.):

✓ caso o peso não aumente 400 a 500 gramas por semana, no último trimestre, deverá reforçar todos os alimentos neste período.



✓ no caso de gémeos, de gravidezes repetidas próximas e de adolescentes, também deverá reforçar todos os alimentos, mas nos dois últimos trimestres.



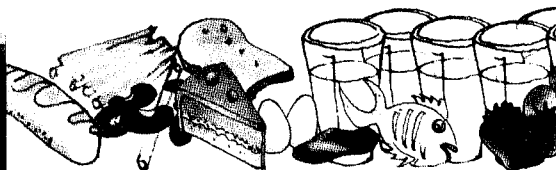
*“Não se trata de comer por dois,
mas para dois!!!”*



Carências alimentares:

No caso das deficiências serem muito graves, a mulher:

- ou não concebe;
- ou aborta;
- ou gera um filho débil, que pode morrer precocemente.



Carências alimentares (cont.):

No caso das deficiências serem mais ligeiras:

- as crianças nascem com peso inferior ao desejável e por vezes com malformações;
- as mães sofrem consequências da desnutrição: anemia; descalcificação que afecta os dentes, os ossos e as articulações; envelhecimento da pele e de todos os órgãos e têm maior risco de infecções.



Atenção!

O reforço alimentar da grávida deve basear-se em:

- leite ou seus substitutos;
- carne ou peixe;
- farináceos;
- fruta e produtos hortícolas.



Atenção! (cont.)

O reforço alimentar não deve ser feito com o aumento de:

- gorduras;
- açúcar;
- mel;
- guloseimas.



Atenção! (cont.):



Durante toda a gravidez deve:

- diminuir ou eliminar café, chá e “colas”;
- beber muita água;
- eliminar completamente as bebidas alcoólicas;
- não ingerir substâncias não alimentares como barro, terra, gelo, goma de lavandaria.

Durante a gravidez e a amamentação:

A ração proteica deve conter:

- 1 ovo por dia;

A ração de vegetais deve conter:

- folhas verdes;
- outros produtos hortícolas corados.



Durante a gravidez e amamentação (cont.):

A ração de fruta deve conter:

- os melhores fornecedores de vitamina C e carotenos.

A ração de farináceos deve conter:

- cereais e derivados;
- leguminosas passadas.



Durante a gravidez e amamentação (cont.):

A ração gorda deve preferir:

- manteiga sem sal;
- azeite;
- óleos crus ou não aquecidos repetidamente.



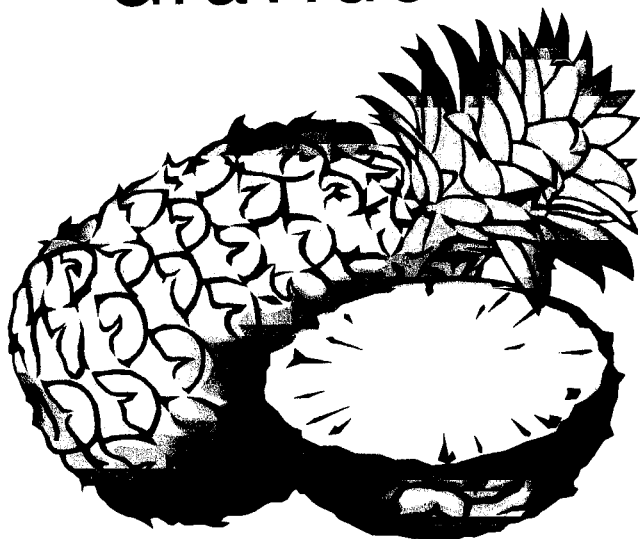
Três notas relativas à amamentação:

- a ingestão de água e cozinhados líquidos (sopas, caldeiradas, etc.) deve ser abundante para beneficiar a produção de leite;
- couve branca, repolho, alho, cebola e picantes podem dar sabores ao leite;
- mulheres, que cometem o erro de não darem de mamar, ficam com 4 ou 5 kilos a mais, muito difíceis de desaparecerem.



Anexo 5

Alimentação e Gravidez



*Esperamos que esta informação lhe seja
útil!!*

Bárbara Camarinha / Patrícia Esteves
(Nutricionistas Estagiárias)

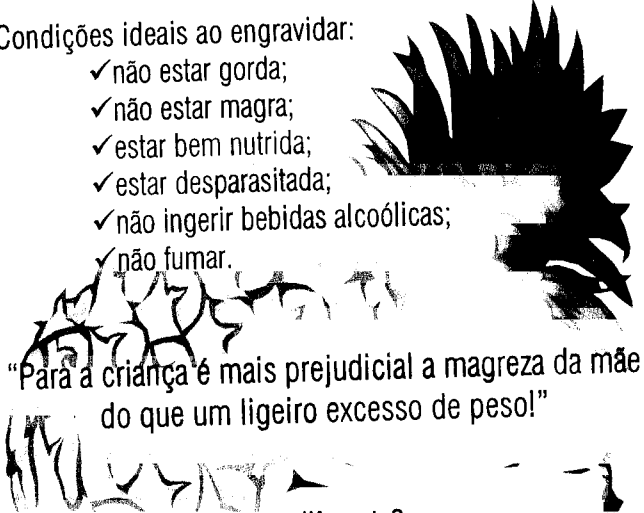
Presidente Dutra / Outubro 1999

É importante alimentar-se bem para:

- ✓ manter ou melhorar a própria saúde;
- ✓ criar melhores condições para o parto;
- ✓ criar condições para o filho nascer perfeito, saudável e para que se desenvolva bem.

Condições ideais ao engravidar:

- ✓ não estar gorda;
- ✓ não estar magra;
- ✓ estar bem nutrida;
- ✓ estar desparasitada;
- ✓ não ingerir bebidas alcoólicas;
- ✓ não fumar.



“Para a criança é mais prejudicial a magreza da mãe do que um ligeiro excesso de peso!”

Porquê uma alimentação diferente?

- ✓ por causa do aleitamento materno;
- ✓ para produzir mais sangue;
- ✓ devido à maior actividade dos órgãos;
- ✓ para o desenvolvimento da placenta;
- ✓ para o desenvolvimento do novo ser.

“Uma grávida adolescente necessita de uma alimentação mais rica.”

Aumento de peso ao longo da gravidez:

- ✓ 1 Kg a 2 kg no 1º trimestre;
- ✓ 4 Kg a 5 Kg à 20ª semana;
- ✓ 8,5 Kg a 10 Kg à 30ª semana;
- ✓ no fim do tempo deverá ter aumentado 12,5 Kg a 14 Kg.

Alimentação da grávida:

- ✓ 3 refeições principais: café da manhã, almoço e jantar;
- ✓ 2 ou 3 pequenas refeições (merendas) nos intervalos;
- ✓ no 1º trimestre:

- aumentar uma xícara de leite por dia,
- aumentar o consumo de legumes corados,
- aumentar o consumo de fruta;

✓ nos 2º e 3º trimestres:

- aumentar mais o consumo de legumes,
- aumentar o consumo de pão (mais 1 pão),
- aumentar o consumo de carne e/ou peixe.



“No caso de gémeos, gestações repetidas ou grávidas adolescentes, deverá reforçar todos os alimentos no dois últimos trimestres.”

No caso de desnutrição, se as carências forem muito graves, a mulher:

- ✓ ou não concebe;
- ✓ ou aborta;
- ✓ ou gera um filho débil que pode morrer precocemente.

No caso de desnutrição, se as carências forem mais ligeiras:

- ✓ as crianças nascem com peso inferior ao desejável e muitas vezes com malformações;
- ✓ as mães sofrem conseqüências da desnutrição: anemia, descalcificação dos ossos, envelhecimento da pele e outros órgãos.

O reforço alimentar deve basear-se em:

- ✓ leite ou seus substitutos;
- ✓ carne ou peixe;
- ✓ farináceos;
- ✓ fruta e legumes.

O reforço alimentar não deve basear-se em:

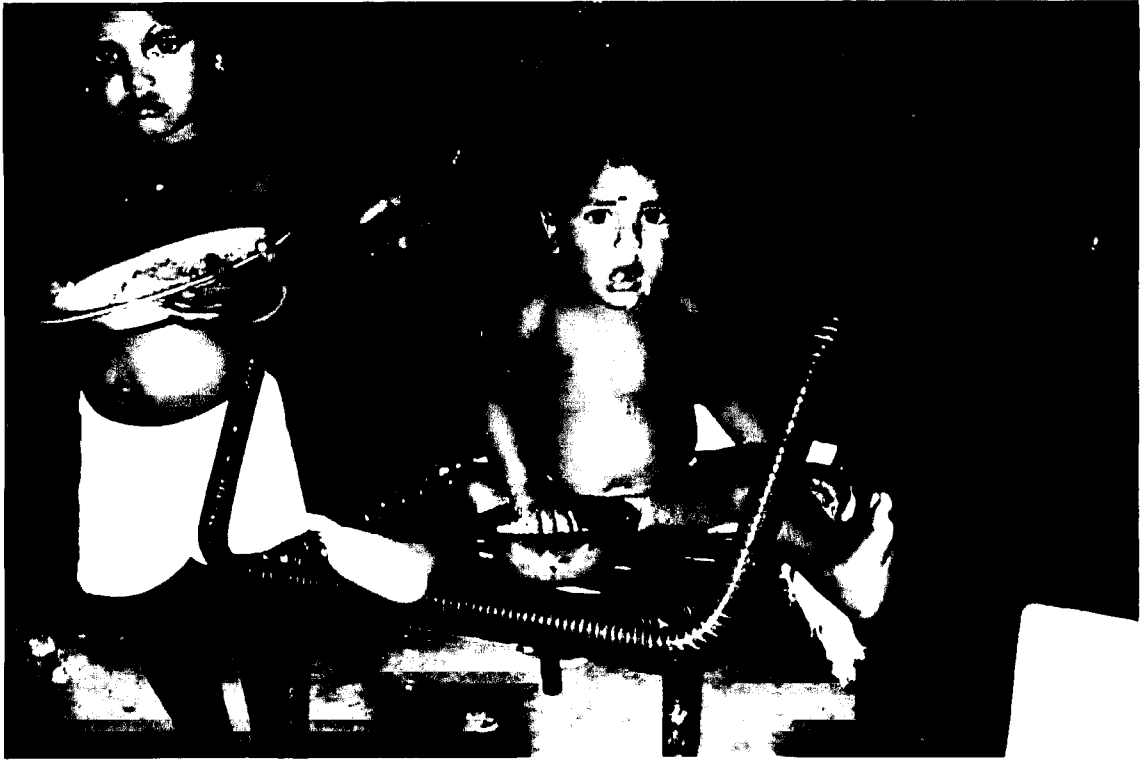
- ✓ gorduras;
- ✓ açúcar, mel, guloseimas.

“Atenção: não é comer por dois, mas para dois!!!”

Durante toda a gravidez deve:

- ✓ reduzir ou eliminar café, chá e “colas”;
- ✓ beber muita água;
- ✓ eliminar completamente bebidas alcoólicas;
- ✓ não ingerir substâncias como barro, gelo, terra...

Anexo 7







Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

**Educação alimentar de grávidas e
sua avaliação numa comunidade
rural do Brasil**

(Adenda)

Bárbara Diana Cardoso Camarinha de Oliveira

1999/2000

Anexo 4 – O material do anexo 4, da página 1 à página 9 tem como fonte o capítulo 32: “Regras de Ouro da Alimentação Saudável”, do livro: “Alimentos e alimentação”, do autor: Emílio Peres, publicado em 1992.