



REPÚBLICA DA GUINÉ BISSAU

# HÁBITOS ALIMENTARES e acesso à Saúde na Guiné-Bissau







REPÚBLICA DA GUINÉ BISSAU

# HÁBITOS ALIMENTARES e acesso à Saúde na Guiné-Bissau



Título: Estudo CAPM - CONHECIMENTOS, ATITUDES, PRÁTICAS E MOTIVAÇÕES NOS HÁBITOS ALIMENTARES  
E NO ACESSO À SAÚDE NAS REGIÕES DE OIO, BAFATÁ, GABU E SETOR AUTÓNOMO DE BISSAU

Coordenação e supervisão: Kiyomi Kawaguchi

Equipa Técnica: Francesca De Maria, Federica Pilia, Pita Correia

Pesquisadores de Campo: Helga Regina, Irina Mendes

Contribuições: Carlos Cardoso

Edição/Revisão do texto: Finepaper

Créditos Fotográficos: Francesca De Maria, Federica Pilia

Conceção e Produção Gráfica: Finepaper

Financiamento: Uniao Europeia, Programa Alimentar Mundial das Nações Unidas (PAM)

1ª. Edição

## ABREVIACÕES

<b>ASC</b>	Agente de Saúde Comunitário
<b>DENARP</b>	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
<b>DP</b>	Desvio Positivo
<b>EACOI/GA/BA/BI</b>	Entrevista Agente Comunitário (Região OI = Oio, GA = Gabu, BA = Bafatá, BI = Bissau)
<b>EMGAOI/GA/BA/BI</b>	Entrevista Mulher Grávida (Região) Caso Negativo
<b>EMGAOI/GA/BA/BI+</b>	Entrevista Mulher Grávida (Região) Caso Positivo
<b>EMU5OI/GA/BA/BI</b>	Entrevista Mulher com Filho menor de 5 anos (Região) Caso Negativo
<b>EMU5OI/GA/BA/BI+</b>	Entrevista Mulher com Filho menor de 5 anos (Região) Caso Positivo
<b>EPIOI/GA/BA/BI</b>	Entrevista Pessoa Influyente (Região)
<b>ETSOI/GA/BA/BI</b>	Entrevista Técnico da Saúde (Região)
<b>FSNMS</b>	Food Security and Nutrition Monitoring System (Sistema de Monitoria da Segurança Alimentar e Nutricional)
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GFnBA</b>	Grupo Focal Bafatá
<b>GFnBI</b>	Grupo Focal Bissau
<b>GFnGA</b>	Grupo Focal Gabu
<b>GFnOI</b>	Grupo Focal Oio
<b>ILIAP</b>	Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>MICS</b>	Inquérito aos Indicadores Múltiplos
<b>MINSAP</b>	Ministério da Saúde Pública
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PAIGC</b>	Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde
<b>PAM</b>	Programa Alimentar Mundial
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Emergency Fund
<b>WHO</b>	World Health Organizations



# CONTEXTO

1



## 1.1 CONTEXTO E DADOS DEMOGRÁFICOS

A República da Guiné-Bissau situa-se na costa ocidental de África, limitada a norte pela República do Senegal, a leste e a sul pela República da Guiné Conakry e a oeste pelo oceano Atlântico. O país tem uma superfície total de 36 125 km<sup>2</sup>, dos quais 28 000 km<sup>2</sup> terrestres e 8120 km<sup>2</sup> marítimos, considerando a presença de 90 ilhas e ilhéus no Atlântico (o arquipélago dos Bijagós), das quais apenas 17 são habitadas (MINSAP, 2014).

A Guiné-Bissau é uma república. Após obter a independência de Portugal em 1974, a Guiné-Bissau conheceu frequentes perturbações políticas e repetidos choques económicos, que a fizeram tombar num ciclo de fragilidade e pobreza, o qual tem dificultado o alcance e a manutenção de resultados de desenvolvimento. Entre 1974 e 2013, a Guiné-Bissau passou por vários ciclos de crescimento económico que foram constantemente interrompidos por ciclos de convulsões político-militares, as quais desembocaram em golpes de Estado, acarretando incommensuráveis custos sociais, económicos, ambientais e diplomáticos (UNDP, 2018). Desde 2015 que existe um governo estável, liderado pelo Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), que administra o país (World Bank, 2018), confirmado na governação e também nas últimas eleições realizadas em março de 2019.

A Guiné-Bissau conta com 1 875 700 habitantes (WHO, 2018), dos quais 51,5% são mulheres. A taxa de crescimento populacional é estimada em 2,5% por ano, com uma esperança de vida à nascença de 57 anos para os homens e 60 anos para as mulheres (WHO, 2017), uma taxa de mortalidade infantil de 55 por 1000 nados-vivos e uma taxa de mortalidade materna de 900 por 100 000 mulheres (MINSAP, 2014).

O Banco Mundial, em 2010, estimou que a taxa nacional de pobreza era de 69,3%, classificando a Guiné-Bissau entre os países mais pobres do mundo (World Bank, 2018). A pobreza crónica, que caracteriza um grande segmento da população (33% em 2010), encontra também apoio indireto no fraco sistema educacional, com uma taxa líquida de participação de 62% (em 2014) e um grande número de crianças que não frequentam o ensino, exacerbando assim a perpetuação do ciclo da pobreza intergeracional: em mais de 50% das famílias pobres há pelo menos uma criança que não frequenta a escola. As crianças oriundas de famílias em que os pais são analfabetos também têm maior probabilidade de não frequentar a escola e ficarem reféns da pobreza.

Existem outrossim desigualdades de género no âmbito social e no acesso aos serviços, contribuindo para o fraco crescimento nacional. A mulher Bissau-guineense tem um escasso acesso à educação, ao emprego e às fontes

de rendimento, e também um reduzido poder de decisão a nível social, mesmo quando se trata da sua própria pessoa. Esta desigualdade explica a diferença no acesso aos cuidados de saúde, educação e às estruturas socioeconómicas. Estas lacunas são ainda mais evidentes entre as áreas urbanas e rurais, sobretudo relativamente à prestação e ao acesso aos serviços básicos de qualidade, que têm um impacto negativo em particular na saúde das mulheres e das crianças (MINSAP, 2014).

A base da economia da Guiné-Bissau é a agricultura, que contribui para mais de 56% do PIB, mais de 80% das exportações e emprega 82% da população ativa. O país possui outros recursos naturais: bauxite, madeira, fosfato, petróleo. Contudo, as frequentes perturbações políticas e os repetidos choques económicos levaram a Guiné-Bissau a entrar num ciclo de fragilidade e pobreza que tem dificultado o alcance e a gestão dos resultados de desenvolvimento. A castanha de caju é o principal produto, que representa 90% das receitas de exportação do país (Fundo Monetário Internacional, 2017) e é a mais importante fonte de rendimentos do país, representando quase 47% da riqueza por habitante (República da Guiné-Bissau, 2015). A Guiné-Bissau tornou-se assim o quarto produtor mundial de caju bruto, explorando as características naturais do seu solo (World Bank, 2018). No âmbito económico, a dependência da castanha de caju como fonte de subsistência económica expõe dois terços da população às consequências das alterações súbitas no seu comércio. Uma maior diversificação, quer através de uma subida na cadeia de valor, quer através de uma melhor abordagem às tecnologias agrícolas e sistemas de apoio do mercado, ou a capitalização dirigida a outras culturas no setor agrícola serão cruciais para reforçar a resistência da economia às mudanças do mercado (World Bank, 2018).

Outro fator importante de vulnerabilidade é a insegurança alimentar. Os dados recolhidos pelo PAM revelaram que, em outubro de 2017, 20% dos agregados familiares na Guiné-Bissau enfrentavam insegurança alimentar, enquanto 64% estavam em alto risco de cair na insegurança alimentar por não poderem alocar parte dos seus rendimentos em despesas não alimentares (PAM, 2017). A vulnerabilidade das famílias nas áreas rurais também foi destacada pela parcela significativa (61% em média) gasta em alimentos. Além disso, de acordo com a mesma pesquisa, 1,7% das crianças menores de 5 anos sofriam de desnutrição aguda.

## 1.2 SITUAÇÃO NUTRICIONAL E SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Neste tipo de contexto, os efeitos e o impacto mais evidentes encontram-se nas crianças e mulheres, e em particular nas suas condições de saúde e nutrição, bem como de acesso aos serviços de saúde materno-infantil.

A criança desnutrida enfrenta diferentes tipos de risco. Aquelas com desnutrição aguda grave têm um risco maior de morte por doenças comuns na infância, como diarreia, pneumonia e malária. Estão expostas a outros fatores de risco relacionados com a nutrição, os quais contribuem em 45% dos casos para a morte de crianças menores de 5 anos (WHO, 2017). Além disso, a desnutrição afeta o desenvolvimento das crianças com efeitos de longa duração na vida, criando problemas como o aumento da mortalidade e morbidade, a perda do potencial humano, a diminuição de competências e inteligência e a menor produtividade.

Na desnutrição, há três indicadores principais: insuficiência ponderal (underweight), nanismo (stunting) e emagrecimento (wasting).

- **A insuficiência ponderal está relacionada com o peso ideal na idade da criança, mas pode refletir-se também na perda de peso (ou seja, baixo peso para a altura) e na perda aguda de peso, nanismo, ou ambos. Assim, o indicador de baixo peso é composto e pode ser difícil de interpretar (WHO, 1995) (PAM, 2017).**
- **O nanismo é sintoma de desnutrição crônica e surge em crianças que sofrem de atraso de crescimento como resultado de dietas pobres ou infecções recorrentes. Estas tendem a correr um maior risco de doença e morte. O nanismo é o resultado de privação nutricional durante um longo período e muitas vezes tem os seguintes resultados: atraso no desenvolvimento mental, baixo desempenho escolar e redução da capacidade intelectual. Isso, por sua vez, pode afetar a produtividade econômica ao nível nacional. A baixa estatura na infância reflete-se na idade adulta com consequências ao longo da vida. As mulheres de baixa estatura estão em maior risco de sofrer complicações obstétricas por terem uma menor pelve e estão em maior risco de dar à luz crianças com baixo peso à nascença, contribuindo para o ciclo intergeracional da desnutrição, uma vez que as crianças com baixo peso à nascença ou com crescimento intrauterino retardado tendem a ter uma estatura menor quando são adultos (PAM, 2017).**
- **O emagrecimento nas crianças é um sintoma de desnutrição aguda, geralmente como consequência da ingestão insuficiente de alimentos ou de uma elevada incidência de doenças infecciosas, especialmente diarreicas. A desnutrição aguda, por sua vez, prejudica o funcionamento do sistema imunológico e pode levar a um aumento da gravidade, da duração e da suscetibilidade das doenças infecciosas e a um aumento do risco de morte (WHO, 1995) (PAM, 2017).**

Considerando que as causas adjacentes da desnutrição estão associadas a diversos fatores, entre os quais o acesso insuficiente à alimentação, os cuidados maternos e infantis inadequados, as condições precárias de água, higiene e saneamento, os quais devem ser analisados numa perspectiva holística, para melhor adequar as intervenções no setor da saúde e da nutrição materno-infantil.

Segundo o inquérito MICS da Guiné-Bissau, em 2014, 17% das crianças com menos de 5 anos estavam abaixo do peso normal, particularmente em Oio, 20%, Bafatá, 23,9% e Gabú, 19,4% (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Em relação à prevalência de definhamento, a taxa nacional foi de 6%, mas as regiões de Gabú, Bafatá e Oio ficaram acima da taxa nacional com, respetivamente, 7,6%, 7,2% e 6,7% (Ministério da Economia e Finanças, 2014). A prevalência nacional de atraso no crescimento foi de 27,6%, mas as regiões de Gabú, Bafatá e Oio estavam acima da taxa nacional, respetivamente 35,3%, 34% e 30,1%. A desnutrição crónica afeta mais as áreas rurais, que apresentam uma taxa de 30,1%, do que as áreas urbanas, que apresentam uma taxa de 20,6%.

O período mais crítico do desenvolvimento da criança começa durante a vida intrauterina e termina aos dois anos de idade, e é frequentemente chamado período dos 1000 dias. Contudo, após o nascimento, as crenças, as práticas socioculturais e os comportamentos não apropriados na fase da amamentação, como a introdução de alimentos sólidos antes dos 6 meses, continuam a prejudicar a saúde dos recém-nascidos.

O baixo peso da criança à nascença (< 2,5 kg) está ligado a um mau estado nutricional e de saúde da mãe. A malnutrição, o baixo aumento de peso da mãe, bem como as doenças como o paludismo e a anemia durante a gravidez, podem prejudicar consideravelmente o crescimento do feto e a sobrevivência do recém-nascido. Um bebé subalimentado na barriga da mãe está exposto a um risco acrescido de morte nos primeiros meses e anos de vida; e aquele que sobrevive tem uma função imunológica comprometida e um maior risco de doença. Uma criança que nasceu com baixo peso tende a ter um QI mais baixo e deficiências cognitivas, reduzindo as suas capacidades de aprendizagem, de trabalho e de produtividade. Em 2010, a taxa de crianças com baixo peso à nascença era de 11% (MINSAP, 2014).

A nutrição da mulher em idade fértil e durante a gravidez afeta a nutrição do feto e continua a representar uma grande lacuna. A avaliação do estado nutricional no Inquérito SMART em 2012 de mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade não grávidas revelou a coexistência da desnutrição e da sobrealimentação (um fardo duplo) nas mulheres em idade reprodutiva (MINSAP, 2014). Por um lado, 11,3% das mulheres apresentam baixo peso e 0,9%, uma magreza severa, traduzindo-se em desnutrição (IMC <18,5); as regiões de Gabu (16,5%), Oio (16,3%) e Bafatá (14,3%) são as mais afetadas. Por outro lado, 22,6% das mulheres

apresentam um estado nutricional que reflete sobrealimentação (IMC  $\geq$  25), em que 14% tem excesso de peso e 8,6% são obesas (IMC  $\geq$  30); em Bissau, a capital, a situação nutricional de uma mulher em cada três (33,8%) reflete a sobrealimentação: 20,4% tem excesso de peso e 13,4% são obesas (MINSAP, 2014).

Os dados recolhidos durante o MICS indicam que entre 2011 e 2016 a percentagem de crianças amamentadas duma forma exclusiva (0-5 meses) correspondia somente a 52,5%, significando que ainda havia muitas crianças que antes dos 6 meses começavam a ingerir alimentos sólidos ou diferentes do leite materno.

Conforme os dados reportados no Plano Estratégico de Nutrição 2016-2020 da Guiné-Bissau, nas crianças dos 6 aos 59 meses prevalece a desnutrição sob as suas diferentes formas: 27,4% têm um atraso de crescimento (desnutrição crónica), 6,5% revelam emaciação (desnutrição aguda) e 17,5% têm um défice ponderal que reflete tanto a desnutrição aguda como a desnutrição crónica (MINSAP, 2014).

Existem grandes variações entre as diversas regiões, e as de Gabu, Bafatá e Oio têm as taxas mais elevadas das diferentes formas de desnutrição (MINSAP, 2014). A malnutrição afeta em geral as crianças que pertencem aos agregados familiares mais pobres, que vivem em zonas rurais e que são filhas de mães pouco instruídas. Os fatores profundos da malnutrição na Guiné-Bissau são: a pobreza generalizada da população (70%); o analfabetismo e o baixo nível de instrução da mãe; o estatuto social da mulher, sobretudo nas comunidades rurais; o baixo e escasso nível de infraestruturas socioeconómicas; a insuficiência de recursos humanos qualificados em nutrição; o contexto social, económico e político. De uma forma geral, as causas da malnutrição na Guiné-Bissau são identificadas pelos seguintes fatores:

- **Alimentação inadequada das crianças menores de 6 meses, porque o aleitamento não é exclusivo, e das crianças a partir dos 6 meses até aos 24 meses, e dos adultos, porque é identificada como uma alimentação pobre e monótona;**
- **Doenças frequentes e cíclicas, que enfraquecem o estado de saúde da população;**
- **Acesso insuficiente aos alimentos, seja por hábitos culturais e práticas tradicionais em âmbito alimentar, seja pela pobreza económica das famílias e pela fraca variedade da produção agrícola, bem como pela dependência climática dos alimentos, os quais são consumidos segundo a disponibilidade sazonal de cultivo ou recolha;**
- **Desadequação dos cuidados prestados às mães e às crianças, como acesso aos serviços de qualidade e presença dos mesmos no território;**

- **Inadequação dos serviços de saúde, de acesso à água e de saneamento;**
- **Acesso inadequado à água potável e à salubridade ambiental, que afetam a saúde e incentivam a proliferação de doenças diarreicas (MINSAP, 2014).**

Em relação à saúde materna e infantil, no MICS de 2014 evidenciou-se que, nos últimos 15 anos, houve uma melhoria significativa dos indicadores de mortalidade infantojuvenil na Guiné-Bissau, mas existem diferenças específicas que devem ser consideradas. Por exemplo, as regiões objeto deste estudo, Gabu, com 159/1000 nados-vivos e Bafatá, com 126/1000 nados-vivos apresentam taxas muito altas de mortalidade materna e nas crianças menores de 5 anos (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Apesar dos esforços do governo e dos seus parceiros, os serviços de saúde não conseguem responder às necessidades da população. A Guiné-Bissau tem escassez de trabalhadores de saúde. Os dados mais recentes disponíveis são de 2009 e mostraram uma densidade de 0,078 médicos (incluindo especialistas e generalistas) por 1000 habitantes, 0,653 parteiras e enfermeiros por 1000 habitantes e 0,13 trabalhadores de laboratório de saúde por 1000 habitantes (WHO, 2009). Além desta situação, há escassos serviços de transporte num país onde cerca de 52% da população vive a 6 km ou mais longe duma estrutura de saúde. Este cenário é exacerbado pelo desafio geral da população de cobrir as despesas financeiras associadas à saúde (UNICEF, 2010).

Além disso, a busca de cuidados de saúde ou de profissionais de saúde pelos pais e cuidadores é baixa, com 46,8% para diarreia, 34,3% para infeção respiratória aguda e 51,2% para febre (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Entre as mulheres grávidas e lactantes, 7% não compareceu em nenhuma consulta pré-natal e apenas 65% fizeram 4 ou mais consultas pré-natais durante a gravidez. Geralmente, apenas 37% das mulheres tiveram a sua primeira consulta pré-natal durante o primeiro trimestre da sua última gestação (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Na Guiné-Bissau, apenas 45% dos nascimentos ocorrem num estabelecimento de saúde, dos quais 8% foram assistidos por um médico e 37% por uma enfermeira ou parteira. Este indicador varia entre 25% em Oio e 78% em S. A. Bissau (Ministério da Economia e Finanças, 2014).

Em relação aos cuidados pós-natais, apenas 55% de todos os recém-nascidos realizam um exame médico pós-natal. Os recém-nascidos urbanos são muito mais propensos a fazer um exame médico após o parto, 76%, e consultas de cuidados pós-natais, 40%, em comparação com as áreas rurais com, respetivamente, 43% e 27% (Ministério da Economia e Finanças, 2014).





# JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS

2



## 2.1 JUSTIFICAÇÃO

No âmbito e com base no Plano Estratégico de Nutrição 2016-2020 do MINSAP, adotado em 2014, o PAM e o MINSAP desenvolvem ações integradas de combate, gestão e prevenção da desnutrição em crianças e gestantes, pretendendo assim desenvolver uma estratégia nacional de comunicação para influenciar a mudança de comportamento em âmbito nutricional e alimentar de crianças menores de 5 anos e das mulheres, a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil na Guiné-Bissau.

Para poder definir, portanto, uma adequada e coerente estratégia de comunicação nacional é necessário conhecer especificamente os hábitos e os comportamentos alimentares da população, sobretudo dos grupos populacionais em situação de risco relativamente à insegurança alimentar e à carência nutricional, seja como comportamentos potencialmente positivos, que possam ser replicados para influenciar outros indivíduos e comunidades, seja como comportamentos negativos, que ao invés disso estão a criar barreiras e lacunas para o desenvolvimento comunitário completo.

Assim sendo, o presente estudo, através da análise da situação e dos resultados alcançados, apresenta numa forma descritiva e qualitativa os conhecimentos, as atitudes e as práticas alimentares e nutricionais das comunidades da Guiné-Bissau, em particular nas regiões de Gabu, Bafatá, Oio e no Setor Autónomo de Bissau e será utilizado pelo MINSAP e o PAM como base para desenvolver, numa forma realística, a referida estratégia nacional de comunicação.

## 2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo geral do presente estudo é, portanto, *compreender melhor as causas ligadas à desnutrição materna e infantil nas regiões de maior prevalência de desnutrição crónica e desnutrição aguda global.*

Desta forma, os objetivos específicos do estudo consistem em:

### **1. REALIZAR A ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS DO RELATÓRIO EXISTENTE, ESTUDOS E PESQUISAS EM TORNO DE:**

- **Conhecimentos, atitudes, práticas motivacionais de indivíduos/lares/famílias/comunidades em relação à saúde e nutrição de mães e crianças relacionadas com a alimentação de bebés e crianças pequenas, higiene e tratamento de diferentes morbididades;**

## 2. JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS

- O atual estado nutricional de crianças menores de 5 anos através de dados do Sistema de Monitoria da Segurança Alimentar e Nutricional (Food Security and Nutrition Monitoring System – FSNMS) e deficiências de micronutrientes de outras fontes de dados.

### 2. REALIZAR UM ESTUDO QUALITATIVO DE CASOS MÚLTIPLOS PARA:

- Explorar os conhecimentos, atitudes, práticas e motivações de pais, de quem cuida das crianças, dos técnicos/profissionais de saúde e dos Agentes Comunitários da Saúde (ASC), sobre saúde e nutrição de crianças menores 5 anos, identificando determinantes de comportamentos positivos e negativos;
- Explorar os conhecimentos, atitudes, práticas e motivações das mulheres e comunidades, dos ASC e da equipe de saúde sobre saúde e nutrição de mulheres durante a gravidez e amamentação, identificando determinantes de comportamentos positivos e negativos;
- Fornecer material esclarecedor para a elaboração da estratégia de comunicação nacional para a mudança de comportamentos das mulheres, recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos em relação à saúde e nutrição, a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil na Guiné-Bissau.



# METODOLOGIA

3



O presente estudo utilizou o método qualitativo, através de uma triangulação de diferentes metodologias de coleta de dados, como procedimento bem reconhecido e estabelecido nas avaliações qualitativas rápidas no âmbito da saúde (Green J., 2004). O método qualitativo, aplicado nesta pesquisa, permitiu compreender a perspectiva dos participantes do estudo ouvindo as suas opiniões e observando-os no seu próprio contexto, através de uma abordagem interpretativa, que visou centrar-se na compreensão do comportamento humano sob a perspectiva daqueles que são objeto de estudo.

### 3.1 LOCAL E DURAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho de campo para este estudo foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2018 em quatro comunidades, uma em quatro regiões da Guiné-Bissau, nomeadamente Gabu, Bafatá, Oio e Sector Autónomo de Bissau.

As comunidades foram escolhidas pelo MINSAP com base nos critérios seguintes:

- **Estar situadas pelo menos a 6 km de distância de uma instalação de saúde;**
- **Ter um ASCASC na comunidade para ajudar a identificar os participantes e organizar a logística da recolha de dados;**
- **Estar numa posição geográfica que permita aos pesquisadores alcançar a comunidade todos os dias durante a semana de coleta de dados.**

Além destes critérios, o MINSAP considerou outrossim relevante ter em conta os índices nutricionais das crianças e mulheres em idade reprodutiva. Assim sendo, foram selecionadas as comunidades onde estes índices são mais críticos e onde as experiências de implementação das políticas públicas ou dos programas de saúde e nutrição não foram sempre positivas, seja por questões étnico-culturais e socioeconómicas, seja pela dificuldade de acesso dos mesmos serviços públicos, seja pela ausência de infraestruturas adequadas.

Desta forma, o MINSAP escolheu a tabanca de Saucunda na região de Gabu, a tabanca de Canquenhe na região de Bafatá, o bairro de Bissaque no Setor Autónomo de Bissau e a tabanca Untche na região do Oio. É importante ressaltar que as tabancas escolhidas nas regiões de Gabu e Bafatá são de etnia mandinga, a qual representa 10% da população guineense e tem hábitos e costumes próprios. Isto não representa um obstáculo para o estudo, sendo que se trata de um estudo qualitativo de casos múltiplos cujo objetivo é entender em profundidade as especificidades de cada comunidade e não generalizar a informação recolhida.

## 3.2 DESCRIÇÃO DAS COMUNIDADES SELECIONADAS PELO ESTUDO

### 3.2.1 Comunidade de Saucunda na região de Gabu

Saucunda é uma tabanca com uma população de cerca de 2000 indivíduos do grupo étnico mandinga e a maioria dos habitantes professa a religião muçulmana. Situa-se a 7 km da vila de Sonaco, onde se encontra a estrutura sanitária de referência. Esta distância, se for percorrida de carro ou de motorizada leva cerca de 15 minutos; se for percorrida por uma carroça puxada por um burro leva cerca de 1 hora e se for percorrida a pé demora entre 2 e 3 horas. A tabanca de Saucunda não está ligada à vila de Sonaco pelos serviços de transporte público, dificultando assim as deslocações.

Em Saucunda há uma escola corânica e uma mesquita, mas não há escolas ou centros de saúde públicos ou privados. Contudo, na tabanca trabalham dois ASC. Não há mercados nem lojas, mas algumas pessoas vendem produtos alimentares e não alimentares perto das suas casas. Há uma ONG chamada Tostan, que trabalha na área do desenvolvimento económico, tendo pelo menos dois ativistas na comunidade. Na tabanca não há energia elétrica e somente algumas pessoas têm painéis solares. A União Europeia construiu um furo de água onde uma bomba alimentada por painéis solares puxa a água para um tanque sobrelevado com um sistema de distribuição por gravidade. As pessoas usam a água desta fonte somente para cozinhar e para outras atividades domésticas, alegando que o seu sabor não é agradável. Para beber, portanto, usam a água de outro furo com bomba manual. Na tabanca existem algumas hortas, umas entre as casas, outras nos quintais. Nas hortas domésticas cultivam quiabo, djagatu, baguetchi, tomate local e cenoura. Há também árvores de fruto, como mangueiras, papaieiras e moringa. Nesta área, os cultivos principais são árvores de caju, arroz, milho preto e amendoim, e algumas pessoas têm também árvores cítricas.

Do ponto de vista da ocupação, a maioria das pessoas dedica-se à agricultura. A pesca e a criação de gado não foram reportadas como atividades principais na comunidade. Alguns agricultores possuem bois para a lavra da bolanha, mas na tabanca há muitos burros, que são principalmente utilizados para puxar as carroças. A criação de cabritos é também uma atividade relevante, considerando que são destinados à venda ou para consumo familiar nas cerimónias.

A mesquita e os horários das orações servem também para regular o ritmo das atividades domésticas e da comunidade. Por exemplo, os entrevistados afirmam que vão almoçar quando o imam chama para a oração das duas da tarde.

As pessoas possuem rádios que trabalham a pilhas e telemóveis que carregam com os painéis solares. A maior parte dos habitantes são mulheres e crianças. As mulheres são encarregadas de cuidar dos filhos, da lavagem da roupa, da preparação dos alimentos, do abastecimento de água, das limpezas domésticas e do cultivo das bolanhas. Os homens, quando afirmam ter mais do que uma mulher, alegam que é para terem mais força de trabalho na lavra e para terem com maior frequência relações sexuais, devido à existência de tabus quanto à prática de sexo durante a menstruação e a amamentação. Na tabanca, pelo menos 20 jovens emigraram ilegalmente para a Europa e três destes perderam a vida no trajeto.

### **3.2.2 Comunidade de Canquenhe na região de Bafatá**

Canquenhe é uma tabanca com uma população de aproximadamente 1000 indivíduos de etnia mandinga, sendo a maior parte da população constituída por mulheres e crianças de religião muçulmana. Está localizada a 15 km de Contuboel, onde se encontra a estrutura sanitária de preferência. A distância percorrida até Contuboel de carro e de motorizada leva cerca de 30 minutos, numa carroça puxada por um burro demora cerca de 1 hora e meia e a pé aproximadamente 3 horas. A estrada encontra-se em péssimas condições e durante o tempo chuvoso as deslocações tornam-se muito difíceis para a comunidade. Não há transporte público para Contuboel e isso implica uma baixa concorrência no custo e na disponibilidade de transporte. Em caso de urgência, as pessoas alugam uma motorizada para se deslocarem até ao centro de saúde, mas o custo total de ida e volta é de 5000 FCFA, sendo bastante oneroso, considerando a baixa renda da população. Os habitantes da tabanca usam indiferentemente a estrutura sanitária de Contuboel e a de Sonaco, alegando que a distância é igual.

Há uma escola primária e existe um projeto de abertura de uma creche. Algumas mulheres estão a ser capacitadas como educadoras e vigilantes para trabalharem nesta nova estrutura. Há também uma escola corânica e uma mesquita. Um ASC trabalha na comunidade, num pequeno centro de saúde, não apetrechado, sem medicamentos disponíveis e com condições mínimas. Não há mercado, mas há uma pequena loja que vende os alimentos básicos e outros produtos não alimentares. Além disso, há algumas pessoas que vendem os produtos das suas próprias terras de forma privada (como óleo de palma, milho, arroz, etc.) e há também um sistema de troca de arroz produzido localmente com as tabancas vizinhas dos Fulas, onde adquirem fruta e por vezes peixe e milho. Participam também nos mercados semanais aonde vão vender os seus produtos, ou compram o que não está disponível localmente. Na tabanca não há energia elétrica, mas algumas pessoas têm painéis solares. A União Europeia construiu um furo para obterem água; uma bomba elétrica alimentada com painéis solares puxa a água de um tanque sobrelevado e com distribuição por gravidade. O uso da

água é regulamentado por horários específicos, e a comunidade pode encher os baldes e bidões, pagando cerca de 25 FCFA por cada bidão. A água desta fonte é muito limpa e é consumida sem ser tratada e, portanto, é usada para satisfazer todo o tipo de necessidades de caráter pessoal e doméstico. Na tabanca existem algumas hortas, umas entre as casas, outras nos quintais. Nas hortas domésticas cultivam quiabo, jucatù, baguiche, tomate local e mandioca, e na área adjacente há mangueiras, papaieiras, árvores de moringa, caju e bananeiras. Também é possível encontrar algumas destas árvores nos quintais das habitações. Nas bolanhas, a maioria dos habitantes cultivam arroz e amendoim, mas há alguns que também cultivam milho. A maior parte das pessoas dedica-se, portanto, à agricultura, mas, sendo uma tabanca próxima de um rio, há também alguns pescadores. De facto, algumas famílias, devido a esta proximidade do rio, consomem com mais frequência peixe do que carne. Na tabanca também há algumas pessoas que criam animais, como vacas, carneiros e cabras, os quais são consumidos somente durante as cerimónias. Na época da campanha do caju, quando há maior disponibilidade económica, costumam matar uma vez por mês uma vaca e vendem a sua carne na tabanca. Na tabanca estão presentes também muitos burros, os quais são utilizados maioritariamente para puxar as carroças ou para a lavoura nas terras.

A mesquita e a chamada para a reza do minarete servem também para regular os horários da comunidade e das atividades domésticas. Por exemplo, as pessoas normalmente almoçam após as orações. Assim sendo, o Imam chama as pessoas para a oração às 13:30h e estas almoçam às 14h. As pessoas possuem rádios e telemóveis, que utilizam por meio de painéis solares. Normalmente, quem pode comprar os painéis solares não consegue, contudo, instalá-los em toda a casa, escolhendo, assim, uma divisão da casa, mais frequentemente a sala comum ou o quarto do marido. Nas famílias onde o homem tem várias mulheres, cada uma tem o seu próprio quarto, que partilha com os seus filhos. As mulheres são encarregadas de cuidar dos filhos, da lavagem da roupa, da preparação dos alimentos, do abastecimento de água, das limpezas domésticas e do cultivo das terras. Os homens são encarregados da colheita do arroz e da pesca. Os homens normalmente decidem ter mais do que uma mulher para terem mais força de trabalho na lavra. Na tabanca pelo menos 4 jovens emigraram ilegalmente para a Europa.

#### **3.2.3 Comunidade do bairro de Bissaque no sector Autónomo de Bissau**

Bissaque é um bairro periférico do Setor Autónomo de Bissau. A população do bairro é mista: existem pessoas que nasceram e cresceram no bairro, e outras que chegaram de outras regiões e também da Guiné Conacry. A população do bairro é, na sua maioria, muçulmana. O bairro encontra-se a cerca de 4 km do Centro de Saúde do Bairro Militar, ao qual é possível chegar a pé, utilizando o transporte coletivo «toka toka» com um custo de 100 FCFA ou o táxi com um

custo de 200 FCFA. Também é possível viajar de táxi até ao Hospital Simão Mendes com um custo entre 200 e 500 FCFA. Na área circundante existem escolas e creches e também mesquitas e escolas corânicas. Vários ASCs trabalham no bairro e durante o trabalho de campo foi possível conhecer três. O bairro fica próximo do mercado de Bandim, o maior de toda a Guiné-Bissau, onde se encontra uma grande variedade de produtos. Também há pequenas lojas, bancas, vendedores ambulantes e restaurantes. As pessoas têm poços nas suas casas, e a água é utilizada para consumo pessoal, cozinha e limpeza. No bairro há um sistema de energia elétrica. As casas não têm hortas ou animais. As pessoas possuem rádios e telemóveis. No bairro vivem homens e mulheres de todas as idades. Segundo os entrevistados, as mulheres estão encarregadas de cuidar dos filhos, da lavagem da roupa, da preparação dos alimentos, do abastecimento de água, das limpezas domésticas e dos pequenos comércios. Os homens por vezes arranjam um emprego e providenciam o sustento económico para a sua família.

### **3.2.4 Comunidade de Untche na região de Oio**

Untche é uma tabanca onde vivem cerca de 1000 pessoas, segundo o líder comunitário, que pertence ao grupo étnico balanta e maioritariamente de religião animística. Fica a 17 km de Binar, onde se encontra a estrutura sanitária de preferência. Até chegar a Binar, a distância percorrida de carro leva cerca de 20 minutos, de motorizada, cerca de 15 minutos, e a pé, aproximadamente 3 horas. Não há transporte público para Binar e também não foram observadas carroças puxadas por burros. A população da tabanca usa a estrutura sanitária de Binar, de Nhacra e por vezes também as de Bissau. Embora Nhacra e Bissau sejam mais distantes, as pessoas alegam preferi-las por terem um melhor serviço, nomeadamente maior disponibilidade de medicamentos e pela possibilidade de se deslocarem de canoa, poupando assim o esforço físico.

Na tabanca não há escolas, mas as crianças frequentam a escola primária numa tabanca próxima, embora percorram o caminho a pé. Trabalham na tabanca dois ASC. Não há mercado ou lojas, e também não foram observadas pessoas a vender perto das suas casas. Estas disseram que vendiam os seus produtos em Bula e compravam com o dinheiro ganho arroz, fruta, roupa, sabão e outros bens não disponíveis na comunidade. Na tabanca não há energia elétrica e não foram observados painéis solares. Em relação à obtenção de água, uma das formas de acesso é garantida por um furo com bomba manual. Porém, as pessoas não a usam para consumo pessoal ou doméstico, porque a água ficou contaminada com água salgada, utilizando-a somente para os animais. Para consumo humano, utilizam a água de um outro poço da tabanca, o qual seca entre maio e o início das chuvas. Desta forma, durante a estação seca, a população deve deslocar-se às tabancas vizinhas para o abastecimento de água. Na tabanca

existem poucas hortas e a razão é que os animais presentes derrubam as cercas e destroem as culturas. As populações plantam mandioca, quiabo e tomate local. Na tabanca há árvores de fruto, como mangueiras, cajueiros e embondeiros. Nas bolanhas cultiva-se maioritariamente arroz e mandioca. A maior parte das pessoas dedica-se à agricultura, mas há alguns pescadores que pescam no rio próximo. Na tabanca criam-se animais, como vacas, porcos, carneiros e cabras, que são usados principalmente para venda e para serem consumidos durante as cerimónias. Não foram observados burros a puxar carroças. Normalmente, os habitantes vendem os peixes de maiores dimensões e os animais no mercado de Bula. As pessoas possuem rádios e telemóveis. As mulheres estão encarregadas de cuidar dos filhos, da lavagem da roupa, da preparação dos alimentos, do abastecimento de água, das limpezas domésticas e da pesca, e ajudam também na lavoura. Os homens estão encarregados principalmente do cultivo das terras e contraem novos matrimónios para obterem mais uma ajuda nas atividades domésticas e no cultivo das terras.

## 3.3 AMOSTRAGEM

A amostra dos participantes foi determinada por conveniência, considerando que na investigação qualitativa os participantes são escolhidos por causa do papel que exercem ou pelas suas atitudes. Neste sentido, os participantes foram escolhidos devido ao papel que desempenhavam no seio da família e da comunidade no que diz respeito à alimentação e à saúde das mulheres e crianças, e com base nos seus comportamentos no âmbito alimentar e da procura de cuidados. Os participantes foram escolhidos com a ajuda dos líderes comunitários e dos ASC, que conhecem os seus comportamentos e as funções que exercem na família e na comunidade. Uma vez selecionados, os participantes decidiram se participariam de forma voluntária ou não no estudo. Nenhuma das pessoas contactadas recusou participar. A amostra estava organizada da seguinte forma:

**1. Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos.** Este grupo foi identificado principalmente porque representa o alvo final da futura intervenção do PAM e era importante obter mais informações sobre a sua alimentação. Durante as atividades de campo, este grupo foi ulteriormente subdividido em dois: um incluía as mulheres com comportamentos considerados oportunos e corretos (desvio positivo) e o outro as mulheres com comportamentos não positivos.

**2. Mulheres grávidas ou ainda em fase de amamentação exclusiva,** porque, também neste caso, este grupo representa o alvo final da futura intervenção do PAM. Igualmente, este grupo foi ulteriormente subdividido em dois: um incluía as mulheres com comportamentos positivos (desvio

positivo) e o outro as mulheres com comportamentos não positivos.

**3. Pessoas influentes na comunidade** (por ex.: agentes de saúde comunitários, enfermeiros, líderes tradicionais e religiosos, curandeiros), **pais ou encarregados masculinos com filhos menores de 5 anos de idade, maridos de mulheres grávidas.** Inicialmente, na preparação desta pesquisa, este grupo tinha sido separado, formando dois grupos distintos. Após uma análise das fontes secundárias e uma reflexão com a equipa nacional do PAM, considerando o contexto local – uma sociedade patrilinear e machista –, onde as pessoas influentes são na sua maioria homens, julgou-se possível juntar os critérios dos dois grupos e formar diretamente um grupo para amostra. Estas pessoas foram escolhidas por serem pontos de referência na comunidade, capazes de influenciar o comportamento das mães e encarregados das crianças em relação a elas e aos seus filhos, ou por terem poder para determinar o comportamento da mãe e dos seus filhos, como os maridos e os outros homens na comunidade.

### 3.3.1 A importância do desvio positivo na amostra

Em relação à amostra, é importante sublinhar que na recolha de dados na comunidade o Desvio Positivo (DP) referia-se a uma mudança comportamental e social de alguns indivíduos (mães com filhos com menos de 5 anos, mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar), os quais, no mesmo contexto que os outros, enfrentando os mesmos desafios, restrições e privações de recursos semelhantes aos seus pares, para enfrentar estas barreiras têm desenvolvido comportamentos diferentes ou estratégias incomuns, mas bem-sucedidos.

No presente estudo, portanto, procurou-se distinguir estes indivíduos, chamados tecnicamente «desviantes positivos», para oferecer soluções inovadoras locais aos desafios enfrentados pelos restantes indivíduos da comunidade, que, uma vez refinadas, possam influenciar e ser transmitidas a todos. A abordagem do Desvio Positivo baseia-se nas competências, na solução de problemas e está orientada para a comunidade, permitindo que esta descubra esses comportamentos e estratégias bem-sucedidas e possa desenvolver um plano de ação para promover a sua adoção por todos os envolvidos (Positive Deviance Initiative, 2017).

Considerando que esta pesquisa é um estudo sobre os Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Motivações (CAPM) e tem como objetivos recolher informações no âmbito da saúde e da nutrição materno-infantil, na identificação da amostra, foi fundamental identificar os indivíduos com comportamento positivo e investigar a motivação que estes desviantes positivos têm para atuar com comportamentos positivos, para que este conhecimento seja usado para definir atividades de comunicação

que influenciem o resto da população a mudar de comportamento e a atuar positivamente.

### 3.4 MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS E INFORMAÇÕES

O método de recolha de dados concentrou-se principalmente na recolha de dados secundários e primários.

#### 3.4.1 Recolha de dados secundários

Para a revisão de dados secundários foram analisados documentos publicados e não publicados, tendo também havido encontros com profissionais da área da nutrição de diferentes instituições.

Com base nos documentos disponibilizados pelo MINSAP, PAM e outras Autoridades e Instituições da Guiné-Bissau, foi realizada uma revisão da literatura sobre a saúde e nutrição de mães e crianças, particularmente no que diz respeito à alimentação de crianças menores de 5 anos, higiene e tratamento de diferentes morbididades. Neste sentido, os principais documentos de referência foram o Plano Estratégico de Nutrição 2016-2020 do MINSAP (MINSAP, 2014), o Relatório «Enquête de suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition en Guinée Bissau, données collectées du 10 au 26 Octobre, 2017», realizado pelo PAM em colaboração com o Ministério da Agricultura, o INE e a FAO em 2017 (PAM, 2017), o Relatório Final do Inquérito para Avaliação dos Componentes do Projeto de Saúde Comunitária Implementados pela UNICEF, de 2017 (UNICEF, 2017), o Relatório sobre o Estado Nutricional das crianças com menos de 5 anos e das mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos) (UNICEF e Ministério da Saúde Pública, 2012), o Plano Estratégico Guiné-Bissau 2025 «Terra Ranka», o Relatório dos Resultados Definidos do Inquérito Ligeiro para a Avaliação da Pobreza (ILIAP2) do INE, UNDP e World Bank (República da Guiné-Bissau, 2015), entre outros. Estes documentos ajudaram a definir melhor os instrumentos de recolha de dados e o trabalho de campo, consentindo uma visão mais detalhada da realidade e do contexto nutricional das comunidades da Guiné-Bissau. Na bibliografia encontra-se uma lista mais pormenorizada das fontes utilizadas .

Em coordenação com o ponto focal do PAM, foram realizados alguns encontros com o responsável da nutrição do PAM, o responsável da nutrição da UNICEF, o MINSAP na Direção da Saúde e a responsável da União Europeia pelo Programa Nutricional e da Saúde, os quais forneceram documentos pertinentes, embora

alguns ainda não estivessem na sua versão final, tais como estudos, relatórios, inquéritos sobre a alimentação de lactantes e crianças menores de 5 anos, higiene e tratamento de diferentes morbididades.

### 3.4.2 Recolha de dados primários

A recolha de dados primários foi desenvolvida realizando as seguintes atividades:

- 1. LABORATÓRIOS CULINÁRIOS COM OBSERVAÇÕES PARTICIPATIVAS E CONVERSAS INFORMAIS;**
- 2. OBSERVAÇÃO DIRETA DE REFEIÇÕES EM GRUPOS SELECIONADOS E NO DOMICÍLIO;**
- 3. DISCUSSÕES EM GRUPOS FOCAIS;**
- 4. ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.**

Por cada grupo e pessoa entrevistada foram recolhidas as seguintes informações:

- **Dados demográficos (idade, sexo, nível de alfabetização, ocupação, status familiar, número de filhos e respetivas idades);**
- **Alimentos consumidos geralmente, considerando o horário das refeições e o número das mesmas;**
- **Acesso e utilização de serviços de saúde (por ex.: cuidados pré-natais, consultas, serviços para saúde reprodutiva, etc.);**
- **Se e onde receberam alguma informação sobre nutrição.**

#### 3.4.2.1 Laboratórios Culinários com Observações Participativas e Discussões

Durante a recolha de dados no âmbito do trabalho de campo, para se poder conhecer em profundidade a relação que as comunidades tinham com os alimentos (da seleção até a refeição), foram organizados os laboratórios culinários, momentos de preparação e confeção da comida.

Considerando que a comida e a sua preparação, confeção e consumo estão profundamente ligados à identidade cultural, a sentimentos positivos, como o bem-estar, à nutrição e à segurança alimentar, os laboratórios culinários

permitiram entender melhor os hábitos alimentares e nutricionais das comunidades selecionadas, as razões culturais ou económicas de gestão e preparação dos alimentos e as razões culturais e sociais do momento das refeições. Além disso, os laboratórios representaram a primeira atividade na comunidade que permitiu quebrar o gelo entre pesquisadores e participantes, deixando assim as mulheres que preparavam as refeições e aquelas que assistiam aos laboratórios mais descontraídas, capazes de conversar com mais tranquilidade e sinceridade sobre a alimentação, sobre os filhos e o seu cuidado, a família, as relações conjugais e familiares e as relações sociais na comunidade. Este momento era também importante para identificar as pessoas que iriam participar nos grupos focais e nas entrevistas individuais. Nos laboratórios culinários observou-se também a forma de lavar os alimentos, como os pratos foram servidos (quem foi servido primeiro, a quantidade de comida que tinha no prato, etc.), como os membros da família se organizaram para tomar a refeição e sobretudo como é que as crianças, as mulheres grávidas ou as que estavam a amamentar e as mães de crianças menores de 5 anos se posicionaram em relação aos outros membros da família.

As pessoas responsáveis pela confeção das refeições foram selecionadas pelos líderes comunitários, que consultavam as suas próprias esposas para indicarem as pessoas mais aptas. Uma vez selecionadas, as mulheres orientaram os pesquisadores sobre a escolha do menu para a refeição e, portanto, a compra dos alimentos, considerando o tema ou o evento do dia. Os laboratórios culinários realizaram-se numa casa ou num quintal de um membro da comunidade que disponibilizou o espaço. O resto da comunidade partilhou panelas e utensílios de cozinha e contribuiu na recolha da lenha.

Os pesquisadores, com a ajuda dos assistentes e dos tradutores, observaram todo o processo desde a preparação dos alimentos até as refeições, fazendo perguntas orientadas pelos Guiões de Tópicos previamente preparados, mas colocando também questões no seguimento da dinâmica das conversas. As perguntas eram orientadas para obterem respostas sobre a razão pela qual eles preparavam e cozinhavam daquela forma os alimentos, porquê naquela ordem, como procuravam e onde encontravam os alimentos no seu dia a dia, a hora do dia em que normalmente comiam, quantas vezes por dia, etc. Uma cópia dos questionários pode ser encontrada em anexo.

Foram, então, realizados 16 laboratórios culinários, 4 por cada comunidade, os quais tinham sempre um menu diferente, que dependia do grupo ou evento para o qual se cozinhava. Nos laboratórios participaram entre 3 a 10 pessoas, dependendo do tema.

Os temas e os participantes dos laboratórios culinários foram organizados da seguinte forma e ordem (ver Tabela 1):

**Tabela 1** Laboratórios culinários realizados no âmbito do estudo CAPM e seus participantes e objetivos

N	Laboratórios culinários	Participantes	Objetivos
1	Refeição para pessoas influentes na comunidade e homens	Mães e encarregados de crianças menores de 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender se existem cuidados/práticas especiais e/ou alimentos e compará-los com a preparação de outra refeição.</li> </ul>
2	Refeição para todos os dias	Mães e encarregadas (mulheres) de crianças menores de 5 anos preferivelmente com comportamento positivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender com mais profundidade como a comida do dia a dia é preparada, quanto tempo demora a preparar, que alimentos estão disponíveis e as dinâmicas alimentares familiares.</li> </ul>
3	Refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar	Mulheres grávidas escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como, por exemplo, frequentar consultas pré-natais, e/ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entender se existem tabus alimentares para mulheres grávidas, o que elas costumam comer durante a gravidez e que atividades normalmente realizam durante a gravidez.</li> </ul>
4	Refeição para uma cerimónia	Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos. Obs.: Incluiu pessoas com desvios positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destacar as diferenças entre alimentos normais e alimentos que se preparam em dias especiais.</li> <li>Falar sobre alimentos que são considerados tabu e as razões pelas quais não são consumidos diariamente.</li> </ul>

### 3.4.2.2 Observação Direta da Preparação de Refeições em Grupos Seleccionados e no Domicílio

Outro método utilizado para recolher informações foi a observação direta da preparação de refeições numa casa seleccionada dentro da comunidade, numa família que voluntariamente aceitou a presença de uma investigadora,

a qual observou durante algumas horas como a mulher preparou a refeição do dia. O objetivo desta atividade era observar todos os aspetos relacionados com a nutrição da forma mais próxima da realidade possível, sendo que nos laboratórios tinha uma intervenção do grupo de investigação. Nas casas foi observado desde a recolha dos alimentos até ao momento do almoço familiar, considerando a maneira como foram cozinhados os alimentos, a limpeza da área e da cozinha (por ex.: uso de água, sabão, etc.), o tempo dedicado a cozinhar os alimentos, as condições de preparação dos alimentos, os alimentos disponíveis, etc. No total, foram realizadas 4 observações domiciliares, uma em cada comunidade.

#### **3.4.2.3 Discussões em Grupos Focais**

Na recolha de dados no terreno, um método extremamente importante foi a realização das discussões nos Grupos Focais (GF), as quais permitiram compreender melhor os comportamentos das pessoas, os seus hábitos alimentares e as motivações das escolhas nutricionais da comunidade, bem como o processo de construção das perceções e das normas sociais relevantes a nível local.

As discussões nos GF foram orientadas pelos Guiões de Tópicos de exercícios (por ex.: jogos, imagens) que, acompanhados por perguntas semiestruturadas abertas, permitiram uma participação ativa dos membros dos GF no debate (em anexo podem ser encontrados os Guiões de Tópicos). Considerando que muitas das pessoas na comunidade não sabiam ler ou escrever, foi muito importante o uso de imagens para facilitar os exercícios. Os GF ajudaram igualmente a perceber como as pessoas se influenciam mutuamente, como o comportamento e as crenças de uma ou mais pessoas podem condicionar os dos outros dentro da comunidade, fornecendo deste modo uma informação fundamental para o planeamento das atividades relativamente à comunicação.

O trabalho de campo com os GF prosseguiu após cada laboratório culinário com as pessoas que participaram no mesmo laboratório e/ou na refeição. De facto, as pessoas aceitaram participar livre e voluntariamente. A sessão dos GF foi dividida em 4 subsessões com temáticas relacionadas, mas diferentes, nas quais os participantes discutiam e respondiam a questões orientados pelas perguntas do pesquisador. Assim sendo, numa forma lógica, os participantes foram exortados a discutir e a explicar os seus próprios conhecimentos, hábitos e motivações em relação à nutrição e alimentação, focalizando-se no âmbito materno-infantil, partindo de aspetos gerais e chegando aos aspetos mais particulares e sugestivos, como, por exemplo: definir que alimentos são nutrientes, que alimentos nutrientes se encontraram na comunidade e quais não, e porquê; definir os conceitos de nutrição infantil e criança saudável, explicando as barreiras locais existentes para alimentar corretamente uma

criança; definir a relação com os serviços de nutrição e a possibilidade de receber apoio sanitário e informativo no âmbito nutricional, etc.

Os GF realizaram-se de acordo com a seguinte estrutura, relacionada com os laboratórios culinários (Tabela 2):

*Tabela 2 Grupos focais realizados e seus objetivos*

<b>N</b>	<b>Laboratórios culinários</b>	<b>Grupo focal</b>	<b>Objetivos</b>
<b>1</b>	Refeição para pessoas influentes na comunidade e homens	Mães e encarregados de crianças menores de 5 anos	Recolher mais informações sobre conhecimentos, atitudes, práticas, motivação de pais ou cuidadores masculinos de crianças menores de 5 anos em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de cinco 5 anos.
<b>2</b>	Refeição para todos os dias	Mães e encarregadas (mulheres) de crianças menores de 5 anos preferivelmente com comportamento positivo.	Recolher mais informações sobre conhecimento, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.
<b>3</b>	Refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar	Mulheres grávidas escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como, por exemplo, frequentar consultas pré-natais, e/ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade.	Recolher mais informações sobre conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de gestantes, lactentes e mães.
<b>4</b>	Refeição para uma cerimónia	Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos. Obs.: Incluiu pessoas com desvios positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente.	Recolher mais informações sobre conhecimento, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.

Em cada comunidade foram realizados 4 GF num total de 16 GF para todo o estudo, tendo uma média de participação de 6 membros e um total de 101 participantes, dos quais 67 mulheres.

Com a permissão dos participantes e com vista a não perder as informações necessárias, todas as sessões dos GF foram gravadas (ver 10.1 **ANEXO 1, Guiões de Tópicos** para recolha de dados)

### 3.4.2.4 Entrevistas Individuais em Profundidade

Durante este estudo, no trabalho de campo foram realizadas 7 entrevistas em cada comunidade num total de 28, mais 3 entrevistas extra a 3 pessoas relevantes para este estudo: duas ativistas do grupo «Amigas das Mães» e uma mãe com práticas consideradas muito positivas pelo MINSAP.

A entrevista em profundidade é um método de recolha de dados que permitiu obter informações mais pormenorizadas, esclarecendo as dúvidas e as lacunas ou simplesmente confirmando o que foi referido nos laboratórios culinários e nos GF. As entrevistas procuraram cruzar os dados recolhidos com as atividades anteriores para verificar se emergiriam dados diferentes quando a discussão fosse realizada em particular.

As entrevistas foram outrossim realizadas com o suporte dos Guiões de Tópicos com entrevistas semiestruturadas, organizadas em três sessões: a primeira orientada para entender informações alimentares e nutricionais; a segunda para recolher informações sobre os serviços de saúde nutricional materno-infantil; e a terceira para obter informações sobre conhecimentos nutricionais (Ver 10.1 **ANEXO 1 Guiões de tópicos** para recolha de dados).

As entrevistas foram realizadas aos seguintes participantes em cada região:

- **Mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos (caso positivo);**
- **Mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos (caso não positivo);**
- **Mulher grávida ou mulher que está a amamentar um bebé com menos de 6 meses (caso positivo);**
- **Mulher grávida ou mulher que está a amamentar uma criança com menos de 6 meses (caso não positivo);**
- **Pessoa influente na comunidade;**
- **Agente comunitário de saúde;**
- **Técnico sanitário responsável pela área de nutrição ou a trabalhar na área da nutrição ou da saúde materno-infantil.**

Com a permissão dos participantes e com vista a não perder as informações necessárias, todas as entrevistas foram gravadas.

## 3.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os GF e as entrevistas individuais em profundidade foram transcritas. As transcrições e os dados recolhidos durante as observações dos laboratórios culinários e durante as observações domiciliares foram sistematizados em grelhas de Excel, organizadas seguindo a lógica das atividades realizadas no terreno e, portanto, de acordo com os Guiões de Tópicos. Para facilitar a clareza das informações recolhidas, os dados foram sistematizados diretamente no campo, ao fim do dia, trabalhando quase em sincronia entre recolha e arquivamento. Durante a sistematização foram feitas algumas modificações nas grelhas originais, adaptando-as para encaixar as informações relevantes recolhidas durante as atividades com os participantes.

Partindo da sistematização dos dados, a análise foi feita numa forma mista, integrando a análise estruturada e a análise temática, sempre de tipo qualitativo. Tendo sido realizada segundo um esquema, a análise permitiu organizar rapidamente os dados e fazer comparações entre grupos dentro da mesma comunidade e entre comunidades. No entanto, também foram considerados temas que não surgiram durante a preparação dos guiões e das grelhas, durante os laboratórios culinários, durante a observação das refeições, os GF e as entrevistas, os quais foram sistematizados e analisados segundo a metodologia acima descrita. Os dados foram analisados através da triangulação entre as informações recolhidas na revisão da literatura, nos laboratórios culinários, nas observações, nos GF e nas entrevistas

## 3.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

**1. Quantidade excessiva de alimentos preparados** – É possível que nos laboratórios culinários os participantes tenham pedido quantidades maiores e/ou variedades diferentes de alimentos em comparação com o que é consumido normalmente, porque era a equipa de investigação que adquiria os ingredientes. A análise foi feita tendo em conta esta possibilidade.

**2. Qualidade limitada de traduções** – A equipa de investigação era formada por duas investigadoras internacionais e duas investigadoras nacionais, sendo que estas últimas falavam português e crioulo, mas não as línguas das comunidades selecionadas para o estudo. Esta limitação foi de facto percebida no momento da chegada às comunidades e encontrou-se como solução escolher alguém a nível local que traduzisse a sua língua para o português ou o crioulo. Embora tivessem recebido

indicações sobre como fazer as traduções, estas pessoas não tinham recebido uma formação específica. É possível que nestes casos a qualidade da tradução tenha sido inferior à das assistentes. Para minimizar estes problemas, as investigadoras intervinham caso observassem que os tradutores locais acrescentavam explicações pessoais, ou caso notassem uma discrepância entre a resposta e a tradução, procurando dar indicações para que as traduções fossem mais próximas do original.

**3. Influência dos exercícios dos GF nas entrevistas** – Os GF também permitiram que os participantes aprendessem algumas noções e informações acerca dos alimentos e da nutrição. Como os GF eram normalmente organizados antes das entrevistas individuais, é possível que nestas últimas tenha havido uma sobre-representação dos conhecimentos. Para minimizar a falta de isenção durante as entrevistas foram feitas perguntas cruzadas, submetidas de maneiras diferentes, de forma a verificar se as respostas tinham sido influenciadas pela precedente atividade.

**4. Limitações geográficas e abrangência étnica** – por causa do tempo disponível e querendo realizar um trabalho em profundidade, não foi possível incluir mais do que 4 comunidades. A escolha das mesmas foi organizada pelo MINSAP com base em critérios geográficos e indicadores relativos à nutrição e saúde. A etnia não foi considerada como um elemento de inclusão ou exclusão de uma comunidade. Deste processo resultou a escolha de 1 comunidade balanta, 1 comunidade urbana com forte influência mandinga e 2 comunidades mandingas. A comunidade mandinga representa cerca de 10% da população nacional, o que não constitui um obstáculo para o estudo, visto que se trata de um estudo qualitativo de casos múltiplos cujo objetivo é entender em profundidade as especificidades de cada comunidade, e não generalizar a informação recolhida a nível nacional. Assim sendo, e dado que as comunidades seleccionadas são aquelas que têm os índices mais elevados de desnutrição e que os resultados do estudo mostram uma imagem bastante verdadeira do contexto analisado, os resultados podem ser utilizados para fins programáticos.

Todas as pessoas contactadas concordaram em participar no estudo de forma voluntária e não houve nenhuma desistência.



A woman wearing a yellow headscarf and a patterned dress is sitting on the ground, using a wooden pestle to grind ingredients in a large, dark, rounded mortar. She is surrounded by various kitchen items, including a large metal pot, a blue plate, and a white bowl. The background shows a dirt ground and some wooden sticks. The entire image is overlaid with a semi-transparent orange and yellow gradient.

# RESULTADOS

4



## 4.1 CONHECIMENTOS

### 4.1.1 Conhecimentos da População sobre Alimentos e Nutrição

Duma forma geral, a população considera importantes todos os alimentos, mas não conhece de forma aprofundada as diferenças entre as propriedades nutricionais dos mesmos. As investigadoras perguntaram aos participantes a sua opinião sobre os alimentos de todas as categorias (protetores, construtores, energéticos e superenergéticos). Os participantes acharam que todos os alimentos eram importantes. Os únicos sobre os quais, em alguns casos, expressaram dúvidas foram o açúcar e o sal. Por exemplo, disseram sobre o açúcar que «*é bom, mas [deve-se consumir] pouco [porque] muito faz diabetes*» (GF3GA) e o sal é «*bom e não é bom, [é] bom para colocar na comida, não[é] bom para pessoas com tensão alta*» (GF40I). **As razões pelas quais os restantes alimentos são considerados importantes variam de acordo com as crenças tradicionais e locais de cada comunidade.** Por exemplo, em Oio foi dito várias vezes que um alimento é bom porque «*dá água no corpo*» (GF10I), como no caso da papaia ou do amendoim, ou porque «*faz beber muita água*» (GF10I), como no caso do ovo. Estas explicações foram dadas na sua maioria pelos líderes e em alguns casos pelas mulheres. Outra motivação encontrada foi que os alimentos têm «vitaminas». Esta motivação foi evocada com mais frequência em Bissau, seguida de Gabu e Oio. Em Bissau, os participantes consideravam que os alimentos que continham vitaminas eram: papaia, cenoura, abóbora, vegetais de folhas verdes, amendoim e peixe. Em Gabu eram a cenoura, os vegetais de folha escura e o amendoim; em Oio, o arroz cultivado na tabanca era considerado melhor do que o arroz branco vendido na loja porque tem vitaminas (GF10I e GF3). Em alguns casos julgavam que os alimentos são capazes de influir na circulação sanguínea: com o amendoim o «*sangue corre melhor*» (GF10I), ou de «*aumentar o sangue no corpo*» (GF3BI), como no caso do ovo (GF3BI). Achavam também que o amendoim aumenta a produção de leite nas mulheres (GF20I e GF3BI). Finalmente, o arroz é considerado o alimento «*número um*» (GF1BI) porque «*é bom para a saúde*» (GF2BI) e porque «*o arroz dá força, e se você não comer arroz, não vai ter força para trabalhar*» (GF40I). Porém houve um caso em que as mulheres disseram que não é aconselhável comer arroz todos os dias e que a comida deveria ser variada (GF3GA). As motivações dadas, no geral, não têm a ver com as reais funções dos alimentos, porém o facto de estes serem vistos como algo relacionado com a saúde, e não somente com o gosto, constitui uma base de conhecimento. Noutros casos foram dadas motivações que têm mais a ver com o gosto dos alimentos ou com o seu uso. Por exemplo, a cenoura é boa para cozinhar guisados e sopas (GF20I) e para «*acompanhar a comida*» (GF10I), e o amendoim é saboroso (GF1BI). Este tipo de motivações foi mencionado mais pelos líderes do que pelas mulheres, que estavam mais orientadas para valorizar os aspetos nutricionais e dietéticos da comida.

As investigadoras perguntaram às mulheres grávidas ou com um filho até aos 6 meses quais os alimentos que consideravam fundamentais para elas. Em Gabu e Bafatá não foi encontrada diferença entre o caso positivo e o caso negativo entrevistado na mesma região e também não foram encontradas diferenças entre as duas regiões. Em Gabu e Bafatá, as mulheres consideram importantes os alimentos protetores (vegetais locais, como folhas de mandioca, batata doce e embondeiro (ou cabaceira), mas também alho e cebola, e entre os frutos, papaia, caju, embondeiro, banana laranja e manga), os construtores (carne, ovo e amendoim são considerados importantes nas duas regiões, em Gabu o feijão também o é) e os energéticos (arroz, milho e batata).

Cabe realçar que as 4 mulheres vivem num contexto parecido e trabalham na lavoura e em casa. Em Bafatá, por exemplo, embora as 2 mulheres entrevistadas sejam irmãs, a mais nova tem 20 anos e é o caso positivo, a mais velha tem 24 anos e é o caso negativo, e perdeu um filho por causa da desnutrição e ela mesma foi internada por estar desnutrida. Em Gabu, o caso positivo teve um filho no hospital e quatro em casa, mas ela considera melhor dar à luz no hospital e costuma ir às consultas pré-natais. O caso negativo teve cinco filhos em casa e esteve presente em duas consultas na gravidez anterior e na presente gravidez, uma. Em Bissau foi encontrada uma grande diferença entre as duas mulheres entrevistadas, quer no que diz respeito às suas vidas e características pessoais, quer no que diz respeito aos seus conhecimentos sobre os alimentos. O caso positivo é uma mulher que frequenta o hospital e viveu sempre no meio urbano, enquanto o caso negativo é uma mulher que veio recentemente a Bissau, mas é originária de uma tabanca da Guiné Conakri, não frequenta o hospital e não entende crioulo, e não soube dizer o que uma mulher deveria comer quando está grávida ou a amamentar, enquanto o caso positivo acha que deveria comer alimentos protetores (vegetais locais, como folhas de mandioca, batata doce, *nene badadji* e *badjique*, repolho, pimentão, cenoura e tomate, e quanto à fruta, banana, melancia e papaia), construtores (ovo e amendoim) e energéticos (arroz). Em Oio, por exemplo, o caso positivo entrevistado, embora fosse uma mulher que estudou até ao décimo ano e teve pelo menos três consultas pré-natais em todas as suas gravidezes, não conseguiu indicar quais os alimentos mais importantes. Pelo contrário, o caso negativo, uma mulher que estudou até ao quinto ano e tem um bebé desnutrido e com problemas de malformação do crânio, conseguiu identificar alimentos protetores (pimenta, cebola, pimentão, salsa, alho, pimenta preta, tomate, palha de mandioca), construtores (carne e peixe) e energéticos (arroz). Ela disse que no hospital:

*«aconselharam-me a fazer boas comidas, comprar ovo, folha de inhame com mancarra, com chabéu ou caldo de mancarra ou caldo branco para eu comer, nesta tabanca há arroz, mas meios para ir comprar bom mafé [Nota: acompanhamento do arroz, principalmente proteico], o homem não aceita porque diz que já te deu arroz e ainda tem que dar dinheiro para mafé.» (EMGAOI-)*

**A maior diferença entre os comportamentos positivos e negativos encontra-se na importância dada por parte dos casos positivos aos alimentos diferentes dos energéticos, variando assim a alimentação e nutrição.**

As investigadoras perguntaram às mulheres com filhos menores de 5 anos quais os alimentos que consideram fundamentais para eles. Em Oio, tanto o caso positivo como o caso negativo acharam que uma criança tem de comer alimentos energéticos (arroz), alimentos protetores (manga, caju, cabaceira, faroba, fole). O caso positivo acrescentou vegetais aos alimentos protetores (pimentão, cenoura, cebola) e também alimentos construtores, como o amendoim e a castanha de caju. Do outro lado, o caso negativo acrescentou a papa (entendida como papa de milho) e o óleo. Em Bissau, o caso positivo especificou que, nos alimentos protetores, o arroz tinha de ser mole e referiu também a papa; como alimento construtor, mencionou o leite. Não falou de alimentos frescos entre os protetores, mas sim do sumo vendido em pacote (marca *Compal*) e referiu a sopa. A sopa, como referenciado durante as conversas nos laboratórios culinários, é feita de vegetais, mas pode também incluir batata, feijão e ovo. O caso negativo mencionou o arroz, sem especificar a sua consistência, a carne e o peixe.

**Os conhecimentos sobre alimentação complementar são mínimos e influenciados por crenças tradicionais, como aquela que diz que as crianças até aos dois anos não podem comer todos os alimentos.**

Em Gabu, a mulher considerada caso positivo explicou que uma criança com idade inferior a 1 ano pode ingerir leite materno, papas que se compram já prontas (*Cerelac*), banana e papaia. A partir de 1 ano de idade pode ser introduzida a fruta, como a manga e o ananás, mas também outros alimentos, como a carne e as batatas. Se bem que este tipo de divisão tenha sido explicada somente por esta entrevistada, emergiu também durante os grupos focais e nas conversas durante os laboratórios culinários em todas as regiões consideradas. Todos os participantes concordam que a criança deve inicialmente comer comida mole e somente numa fase sucessiva pode comer comida sólida. A introdução da comida sólida ou comida de adulto varia. Em alguns casos, os participantes afirmaram que deveria ser introduzida a partir dos 2 anos, noutros, a partir dos 3.

*«A partir dos 4-5 anos podem comer o que os adultos comem, mas às vezes também [a partir dos] 3 porque não têm muita escolha. A fome leva [as crianças de 3 anos ou de idade inferior] a comer, mas às vezes ficam doentes por comer comida de adultos (vómitos e diarreia) e são internadas. Os médicos dão recomendações para que a comida não seja rija e para comer fruta, mas como não têm possibilidade, dão a comida dos adultos.» (EMU5GA+)*

O arroz mole (*cuntchur*) e o arroz são considerados quase como dois alimentos diferentes, e enquanto o primeiro é considerado adequado para crianças entre os 6 meses e os 2 anos, o segundo é considerado como sendo suscetível de provocar doenças. Em Bissau, durante as conversas nos laboratórios culinários,

explicaram que as crianças se vão acostumando ao arroz porque ingerem os grãos que caem no chão enquanto os adultos comem.

Como para as pessoas entrevistadas as crianças não podem comer a comida dos adultos, mas somente papas específicas, é possível que as crianças entre os 6 meses e os 2 anos atinjam situações de malnutrição grave, como no caso encontrado em Gabu. A senhora entrevistada, e considerada caso negativo, tinha uma criança de nove meses que estava a ser alimentada somente com leite materno. Segundo ela, a criança podia comer somente papas *Cerelac* ou as papas fortificadas disponíveis nos centros de saúde, mas, não tendo acesso a estas papas, podia ingerir somente leite materno. Uma grande diferença encontrou-se também entre o caso positivo e o negativo de Bafatá. Enquanto o caso positivo disse que uma criança com idade inferior a 5 anos deve comer todo o tipo de alimentos para ter uma boa alimentação, o caso negativo falou somente de vegetais, mais especificamente de badjigui e quiabos.

Os conhecimentos que os participantes possuem parecem depender mais do indivíduo do que da região onde vivem, observando-se que os casos considerados positivos possuem mais conhecimentos do que os considerados negativos. No geral, as mulheres entrevistadas tinham mais conhecimentos do que os homens e líderes da comunidade.

### 4.1.2 Conhecimentos da População sobre a Desnutrição

Alguns sintomas de desnutrição, como o baixo peso, são reconhecidos pelos participantes no estudo, outros são associados à doença no geral, mas não à desnutrição, enquanto outros ainda são considerados como um estado normal da criança, como a baixa estatura e o cabelo fraco.

Durante um dos exercícios realizados nos grupos focais, os participantes observaram quatro imagens de crianças com sinais de malnutrição aguda e/ou crónica e uma que mostrava a medida do perímetro braquial de uma criança com idade inferior a 5 anos. **A primeira imagem a ser mostrada foi a de uma criança sem roupa e sem sapatos e com a barriga visivelmente inchada.** As explicações dadas variam entre as regiões, mas são similares entre os grupos entrevistados. Todos os entrevistados relacionaram o problema da criança com problemas relacionados com a alimentação. Em Oio disseram que a criança devia comer areia ou não se alimentar bem. Em Bissau, os líderes e as mulheres grávidas ou as mulheres que estão a amamentar e com crianças menores de cinco 5 anos de idade, considerados casos positivos, explicaram que a causa do problema era que a criança tinha comido «arroz antes da hora»

(GF2BI), ou seja, antes dos 2 anos. O problema para eles está na consistência do arroz, e não no alimento em si. Como explicou um dos líderes entrevistados em Bissau: «*ainda tem os intestinos fofos, não mastiga bem como um adulto*» (GF1BI). É interessante notar que a criança representada na fotografia tinha aproximadamente 4 anos, portanto os entrevistados neste caso consideraram que o tipo de alimentação que a criança seguiu durante o seu primeiro ano de vida afetou o seu desenvolvimento nos anos seguintes. As mulheres grávidas ou as mulheres que estão a amamentar e com crianças menores de 5 anos de idade, consideradas casos positivos, fizeram também uma ligação entre a amamentação e o futuro desenvolvimento da criança. Para elas, se a mulher tem relações sexuais durante a amamentação, o leite materno fica «*sujo*» porque «*o líquido do homem suja leite*» (GF2BI). O leite pode também ser prejudicial para a criança se a mulher estiver grávida e a amamentar ao mesmo tempo (GF2BI). Em Bafatá e Gabu, os participantes falaram sobre os problemas de saúde e de alimentação de uma forma genérica. Alguns associaram este facto ao descuido dos pais, visto que a criança estava descalça.

**A segunda imagem a ser mostrada foi a de uma criança com cabelo amarelado.** Em Oio, todos os grupos entrevistados concordaram em dizer que a criança não estava bem por ter o «*cabelo branco*» (GF3BI). As mulheres entrevistadas no grupo focal realizado no dia do laboratório culinário da cerimónia acrescentaram que a criança não tinha saúde porque a alimentação não era adequada, sobretudo se comparada com a que tinha sido preparada no dia do laboratório (arroz, frango e legumes). Disseram também que «*Aqui temos crianças assim*» e que não as levam para o hospital porque «*Não temos dinheiro. Porque cobram [pelas] consultas 500 e 1000 e [temos de] comprar medicamentos também*». Em Bissau, algumas mulheres conseguiram relacionar a cor do cabelo com a malnutrição, outras identificaram a cor do cabelo, mas não souberam dar explicações. Entre os líderes, somente o ASC detetou o sinal de malnutrição, enquanto os outros viram uma criança saudável. Os líderes entrevistados de Gabu e Bafatá também não acharam que a cor do cabelo fosse um sinal de malnutrição. Em Gabu, o ASC estava ausente no dia do GF e em Bafatá, o ASC não identificou o sinal logo à primeira, precisando de uma sugestão da responsável dos serviços de nutrição da região que estava presente durante o GF. As mulheres entrevistadas de Gabu e Bafatá conseguiram relacionar a cor do cabelo com um problema de saúde, porém não souberam identificá-lo. Somente no GF2 de Gabu, com mulheres consideradas casos positivos com filhos menores de 5 anos, é que algumas referiram que a criança estava bem de saúde e isto podia ver-se porque «*a mãe dela está a tratar bem, o corpo está limpo, cabelo está bem arranjado*» (GF2GA). Esta relação entre os cuidados prestados pela mãe e a saúde da criança foi levantada pelos líderes das quatro regiões, tal como aconteceu na primeira imagem.

**A terceira imagem mostra os pés de uma criança com um edema evidente.** Todos os participantes concordaram que a criança tinha problemas de saúde,

porém as causas mencionadas foram diferentes. Em Bafatá, os líderes não conseguiram dar uma explicação; para os de Oio e Gabu, a criança está com «falta de sangue» (GF10I) ou tem problemas por estar descalça, por «falta de cuidados dos pais» (GF10I). Em Bissau estabeleceram a relação com a alimentação, alegando que «esta tem problema de má-nutrição» (GF1BI), mas também que «come para além do que deveria» (GF1BI). A ligação entre edema e malnutrição foi feita também pelo grupo de mulheres grávidas e de mulheres que estão a amamentar, que falaram de «falta de sangue» (GF3BI) e «falta de alimento» (GF3BI). Estes foram os únicos casos em que a malnutrição foi posta em relação com o edema. Em Gabu, as mulheres mencionaram como causa provável a criança ter ingerido «mau leite» (GF3GA).

A quarta imagem era um desenho que representava quatro crianças da mesma idade: a primeira encontrava-se dentro dos padrões de peso e altura normais, a segunda apresentava um peso abaixo dos padrões normais e a altura estava dentro dos parâmetros normais, a terceira tinha um peso normal e a altura estava abaixo dos padrões normais, e a quarta tinha quer o peso quer a altura abaixo dos padrões normais. Todos os líderes concordaram que a segunda e a quarta criança estavam doentes, devido ao evidente baixo peso. A criança que levantou pareceres diferentes foi a que tinha peso normal e baixa estatura. Segundo os líderes de Oio, a criança está saudável e é normal haver «diferenças de altura» (GF10I); para os de Gabú é simplesmente baixa; em Bissau, segundo alguns está bem, segundo outros «pode ter problema de crescer mas a saúde está bem» (GF1BI), e para outros ainda a «saúde não permitiu crescer como devia» (GF1BI). Quanto às mulheres, os resultados obtidos foram semelhantes em todas as regiões. As crianças identificadas como crianças com problemas de saúde foram as de baixo peso, sendo que «altura não é importante, o corpo sim» (GF20I). As investigadoras perguntaram às mulheres qual das crianças era mais saudável, entre a primeira e a terceira (peso normal com alturas diferentes) e entre a segunda e a quarta (baixo peso com alturas diferentes). Em ambos os casos, as crianças com uma estatura maior foram identificadas como sendo mais saudáveis do que as suas correspondentes com baixa estatura, porém, quando as investigadoras perguntaram porque tinham dado aquela resposta, nenhuma delas respondeu.

A última imagem mostrada foi a de uma consulta onde um técnico de saúde está a medir o perímetro braquial de uma criança. Todos os participantes conseguiram identificar que se tratava de um ato médico, porém não conseguiram identificar de imediato o ato, alegando que se tratava de uma situação de vacinação ou de administração de soro. Quando as investigadoras revelaram o tipo de ato, vários participantes afirmaram ter assistido à medição do perímetro braquial. Os líderes de Bissau e Gabu puseram em relação a medição do perímetro braquial com a nutrição: «às vezes alguém vem na tabanca e mede o braço das crianças: esta missão é para saber se uma criança está fraca ou está bem alimentada» (GF1GA). Entre as mulheres em Oio, as que estavam grávida

e as que estavam a amamentar afirmaram que «Me disseram que quando uma criança come boas coisas o corpo dela fica bem. Por isso medem para saber se está a comer bem ou não». Em Gabu referiram que serve para «controlar o crescimento» (GF3GA). Em Bissau falaram das cores da fita referindo que a medição serve para «saber se está bem de saúde [porque] a fita tem dois riscos, aí é que se vê» (GF3BI). Nos outros casos, as mulheres falaram somente da importância do controlo médico para o estado geral de saúde da criança, sem estabelecerem uma relação direta com a alimentação.

**O que foi observado nos grupos focais, ou seja, que as mulheres entrevistadas estabelecem se uma criança está bem ou malnutrida principalmente verificando se ela está abaixo do seu peso ideal ou não, foi também observado nas entrevistas com ambos os casos, positivos e negativos.** Nas entrevistas, outros fatores foram mencionados como indicadores do estado nutricional das crianças. Os mais comuns foram: se a criança brinca, a sua forma de andar, os seus olhos. Em duas entrevistas (EMU5BA+ EMGA-) referiram a febre, e uma mulher (EMU5GA-) mencionou a diarreia e a tosse. Entre as mulheres entrevistadas destacou-se o caso positivo de Bafatá (EMU5BA+): uma mulher de 20 anos com o filho de 1 ano e 3 meses. Ela é filha do líder da tabanca, a mãe está a receber formação para trabalhar no jardim de infância e o marido vive e trabalha em Cabo Verde. Ela afirmou que cria o filho segundo as indicações dadas pela mãe e pelo marido. Foi a única capaz de identificar o cabelo como sinal de desnutrição.

**Entre as 16 mulheres entrevistadas, somente 6 afirmaram ter recebido aconselhamento sobre nutrição por parte de pessoas ligadas à saúde, mais especificamente 3 durante a gravidez ou as consultas de controlo da criança e 3 de forma geral no hospital.** De entre estas, 1 reportou conseguir aplicar os conselhos e 2 reportaram ter conseguido aplicar parcialmente os conselhos recebidos, conseguindo aplicá-los quando havia disponibilidade económica, como por exemplo nas campanhas agrícolas. É interessante notar que as 3 mulheres afirmaram ter recebido conselhos de alguém próximo: outras mulheres que vivem perto, o marido, um tio que trabalha na área da saúde, e que nestes 3 casos as mulheres reportaram ter conseguido pôr em prática os conselhos recebidos (ver Tabela 3 e Tabela 4).

## 4. RESULTADOS

**Tabela 3** Grupo de mulheres com crianças menores de 5 anos – tipo de influência

Região	Oio		Bissau		Gabu		Bafatá	
Tipo de caso	+	-	+	-	+	-	+	-
Recebeu conselhos/formação	N/a	N/a	Conselhos no hospital	Conselhos das outras mulheres do bairro	Conselhos médicos	Conselhos médicos	Conselhos do marido	N/a
Conseguiu pôr em prática	N/a	N/a	Não conseguiu	Consegui	Conseguo somente durante as campanhas agrícolas, no resto do tempo não consigo por falta de dinheiro	Não consegui por falta de dinheiro	Consegui	N/a

**Tabela 4** Grupo de mulheres grávidas e das que estão a amamentar – tipo de influência

Região	Oio		Bissau		Gabu		Bafatá	
Tipo de caso	+	-	+	-	+	-	+	-
Recebeu conselhos/formação	Durante as consultas pré-natais ou de controlo do bebé	No hospital e com um tio que trabalha num hospital	Durante as consultas pré-natais ou de controlo do bebé	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a
Conseguiu pôr em prática	Consegui não dar água durante os 6 meses de amamentação, o resto consigo quando tenho dinheiro	Sim, consegui	Não consegui	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a

Nas conversas com as mulheres durante os laboratórios culinários verificou-se que os profissionais de saúde dão indicações nutricionais difíceis de implementar e não oferecem alternativas. Por exemplo em Gabu, as mulheres referiram que o pessoal sanitário sugeriu colocar banana nas papas das crianças depois dos 6 meses de idade. Porém, na tabanca onde foi realizado o trabalho de campo não há cultivo de bananas e o mercado mais próximo encontra-se a 8 km de distância. Algumas mulheres referiram ter informado o pessoal de saúde da dificuldade em encontrar bananas e terem recebido como única resposta que elas tinham que fazer um esforço para comprá-las. Uma situação parecida foi testemunhada pelas investigadoras que seguiram o caso da criança da mulher negativa de Gabu até ao centro nutricional regional: os técnicos recomendaram que ela comesse alimentos que não era possível encontrar na tabanca e mulher conseguiu comprá-los somente com a ajuda da investigadora. Uma possível explicação, portanto, é que os conselhos dados pelas pessoas mais próximas são fáceis de aplicar porque estão mais alinhados com a realidade que as mulheres vivem, isto independentemente de estes conselhos serem adequados ou não.

# CONHECIMENTOS

## Resumo dos Ponto-Chave

- A população considera importantes todos os alimentos, mas não conhece de forma aprofundada as diferenças entre as propriedades nutricionais dos mesmos.
- Os conhecimentos que as pessoas possuem sobre nutrição parecem depender mais do indivíduo do que da região onde vivem, observando-se que os casos considerados positivos possuem mais conhecimentos do que os considerados negativos. Fatores relevantes são o nível educativo, a condição económica, a exposição a experiências de outros países e, de uma forma menos relevante, o acesso aos serviços de saúde materno-infantil, embora os conhecimentos adquiridos dentro do sistema de saúde não sejam de fácil aplicação.
- As mulheres têm mais conhecimentos sobre a importância dos alimentos protetores e sobre as formas de ter uma alimentação equilibrada e variada do que os homens.
- Os conhecimentos sobre alimentação complementar são mínimos e influenciados por crenças tradicionais, como aquela que consiste em pensar que as crianças até aos 2 anos podem ingerir somente comida mole, como papas e cunthurro, composta quase exclusivamente por alimentos energéticos e superenergéticos e com um mínimo aporte proteico, dado exclusivamente pelo amendoim. Isto tem consequências negativas no que diz respeito ao estado nutricional das crianças entre os 6 e os 24 meses.
- Nas comunidades selecionadas, o único sintoma de malnutrição conhecido é o do peso corpóreo. Outros sintomas, como a barriga inchada e os pés com edema são reconhecidos como sintomas de doença, mas não associados à malnutrição. A baixa estatura e o cabelo enfraquecido não são considerados sinais de malnutrição, nem de doença. Pode-se, portanto, afirmar que atualmente, nas comunidades, a malnutrição crónica é invisível e que a única forma de malnutrição reconhecida é a aguda grave.

## 4.2 ATITUDES

### 4.2.1 Priorização e Desejabilidade dos Alimentos

Os alimentos construtores são considerados os mais importantes por todos os grupos de pessoas entrevistadas quando se agregam os dados geográficos, embora as estas os ingiram raramente, consumindo mais frequentemente os energéticos. Nos grupos focais, as investigadoras apresentaram aos participantes uma série de imagens representando uma série de alimentos disponíveis na Guiné-Bissau. Os participantes receberam cada um a mesma quantidade de feijões e tiveram de os pôr nas imagens de acordo com a sua importância, podendo colocar a quantidade que desejassem.

O número de pessoas entrevistadas não é estatisticamente significativo, porém os dados apresentados neste parágrafo oferecem uma descrição da opinião dos participantes. Juntando os alimentos propostos por categoria (alimentos construtores, energéticos, protetores e superenergéticos) é possível observar que os construtores são considerados os mais importantes em todos os grupos de pessoas entrevistadas (Figura 1). Os líderes são os que maioritariamente priorizam esta categoria. Entre as mulheres que têm crianças menores de 5 anos, os casos considerados positivos colocaram em segundo lugar os alimentos energéticos e em terceiro, os protetores. As mulheres grávidas e as que estavam a amamentar, consideradas casos positivos, acham que alimentos os protetores são mais importantes do que os energéticos, sendo considerados da mesma forma pelo grupo geral das mulheres, embora com uma menor diferença.

Um maior acesso aos alimentos influencia a maior ou menor desejabilidade dos mesmos. Se atentarmos nos mesmos dados organizados por região, observamos que os alimentos construtores são considerados os mais importantes em Gabu, Bafatá e Oio, mas que em Bissau, se bem que por uma margem pequena, os energéticos são considerados mais importantes. É provável que o facto de a comunidade em Bissau ter mais facilmente acesso aos alimentos construtores, energéticos e protetores, porque se encontram num meio urbano e próximo dos mercados, determine que estes alimentos tenham uma menor desejabilidade para os participantes de Bissau em comparação com os que vivem num meio rural. Em Gabu, Bafatá e Oio, por exemplo, os protetores são colocados em segundo lugar e os energéticos, em terceiro (Figura 2).

Não obstante isso, olhando os alimentos em detalhe, nota-se que tanto na divisão por grupo (Figura 3), quanto na divisão por região (Figura 4) o arroz é considerado de importância primordial, pois representa a base da alimentação guineense, quer pela frequência, quer pela quantidade de consumo. Como afirmaram no GF em Bissau: «Agradecemos muito por termos arroz. Além de Deus, é o arroz» (GF2BI).

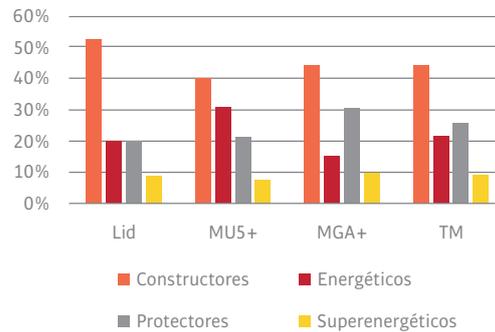


Figura 1 Prioridade dos alimentos por grupo nutricional e região

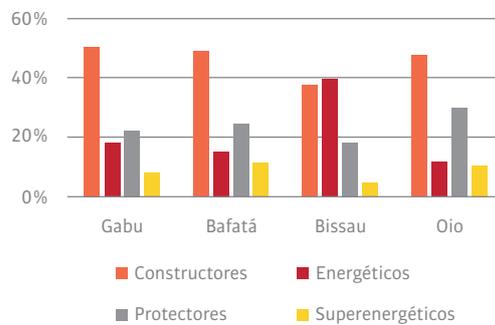


Figura 2 Prioridade dos alimentos por grupo nutricional e região

As mulheres têm uma visão mais equilibrada da importância dos alimentos do que os homens. Na Figura 3, que compara a importância dos alimentos por grupos, de facto observa-se que os líderes tendem a dar maior preferência aos alimentos construtores, especialmente o feijão que «dá bom alimento para termos boa saúde» (GF10I), o frango e o ovo, e ao superenergético óleo de palma. O «Chabéu [Fruto da palma] é bom para alimentar, porque herdamos isso dos nossos antepassados, foi Deus que o criou para nós, é uma comida muito saudável» (GF1BA).

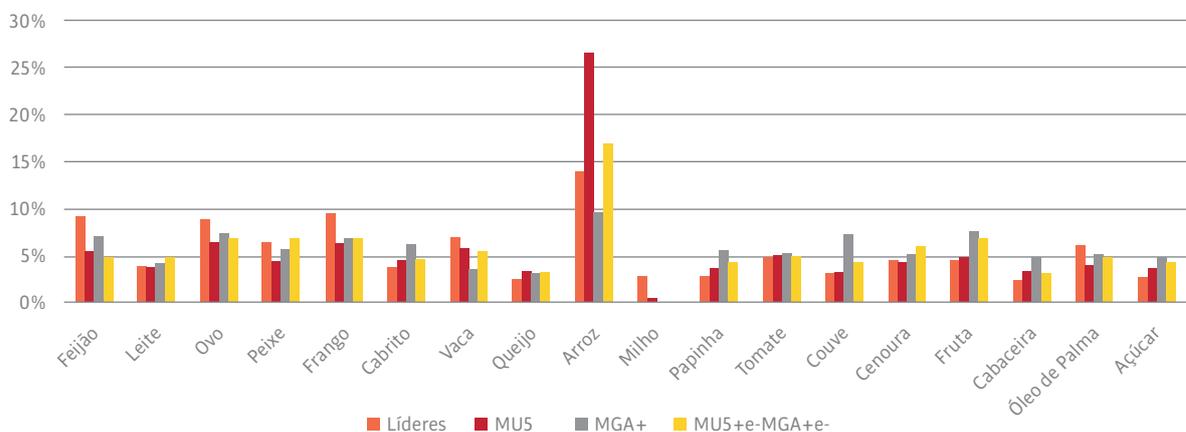


Figura 3 Comparação da importância dos alimentos por tipo de grupo entrevistado

Para os restantes três grupos de mulheres entrevistadas, excetuando o arroz, pode constatar-se uma visão mais equilibrada da importância dos alimentos. Em Gabu, as mulheres com crianças menores de 5 anos, consideradas casos positivos, colocaram mais feijões no arroz, frango e feijão porque dizem que quando cozinham «isto tudo junto bem cozido, primeiramente mata a fome, segundo com uma boa alimentação [a pessoa] ganha saúde» (GF2GA); em Bafatá dizem que a fruta é importante e que se deveria comer «pelo menos depois de almoço [uma vez] por dia» (GF4BA).

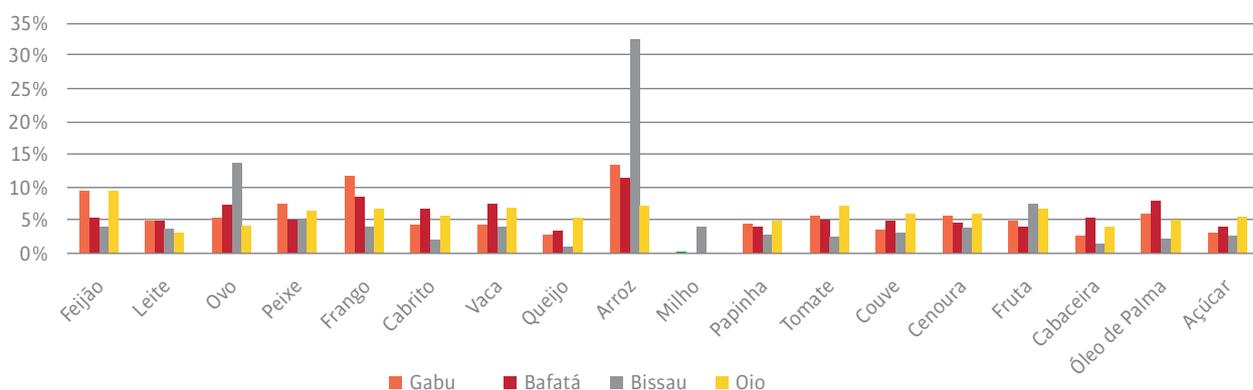


Figura 4 Comparação da importância dos alimentos por região (todos os grupos cumulados)

O arroz é o alimento que está na base da alimentação guineense e representa o ato de se alimentar por excelência, portanto é o mais importante. Analisando a importância dos alimentos por região (Figura 4), o dado que mais sobressai é a enorme importância do arroz entre os entrevistados de Bissau. Este resultado torna-se ainda mais evidente e destacado considerando que, como já foi referido anteriormente, na capital é possível encontrar todos os tipos de produtos alimentares. Como disseram as mulheres, «comemos mais arroz, por isso [o] escolhemos» (GF2BI). Também em Bissau o ovo é considerado mais importante do que o resto dos alimentos construtores e protetores. De facto, observou-se em Bissau e Gabu a crença de que um ovo tem o mesmo valor nutritivo do que 5 kg de carne. Em Gabu, o arroz e o frango são considerados os alimentos mais importantes, seguidos dos outros alimentos construtores e, em segundo lugar, dos protetores e superenergéticos. É interessante notar que na tabanca de Gabu, na qual foi realizado o levantamento de dados, o feijão não era cultivado, nem consumido regularmente. Porém, figura entre os alimentos construtores considerados mais importantes, porque «dá saúde» (GF2BA). Na tabanca de Bafatá, a importância dos alimentos é distribuída de forma mais regular, destacando-se o arroz, o frango e o óleo de palma, este último considerado mais importante do que nos outros locais de investigação. Na tabanca de Oio, os participantes deram uma preferência similar a todos os alimentos. Um dado que cabe realçar é que aqui o feijão foi considerado mais importante do que o arroz.

Analizando a comparação entre os grupos nas diferentes regiões (Figura 5 e Figura 6, Figura 7 e Figura 8), nota-se uma certa homogeneidade entre Gabu e Bafatá (as duas tabancas são também geograficamente próximas e têm características sociodemográficas parecidas), uma grande diferença entre Bissau e as restantes regiões, sobretudo nos três grupos de mulheres, e Oio, que em alguns grupos está alinhado com Bafatá e Gabu e noutros casos é diferente das outras três regiões. Por exemplo, confrontando os grupos dos líderes nota-se uma homogeneidade na preferência pelos alimentos construtores: o feijão, «dá saúde» (GF10I) e «ajuda a desenvolver» (GF10I), e o peixe, «dá vontade de comer» (GF10I). Somente em Oio os alimentos protetores foram considerados substancialmente mais importantes do que os energéticos e superenergéticos. Por exemplo, considera-se que o tomate dá «vontade de comer» (GF10I) e ao mesmo tempo «boa saúde» (GF10I). Em Gabu, os alimentos protetores foram considerados ligeiramente mais importantes do que os energéticos. Em Bafatá e Bissau, o grupo de alimentos mais importantes a seguir ao dos construtores é o dos energéticos, registando-se uma mudança na importância dada aos alimentos superenergéticos, que são considerados os mais importantes em Bafatá. Entre as mulheres com filhos menores de 5 anos, com comportamentos considerados positivos, destaca-se o grupo de Bissau, que considerou os alimentos energéticos bastante mais importantes do que os outros. Nas outras regiões, o grupo mais importante é o dos alimentos construtores. Em Oio, os alimentos construtores e os alimentos protetores têm quase a mesma importância. Em Bafatá, o grupo que se encontra em segundo lugar é o dos protetores, mas com uma importância muito reduzida quando comparada com o dos construtores. Em Gabu, o grupo que se encontra em segundo lugar é o dos energéticos. No grupo das mulheres grávidas e das mulheres que estão a amamentar, consideradas casos positivos, os alimentos construtores continuam a ter uma grande importância, especialmente em Gabu, Bafatá e Oio, onde disseram que o «feijão é uma alimentação que dá força e constrói também o corpo» (GF3GA). Os alimentos protetores são mais importantes para o grupo das mulheres com crianças menores de 5 anos, especialmente em Gabu, Bafatá e Bissau, enquanto em Oio a importância dada a este grupo de alimentos é semelhante nos dois grupos. É importante lembrar que a divisão entre mulheres grávidas e entre mulheres que estão a amamentar e mulheres com crianças menores de 5 anos é algo muito permeável, sendo que muitas mulheres têm ao mesmo tempo crianças menores de 5 anos e estão grávidas ou a amamentar. O último grupo, o de todas as mulheres, apresenta sempre Bissau com uma considerável preferência pelos alimentos energéticos, e Gabu, Bafatá e Oio colocam em primeiro lugar os alimentos construtores e em segundo os alimentos protetores.

## Estudo CAPM

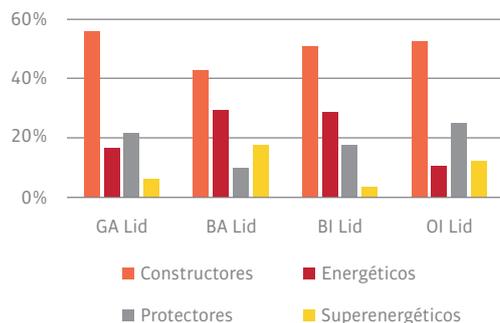


Figura 5 Prioridade dos alimentos líderes

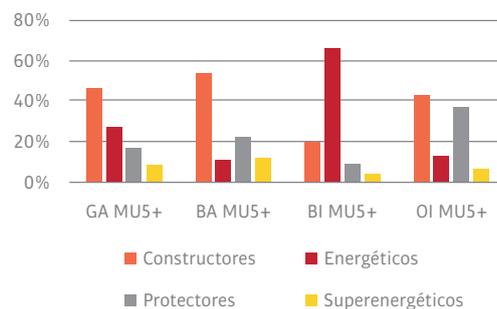


Figura 6 Prioridade dos alimentos para mulheres com crianças menores de 5 anos

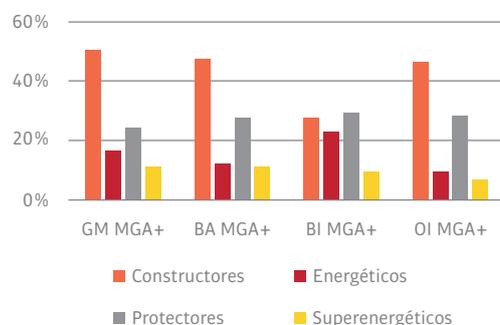


Figura 7 Prioridade dos alimentos para mulheres grávidas e para mulheres que estão a amamentar

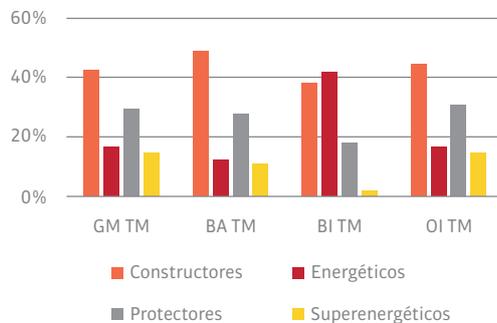


Figura 8 Prioridade dos alimentos para todo o tipo de mulheres

Analisando os dados organizados por grupos e região (Figura 9, Figura 10, Figura 11 e Figura 12), é possível observar uma certa homogeneidade entre categorias de entrevistados e, portanto, uma visão compartilhada dentro da mesma tabanca, se bem que estejam patentes algumas diferenças entre os grupos. Em Gabu, por exemplo, toda a comunidade dá uma grande importância aos alimentos construtores: o «frango é uma carne muito rica para a saúde» (GF3GA). Em Gabu existe uma diferença na importância dada aos alimentos energéticos pelas mulheres, consideradas casos positivos, com crianças com idade inferior a 5 anos, as quais dizem ser os alimentos mais importantes por constituírem a base quotidiana da sua alimentação, e os alimentos protetores. Estes são considerados os mais importantes para os líderes e para as mulheres grávidas e para as que estão a amamentar e consideravelmente os mais importantes para o grupo de todas as mulheres, para as quais, por exemplo, a cenoura é importante porque dá um bom sabor à comida. **Os alimentos superenergéticos são considerados os menos importantes em todas as comunidades.** Em Bafatá existe uma diferença marcada entre os homens e as mulheres da comunidade. Se bem que nos quatro grupos os alimentos mais importantes sejam considerados os construtores, para as mulheres os protetores possuem grande importância, enquanto para os homens são mais importantes os energéticos e os superenergéticos. Também em Bissau existe uma diferença assinalável entre os homens e as mulheres. A visão dos homens

do Setor Autônomo de Bissau parece estar em linha com os outros homens das outras regiões, com uma preferência acentuada pelos alimentos construtores, enquanto as mulheres ou dão muito mais importância aos alimentos energéticos (mulheres consideradas casos positivos com crianças menores de 5 anos) ou uma importância semelhante aos alimentos construtores nos restantes grupos. Em Oio não existe uma grande diferença entre homens e mulheres. Todos colocam em primeiro lugar os alimentos construtores e em segundo lugar os protetores. Nos homens, porém, a preferência pelos construtores é mais acentuada do que nas mulheres.

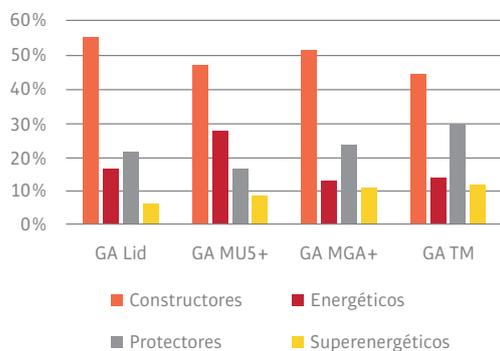


Figura 9 Prioridade dos alimentos em Gabu

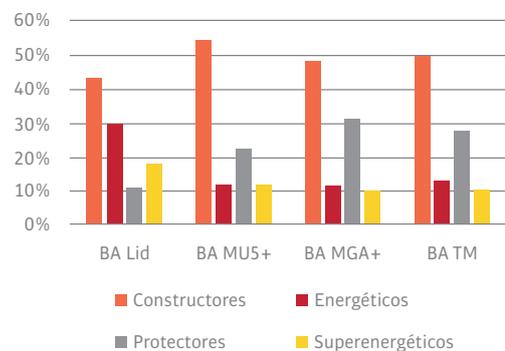


Figura 10 Prioridade dos alimentos em Bafatá

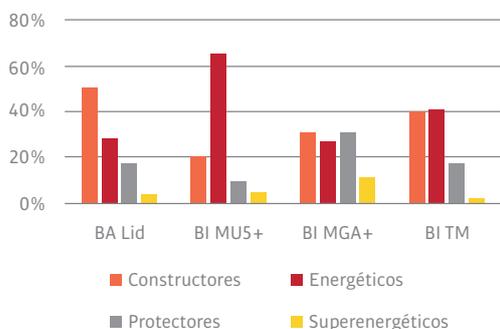


Figura 11 Prioridade dos alimentos na região SAB

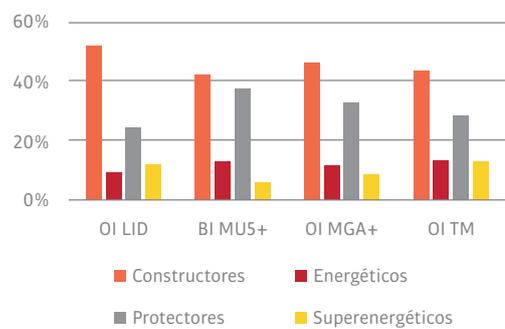


Figura 12 Prioridade dos alimentos em Oio

Se é verdade que juntando os alimentos por categoria é possível observar que a categoria considerada mais importante é geralmente a dos alimentos construtores, é também verdade que, analisando os alimentos um por um, o arroz é mais frequentemente considerado o alimento mais importante.

Por exemplo em Gabu (Figura 13), o arroz é o alimento que, em absoluto, recebeu mais preferências, quer entre os homens, quer entre as mulheres. Neste caso, um dos líderes deu uma explicação que mostra que, se bem que exista algum conhecimento sobre a propriedade dos alimentos, as pessoas

fazem escolhas com base na realidade que vivem: «escolhemos o arroz porque dá para trabalhar com o estômago cheio; sabemos que a fruta é medicamento para o corpo, mas para matar a fome é o arroz» (GF1GA).

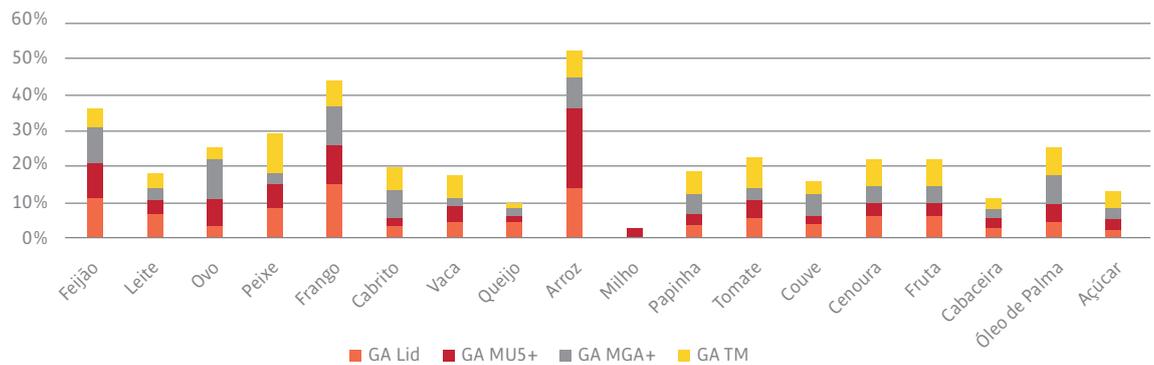


Figura 13 Preferência de alimentos em Gabu, cumulado de todos os entrevistados

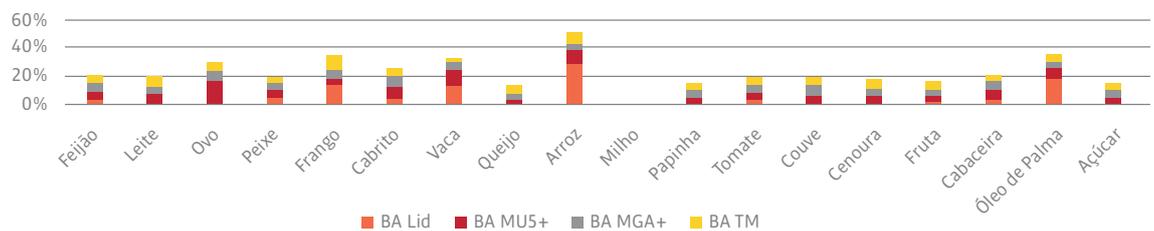
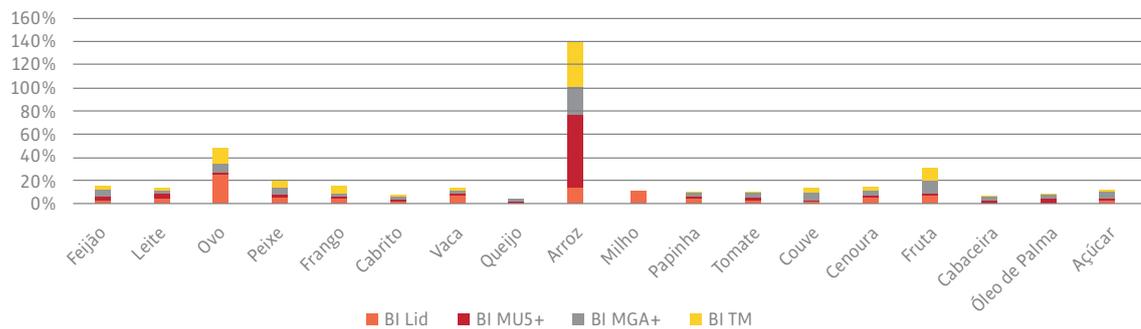


Figura 14 Preferência de alimentos em Bafatá, cumulado de todos os entrevistados

A situação é parecida em Bafatá (Figura 14), onde o arroz é, em absoluto, o alimento considerado mais importante, com uma preferência mais acentuada entre os homens, sendo que para as mulheres o alimento mais importante é o ovo, que, pelo contrário, é considerado pouco importante entre os homens. Nesta comunidade existem outros alimentos que as mulheres consideram importantes e os homens não, sendo que a maioria destes alimentos pertence ao grupo dos protetores. Esta diferença de atitude, relativamente aos alimentos, por parte dos dois géneros pode eventualmente criar situações em que as mulheres, embora tenham mais conhecimentos e/ou uma atitude mais adequada no que se refere à nutrição equilibrada, não possam aplicar as suas ideias por terem de agradar aos homens da casa, que, na sociedade do Leste da Guiné, são os que tomam as decisões.



**Figura 15** Prioridade dos alimentos em Bissau, cumulada todos os entrevistados

Como foi visto anteriormente, em Bissau a percepção dos alimentos é drasticamente diferente da das outras regiões. Aqui não somente o arroz é o alimento considerado mais importante, mas também a importância atribuída aos outros alimentos é muito reduzida (Figura 15). Em Bissau foi dito que o povo guineense «está habituado ao arroz; se não comer o arroz, diz que não comeu nada» (GF1BI) e que «beringela, repolho, cenoura, enquanto não se puser com arroz não sentimos bem, assim é que sentimos bem; galinha e carne, o seu sabor enquanto não puser em cima do arroz não se sente; arroz é o primeiro» (GF1BI). A importância do arroz parece estar ligada a quatro fatores: o hábito, o gosto, a capacidade de dar a sensação de saciedade e o preço acessível. No que concerne ao hábito, os líderes explicaram que as crianças começam a comer arroz mole quando são pequenas e quando alcançam os «8, 10 anos de idade vão ter a sua catana na mão e se trabalharem na bolanha vão dizer “preciso de uma camioneta para carregar o meu arroz”» (GF1BI). Das repostas dos participantes é possível observar como o hábito está ligado à facilidade de aquisição: sendo o mais fácil de obter, acabam por comer arroz «ao pequeno-almoço, almoço e jantar» (GF3BI), e, portanto, o facto de comerem sempre arroz torna-se cultural e identitário:

*«Temos facilidade em conseguir e como já estamos habituados, se não comermos isto não ficamos bem.» (GF3BI)*

*«Só guineense mesmo; quem está habituado ao arroz, se não comer arroz diz que não comeu nada [...]; se for levado para um sítio e não lhe derem arroz [durante] 2/3 meses sente mesmo que não está a comer, e se perguntarem diz aqui só coisinhas, coisinhas, mas essas coisinhas vão dar para sentir bem, mas enquanto não comer arroz não vai sentir que comeu.» (GF1BI)*

Em Oio (Figura 16), as preferências explicitadas são completamente opostas às de Bissau, sendo que os entrevistados apresentaram as suas preferências de uma forma muito mais homogênea. Aqui existe homogeneidade não somente entre a importância dada aos alimentos, mas também entre os grupos entrevistados.

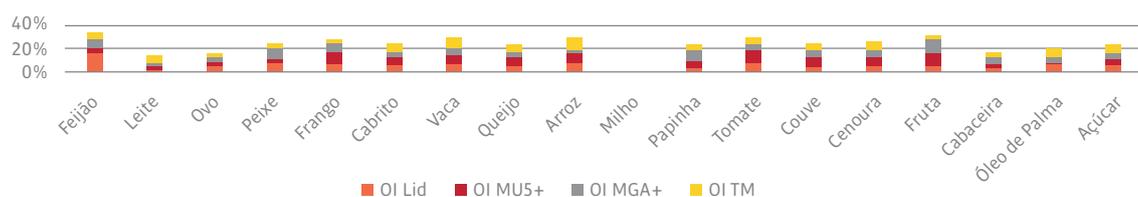


Figura 16 Prioridade dos alimentos em Oio, cumulada de todos os entrevistados

## 4.2.2 A Alimentação Ideal vs Alimentação Real Segundo os Participantes

As investigadoras foram para o terreno com a hipótese de que, num contexto onde há escassez de alimentos ao ponto de algumas famílias comerem somente uma vez por dia, as pessoas pudessem equiparar o ato de «comer bem» ao ato de «comer muito» e por isso perguntaram aos entrevistados o que significava para eles comer bem, e se comer bem e comer muito era a mesma coisa, ou não. As investigadoras também quiseram comparar a comida cozinhada durante o laboratório com a ideia que as pessoas têm de uma boa alimentação.

Em Gabu, os líderes dizem que «comer bem nesta comunidade é comer arroz, carne de frango e feijão» (GF1GA). Os alimentos cozinhados naquele dia (carne, legumes e arroz), segundo eles, podem ser consumidos pelas crianças a partir dos 3 anos numa quantidade adequada à sua idade, e que estes ajudam as crianças a partir desta idade a ter saúde e «boa cabeça para estudar» (GF1GA). Segundo os homens desta comunidade, uma alimentação saudável, que inclui fruta e leite, é importante tanto para as crianças quanto para os homens, mas «aqui as pessoas não têm dinheiro» (GF1GA) e por isso não podem comprar os alimentos considerados saudáveis. A produção também parece ser um problema; por exemplo mesmo sabendo que a banana é boa para as crianças, «não cultivamos porque aqui não há água» (GF1GA). Do mesmo modo, dizem que a sua condição económica os impede de comer carne com frequência, passando muitas vezes mais de um mês sem a comer. Da mesma forma, as mulheres consideradas casos positivos e com filhos menores de 5

anos afirmaram que a maior dificuldade que encontram para comer bem é a financeira, porque conseguem somente obter o djambó (folhas) e às vezes badjiki, mas o acompanhamento (mafé) do milho ou do arroz é «*badjiki com candja, quiabo, somente este tipo de comida não dá para uma pessoa porque já não é uma boa comida*» (GF2GA), faltando a parte dos alimentos construtores. As mulheres deste grupo disseram-nos que se dessem todas as semanas aos filhos a comida preparada naquele dia (caldo de mancarra), as crianças cresceriam «bem». Porém, nesta tabanca, são os homens que têm a tarefa de lavrar e vender o amendoim, e elas não sentem que têm o poder de decisão. No grupo das mulheres grávidas e das que estão a amamentar, uma participante disse que:

*«para comer bem, devia variar a comida, selecionar os alimentos: djambó, peixe fumado, óleo de palma, mancarra. Naquele dia, ela sentiu-se bem, comeu um prato completo, para salvar a vida [comem] arroz simples, candja e badjiki, não varia, não é equilibrado, [comem] somente (para) salvar a vida.»* (GF3GA)

Em Bafatá, os líderes disseram que a comida cozinhada naquele dia (guisado de carne com arroz e batata e legumes) é boa para que as crianças cresçam saudáveis, mas que, devido à escassez económica, não conseguem dar-lhes este tipo de refeição. O único período em que o conseguem fazer é durante a campanha de recolha e venda da castanha de caju. **As mulheres consideradas casos positivos e com filhos menores de 5 anos e as grávidas ou as mulheres que estão a amamentar disseram que a alimentação para ser boa deve ser variada**, devendo as pessoas ingerir todos os dias alimentos construtores, leite, carne, peixe e «comer frutas sempre» (GF2BA). Portanto, comer bem significa «comer todos os alimentos que estão nestas imagens» (GF3BA), porém «não comemos com muita frequência aqui» (GF3BA). No dia a dia, elas lamentam comer somente arroz e lalò (folhas de embondeiro), folhas de mandioca, batata e *nene badadji*. Em Bafatá, o grupo de todas as mulheres expressou uma opinião parecida com a de Gabu:

*«[Uma criança] seria muito saudável e cresceria com muita saúde [se comesse uma comida variada como a de hoje] porque as comidas que comemos [habitualmente] são só para segurar barriga, não são saudáveis.»* (GF4BA)

**Em Bissau, os líderes acham que comem muito bem na sua vida quotidiana, sendo que para eles o alimento mais importante é o arroz. É interessante notar que o grupo das mulheres consideradas casos positivos com filhos menores de 5 anos, que foi o grupo que em absoluto deu maior importância ao arroz**, dá na verdade importância aos outros alimentos. Elas disseram que escolheram o arroz porque é o que mais comem, mas que comer bem significa ter uma alimentação variada. E dizem que há dias em que ingerem comida

variada, mas que há outros em que comem somente arroz com *badjiki*. Por elas a comida preparada no laboratório era adequada para os seus filhos porque «*O caldo de hoje está cheio de legumes que não costumamos colocar na nossa comida do dia a dia*» (GF2BI), sendo os legumes usados o tomate, o quiabo, o *badjiki* e o jagatù. Também segundo as mulheres consideradas casos positivos e que estejam grávidas ou a amamentar, há dias em que comem bem, mas há outros em que não. De facto, todos os grupos de mulheres reportaram que comem alimentos construtores mais frequentemente do que nas áreas rurais. A diferença entre comer normalmente e comer bem, para as mulheres de Bissau, não está tanto na presença de um alimento construtor, mas sim na variedade de legumes presentes no prato.

**Em Oio, os líderes associaram o ato de comer ao aspeto do paladar e da nutrição:** «*só com arroz limpo não tens vontade de comer, mas com tomate dá vontade e energia para ir fazer as coisas*» (GF10I). Para eles, o que dá força às crianças é o óleo de palma, a batata, a mandioca e a mancarra. Uma atitude parecida encontra-se no grupo das mulheres consideradas casos positivos com filhos menores de 5 anos e mulheres grávidas e a que estão a amamentar. Afirmaram que comer cacri (um pequeno crustáceo de rio) «*não é comida boa; comida com bom mafé, peixe, carne, feijão refogado é boa comida, um guisado também é boa comida, se comprares ingredientes como cenoura, couve, tomate, seculbembe, beringela, isso é bom mafé*» (GF20I), sendo que o que diferencia o cacri do resto dos alimentos é o gosto ou a «*vontade de comer*» (GF20I). **No grupo de todas as mulheres, estas referiram-se aos alimentos tendo em conta o seu paladar e valor nutricional.** Por exemplo, a cenoura tem de ser colocada na comida para ficar gostosa, mas também dizem que é «*boa para o coração*» (GF40I). Como foi visto anteriormente, os entrevistados de Oio têm uma visão bastante equilibrada na priorização dos alimentos e para eles comer bem significa «*comer arroz, frango, peixe, feijão, ovo, tomate, frutas, folhas e papas para nossos filhos*» (GF40I). Na tabanca selecionada em Oio, as pessoas dizem que «*queríamos comer sempre bem. Mas não temos condições*» (GF30I). Por exemplo em Oio, comer bem significa comer peixe em vez de cacri. Cabe realçar que esta comunidade é a única que se encontra próxima de um Centro de Recuperação Nutricional (a aproximadamente 10 km), o qual é gerido pela Igreja Católica, através da Caritas. Outro aspeto importante é que em Oio é tarefa das mulheres arranjar comida. Elas dizem que «*Os nossos maridos só sabem engravidar e mais nada. Não ajudam em nada, só nos dão arroz para cozinhar; mafé, nós que temos que virar para conseguir*» (GF40I).

# ATITUDE

## Resumo dos Ponto-Chave

- Um maior acesso aos alimentos influencia a maior ou menor desejabilidade dos mesmos. Por exemplo, os alimentos construtores são considerados os mais importantes por todos os grupos de pessoas entrevistadas quando se agregam os dados geográficos, embora as pessoas os comam raramente, consumindo mais frequentemente os alimentos energéticos. Os alimentos superenergéticos são considerados os menos importantes em todas as comunidades.
- Se os alimentos são considerados singularmente, nota-se que o arroz é, em absoluto, de primordial importância em todas as regiões e em todos os grupos. O arroz representa a base da alimentação guineense, quer seja pela frequência, quer pela quantidade de consumo. E a sua importância é tal que chega a definir a identidade nacional.
- Estabelecendo uma comparação entre os grupos nas diferentes regiões, nota-se uma certa homogeneidade nas atitudes entre as comunidades selecionadas em Gabu e Bafatá, que são próximas geograficamente e que partilham a mesma cultura mandinga. As atitudes observadas em Bissau são diferentes das das outras comunidades e as de Oio partilham alguns aspetos com Bissau e outros com Bafatá e Gabu.
- As mulheres em geral acham que ter uma boa alimentação significa ter uma alimentação variada, enquanto os homens tendem a preferir alimentos energéticos e construtores, sem considerar os protetores. Entre as mulheres, as que são consideradas casos positivos deram aos alimentos protetores e construtores uma importância maior do que as mulheres consideradas casos negativos.
- Qualquer que seja a sua visão de uma boa alimentação, quase todos os participantes concordaram que na sua vida diária é difícil terem uma alimentação variada por não possuírem meios económicos suficientes. Somente os líderes acham que comem muito bem na sua vida quotidiana, sendo que para eles o alimento mais importante é o arroz.

## 4.3 PRÁTICAS E MOTIVAÇÕES

### 4.3.1 Questões de Género na Organização das Atividades Doméstica e do Trabalho

O desequilíbrio de género relativamente à educação e às responsabilidades sociais e familiares influencia a implementação das práticas alimentares e nutricionais no seio da família. Nas comunidades existe um forte desequilíbrio de género relativamente à distribuição de responsabilidades nas atividades domésticas e no trabalho. Embora a organização diária seja tratada no parágrafo seguinte, aqui é importante ressaltar que o tempo das mulheres na comunidade é ocupado quase inteiramente a cuidar da casa, da lavoura, do marido e da família. As mulheres assumem estes trabalhos progressivamente a partir da infância até casarem, quando ficam totalmente responsáveis pelas atividades domésticas, por cuidar dos filhos, pelos pequenos negócios em áreas urbanas e pelo trabalho na lavoura em áreas agrícolas. Cabe realçar que esta última responsabilidade às vezes é partilhada com o marido. Esta divisão dos papéis juntamente com questões culturais e religiosas cria um grande desequilíbrio na oportunidade de desenvolvimento, deixando as mulheres afastadas de qualquer possibilidade de crescimento humano.

A alfabetização é muito baixa entre as mulheres. Um dos aspetos mais evidentes é a educação escolar, que apresenta muitas diferenças entre homens e mulheres, como ilustrado na Figura 17, que mostra a escolaridade e alfabetização dos participantes no estudo.

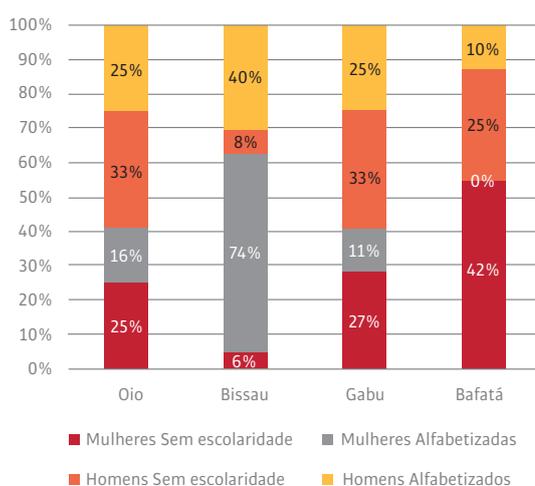


Figura 17 Alfabetização das mulheres e dos homens entrevistados por região

A maioria das mulheres entrevistadas e que participaram nos grupos focais não sabiam ler nem escrever. Algumas sabiam somente escrever o seu próprio nome, mas poucas tinham frequentado a escola.

Durante os laboratórios culinários, as investigadoras conseguiram conversar mais informalmente sobre as questões relativas ao casamento e à vida das mulheres nas tabancas, explorando também os aspetos relacionados com a educação escolar. Das informações recolhidas em Bafatá, por exemplo, ficámos a saber que algumas das mulheres mais jovens tinham ido à escola, mas somente até à segunda classe, não tendo conseguido, na maioria dos casos, a consolidação da alfabetização recebida e sabendo escrever apenas o próprio nome, como já foi referido anteriormente. Noutros casos foram os seus próprios maridos, que trabalhavam no exterior (por exemplo: no Senegal, em Cabo Verde) ou nos centros urbanos da Guiné-Bissau (por exemplo: em Bissau), que lhes ensinaram a escrever o nome, sobretudo para poderem assinar documentos na sua ausência. Estes casos são também muito raros, considerando que também nos homens da comunidade existe uma elevada taxa de analfabetismo, embora menor do que a das mulheres.

Nas comunidades visitadas, a vida das mulheres, desde crianças, é predominantemente orientada para prepará-las para o casamento e para ser boas esposas. A frequência escolar não é uma prioridade e, sobretudo se na comunidade não há escola, as mulheres não frequentam sequer a primeira classe. Entre as mulheres entrevistadas, somente 28% sabiam ler e escrever ou assinar, enquanto 72% não sabiam nem ler nem assinar.

Estas percentagens e dados estão em linha com os dados nacionais contidos no MICS de 2014, já que indicam que na Guiné-Bissau somente 51% das mulheres entre os 15-24 anos são alfabetizadas, contra 70% dos homens. Esta diferença na taxa conforme o género amplia-se quando se analisa o meio urbano e meio rural. A taxa de alfabetização das mulheres nas áreas urbanas é de 73%, contra 25% nas áreas rurais. Pelo contrário, a taxa de alfabetização dos homens no meio urbano é de 86% e no meio rural é de 54%.

Os casamentos precoces (infantis) fazem com que as raparigas não estejam preparadas para a educação dos filhos, além das consequências que as gravidezes na adolescência têm no desenvolvimento do feto. A idade média de casamento das mulheres nas comunidades alvo do estudo é de 16 anos. A idade média das entrevistadas é de 30 anos, mas a maioria (cerca de 65%) declarou ter casado ou ter-se juntado com o marido antes dos 18 anos. Considerando que as entrevistas foram realizadas maioritariamente no meio rural, estes dados estão em concordância com as médias nacionais do MICS 2014, que indicam que na Guiné-Bissau 37% das mulheres entre os 20-49 anos casaram ou começaram a viver em união conjugal antes dos 18 anos, 12% entre os 15-19 anos estão casadas ou vivem numa união conjugal e 7% das mulheres entre os 15-49 anos casaram antes dos 15 anos.

Uma das mulheres participantes nos laboratórios culinários em Bafatá explicou que casou quando tinha 14 anos. Ela era a primeira esposa, mas o marido tinha

recentemente casado com uma outra mulher, que no momento da conversa se encontrava com ele no Senegal, onde o marido trabalhava. Durante a entrevista, ela disse que se tinha casado muito cedo e que gostaria que a sua filha estudasse e aprendesse a ler para poder ter um bom marido.

**Embora após o casamento a rapariga receba orientações por parte da mãe, da sogra ou do próprio marido para o desenvolvimento das atividades doméstica e assim tentar cuidar da família, o baixo nível de escolaridade, a tenra idade e a escassa preparação para assumir todas estas responsabilidades familiares, que envolvem também um considerável esforço físico, podem ter, de facto, consequências negativas na saúde e na nutrição infantil dos filhos.**

Nas conversas encetadas durante os laboratórios culinários, as mulheres reportaram que os homens escolhem ter mais esposas para ter ajuda nos trabalhos domésticos e na lavoura, especialmente quando a primeira mulher já tem uma idade avançada. De facto, nas comunidades havia mulheres entre os 16 e os 22 anos que casaram com homens entre os 50 e os 60 anos idade, os quais já tinham pelo menos uma mulher com uma idade próxima da sua.

Nas tabancas, como explicou o líder comunitário em Gabu, os alimentos provêm de várias fontes: «*essas folhas como “cobó djambó” são apanhadas no mato, o milho é lavrado e o açúcar é comprado*» (EPIGA). Normalmente, o homem é responsável pelas compras ou por dar o dinheiro para as compras, mas as mulheres têm a responsabilidade de informar o marido acerca da quantidade de alimentos e da necessidade de comprá-los. Às vezes, os trabalhos na lavoura são organizados por género: «*O marido lavra o milho e ela, arroz. Neste caso, o marido trabalha na lavoura de alguém para trazer comida para casa*» (EMU5+GA). Similarmente, em Oio também existe divisão de tarefas: «*As mulheres normalmente compram legumes e arranjam os peixes e cacri. Os homens lavram arroz emilho*» (EPIOI). Segundo o líder, isto faz com que «*na nossa tabanca tanto homem ou mulher sustentem os filhos*» (EPIOI).

**Embora haja diferenças entre as famílias, dependendo da localização geográfica da comunidade, da etnia e do status socioeconómico da família, é possível afirmar que o principal responsável e decisor é o homem, e que as mulheres têm um fraco poder decisivo no seio da família, sobretudo nas áreas rurais.**

Em Gabu, «*o encarregado familiar pode ser o homem, que é o responsável por comprar a comida quando tem dinheiro*» (EPIGA), mas quando o marido não está presente, é a esposa que é responsável. Nas famílias muito numerosas, que podem, por exemplo, ser compostas por 20 pessoas para alimentar, as mulheres lavram nas bolanhas e os homens, no mato, as colheitas são postas ao dispor de toda a família, mas quem decide como devem ser utilizadas é o marido. É «*ele que dá a quantidade que vai ser cozinhada nesse dia*» (EPIGA), e quando

acaba a comida é a pessoa responsável por arranjar mais. Todas as mulheres entrevistadas confirmaram que é sempre o marido a pessoa responsável pela compra dos alimentos e que elas devem apenas cozinhar.

**Em Bafatá**, a situação não é diferente, porque quem toma e influencia as decisões alimentares no seio da família é igualmente o homem, e quando não está o responsável é o irmão mais velho do marido. Este facto é igualmente confirmado pelo agente comunitário, que também reconhece o esforço físico das mulheres afirmando que o homem é o chefe, «*embora a mulher trabalhe mais que ele dentro e para a família*» (EACBA). Em alguns casos existem sistemas de troca de alimentos entre as tabancas. A organização e a preparação das refeições é, ao invés, da responsabilidade total das mulheres, que se organizam entre si enquanto esposas do mesmo homem: «*Normalmente organizamos dois dias de cozinha por cada esposa. E cozinha para toda a família*» (EMU5+GA). Somente em Bafatá se verificou que no seio das famílias mais novas o marido é por vezes orientado pelo próprio líder da comunidade na realização das compras e que as famílias mais pobres recorrem a um sistema de compras comunitárias que são divididas de forma igual entre os seus membros. Isto reflete um sentido comunitário forte e uma cooperação social relevante para futuras intervenções.

**Em Bissau e Oio**, os homens são responsáveis por fazer as compras e as mulheres por informar com respeito à necessidade de comprar os alimentos. Na área periurbana de Bissau, as mulheres, segundo o agente comunitário de saúde, têm mais poder de decisão:

*«Os homens dão dinheiro para compras, mas as mulheres influenciam as decisões alimentares dentro de uma família. A decisão é delas na hora de [fazer as] compras. Podemos até sugerir um dia que gostaríamos de comer tal coisa hoje.»* (EACBI)

Pese embora esta maior autonomia, a pessoa que é considerada responsável máxima pelas escolhas alimentares da família é o marido. Neste sentido, pode-se afirmar que a questão do género e as desigualdades presentes nas comunidades entre homens e mulheres influenciam consideravelmente as práticas nutricionais corretas, tanto das crianças como dos adultos.

### 4.3.2 Organização do Dia a Dia e das Refeições

O facto de as mulheres se encontrarem sobrecarregadas com o trabalho doméstico e a lavra familiar influencia negativamente a disponibilidade de tempo que estas podem dedicar à preparação da alimentação das crianças e ao processo de desmame. A organização do dia a dia nas tabancas é determinada pelo trabalho e o momento de rezar, embora em proporções diferentes de acordo com o género.

Nas tabancas alvo, os homens trabalham sobretudo como agricultores, mas nas comunidades próximas dos rios há também pescadores. Mas são exercidas outras profissões, como as de comerciante, pedreiro, professor de Corão, e realizam-se trabalhos sazonais. Quando os homens não trabalham e estão em casa, normalmente descansam, rezam ou estão reunidos com outros homens para tomarem decisões relativas à tabanca. Pelo contrário, as mulheres não têm praticamente momentos de descanso durante o dia todo, porque, como já foi referido, quer estejam grávidas ou não, estão sempre ocupadas a ir buscar água e lenha, lavar a roupa, cozinhar, limpar a casa, acudir às crianças e trabalhar na lavoura ou na pesca. Esta diferença entre as tarefas desempenhadas e o tempo dispendido pode ser observada na Tabela 5, que foi compilada a partir dos dados recolhidos nos GF, nas entrevistas e nas conversas formais e informais entabuladas nas comunidades alvo onde foi obtida informação sobre o dia típico de uma família rural. No meio urbano, como Bissau, as mulheres, além das atividades domésticas, também desenvolvem atividades comerciais, sendo, portanto, vendedoras, cabeleireiras e comerciantes.

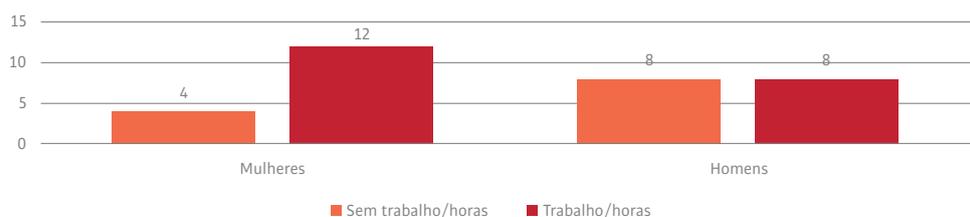
Esta desigualdade de responsabilidades e tarefas entre homens e mulheres tem repercussões imediatas e futuras na saúde das próprias mulheres, por exemplo colocando-as em risco de aborto durante a gravidez, e no que diz respeito à nutrição dos filhos, os quais, sobretudo durante a gestação e nos primeiros dois anos de vida, não recebem os cuidados necessários ao seu desenvolvimento físico e cognitivo.

*Tabela 5 Dia típico dos entrevistados divididos por género*

HORA	HOMEM	MULHER
5:00-6:00h	Acorda	Acorda
Até as 8:00h	Reza	Desenvolve atividades domésticas (arruma, lava a roupa, limpa, varre, etc.) Organiza o pequeno-almoço para as crianças Prepara as crianças para ir para a escola (onde há escola)
08:00-09:00h	Vai trabalhar (agricultura, pesca, comércio, etc.)	Vai trabalhar (agricultura, pesca, comércio, etc.), uma vez concluídas as atividades domésticas
11:00h	Ainda está no trabalho	Volta da lavoura para preparar o almoço Dá de comer às crianças mais pequenas
11:00-13:00h	Ainda está na lavoura	Prepara o almoço
13:30h	Reza	Prepara o almoço
14:00h	Almoça com toda a família	Almoça com toda a família
15:00-17:00	Descansa Vai para o trabalho	Arruma tudo depois do almoço Descansa Vai para o trabalho

HORA	HOMEM	MULHER
17:00-18:00h	Volta do trabalho Toma banho Reza Descansa	Volta do trabalho Começa a organizar o jantar (considerando que é normalmente o que sobra do almoço, aumenta-se o molho)
19:00-20:00h	Janta com toda a família	Janta com toda a família
21:00-23:00h	Vai dormir	Arruma a casa Ajuda as crianças a tomar banho Toma banho Vai dormir

Considerando que a organização do dia a- dia varia ligeiramente, fez-se uma média do tempo que as mulheres e os homens de Oio, Bissau, Gabu e Bafatá dedicam ao trabalho e às atividades que não são dedicadas ao trabalho, de acordo com a Figura 18. Por horas que não são às atividades ao trabalho entendem-se, neste caso, todos os momentos em que, desde que homens e mulheres acordam, ambos entre as 5:00 e as 6:00 horas da manhã, não realizam uma atividade de esforço físico ou produtiva. Neste caso, por exemplo, rezar, comer e descansar são considerados momentos que não são dedicados ao trabalho. E não estão incluídas as horas noturnas. Por horas de trabalho consideram-se todas as horas dedicadas a uma atividade produtiva ou que requer esforço físico, como cultivar, pescar, arrumar a casa, cozinhar, etc.



**Figura 18** Número de horas de trabalho e de descanso por gênero dos participantes no estudo KAP

Neste caso, é evidente que a carga horária dos homens nas quatro comunidades respeita um equilíbrio, sendo que durante o dia normal da semana trabalha em média 8 horas e não trabalha as outras 8 horas. O que aumenta notavelmente a carga de trabalho das mulheres são as atividades domésticas e de prestação de cuidados aos filhos. Assim sendo, como ficou evidente no gráfico anterior, as mulheres nestas comunidades trabalham em média quase 12 horas por dia e não trabalham 4 horas por dia. Contudo, é importante também referir que, embora as mulheres não trabalhem em média 4 horas por dia, isso não significa que estejam a descansar ou que este tempo seja dedicado totalmente a si próprias, já que durante o almoço e o jantar é frequente estarem ocupadas

a dar de comer às crianças mais pequenas. A entrevista a uma mulher grávida de Oio, considerada caso negativo, é um relato que permite compreender bem a vida das mulheres no campo:

*«O matabicho aqui não é como em Bissau; lá matabichas cedo às 7:00, aqui às vezes às 12:00-13:00 horas. Aqui não cozinham cedo, mas eu cozinho cedo, cozinho arroz de manhã e dou às crianças. Normalmente às 16h acabo de cozinhar, sirvo para mim e meus filhos, comemos juntos no mesmo prato, sirvo uma parte à parte com molho e guardo para mais tarde (jantar), como e depois esfrego os pratos, tomo banho e dou banho aos meus filhos e sento-me com a minha sogra a conversar, como as crianças saem para brincar às vezes. Às 19:00-20:00 sentamos para jantar e depois as crianças saem para brincar e nós, os adultos, ficamos a conversar. Às 20:00 já vou para dentro da tenda; quando as crianças disserem que querem ir dormir enxaguo-lhes o corpo e vão dormir.» (EMGA-OI)*

Esta distribuição da carga horária entre homens e mulheres mostra como de facto estas últimas estão totalmente sobrecarregadas socialmente e no seio familiar, e como é difícil neste contexto por exemplo pensar em dedicar tempo à alimentação das crianças. Um dos aspetos que foi claramente observado pelas investigadoras durante as atividades dos laboratórios culinários, e também após estas, durante os momentos da refeição comum, é que a mulher, por causa do pouco tempo de que dispõe, dos escassos conhecimentos alimentares adquiridos e da pouca disponibilidade de todos os alimentos, não consegue dar seguimento à educação alimentar das crianças após os 6 meses. Assim, perante as primeiras recusas da mesma, desiste e dá à criança diretamente o leite materno. Durante os laboratórios culinários, em Bafatá e Gabu, foram observadas mulheres com filhos entre os 6 e os 12 meses cujo alimento preponderante era o leite materno, com consequentes atrasos no crescimento ponderal e de estatura e no desenvolvimento psicológico.

**A introdução da alimentação complementar na dieta da criança é um período crítico nas comunidades visitadas, porque as mães não conseguem dedicar o tempo necessário ao processo de adaptação da criança à nova modalidade e aos novos sabores.** Quando a criança começa a introduzir alimentos semissólidos ou sólidos e diferentes do leite materno aos 6 meses de vida tem de aprender basicamente a comer. Para a mãe e para a criança, o momento da refeição torna-se um caminho de aprendizagem para ambas e é de facto mais longo do que uma refeição normal, porque acostumar-se a sabores diferentes, a comer, a mastigar e a engolir requer tempo. Dependendo da criança, estas mudanças alimentares podem ser mais complicadas, e as mães podem não ter muita paciência, conhecimentos e atenção para proceder da forma correta. Embora as crianças mais pequenas na fase do desmame comecem a comer antes dos adultos com a ajuda da mãe, o tempo disponível é verdadeiramente limitado

e não permite a dedicação total da mãe à criança, porque ela deve ocupar-se também dos outros membros da família.

Entre as mulheres entrevistadas variou o momento em que começaram a introduzir a alimentação complementar (ver Figura 19). Nota-se no gráfico abaixo que das 9 mulheres com filhos menores de 5 anos entrevistadas pelas investigadoras, somente 4 introduziram a alimentação complementar aos 6 meses. Convém evidenciar o caso da comunidade na região do Oio, em que ambas as mulheres, seja o caso positivo ou o caso negativo, começaram a introduzir alimentos diferentes do leite materno, sejam estes papas ou outros alimentos, quando as crianças tinham quase 1 ano de idade.



*Figura 19 Idade da introdução da alimentação complementar nos casos positivos e negativos das mulheres entrevistadas no estudo CAPM*

Nas famílias, é frequente que os adultos comam uma ou duas vezes por dia e que as crianças comam com mais frequência, normalmente três vezes por dia. Durante as refeições em comum, os homens têm a prioridade em termos de quantidade e qualidade dos alimentos, enquanto as mulheres, as mais desfavorecidas, são as últimas a servir-se. A responsabilidade que as mulheres têm de alimentar as crianças e a família é de facto central, porque se ocupam também da preparação dos pratos para as refeições. Além das crianças mais pequenas, que, como já foi referido, comem antes, a família come ao mesmo tempo em pratos separados: o primeiro a ser servido é o marido, que come sozinho ou com os seus irmãos ou os mais velhos da casa, a seguir são servidas as crianças mais crescidas, que comem num prato único, e por fim as mulheres. Caso os filhos ainda tenham fome, as mulheres dividem a sua comida com eles.

Geralmente as crianças pequenas recebem quantidades escassas, mas comem mais vezes por dia do que os adultos: as crianças comem três vezes por dia: pequeno-almoço, almoço e jantar, enquanto os adultos comem uma ou duas vezes por dia, sendo o almoço a refeição fixa e o jantar variável. Para assegurar esta distribuição, as mães guardam parte do jantar para o pequeno-almoço da manhã seguinte. No verão, as crianças e os adultos comem frequentemente e sem horário fixo, sendo o complemento constituído por fruta, como mangas, caju, ananás, bananas, etc. Cabe realçar que a fruta não é considerada «comida» ou «refeição» nas comunidades-alvo.

**As crianças até aos 2 anos alimentam-se quase exclusivamente de alimentos energéticos e quase não comem alimentos construtores e protetores.** Na fase da alimentação complementar, cujo início pode variar, como foi visto anteriormente, as crianças comem papas ou comida mole à base de hidratos de carbono, como arroz mole com açúcar e/ou amendoim (cuntchurro), farinha de milho ou arroz com água e açúcar (*mone*). Às vezes comem batata doce de polpa branca. É frequente as mães tentarem dar arroz ou milho preto sem condimentos às crianças e estas recusarem-se a comer.

*«A criança de 3 anos come comida normal como os adultos e com os adultos 3 vezes por dia: pequeno-almoço (o que sobrou do jantar da noite anterior fica para as crianças. Esta comida é só para as crianças. É aquecida e servida às crianças e chama-se sità – arroz com milho e quiabo da noite anterior), almoço, com os pais, e jantar, que será a mesma coisa.» (EMU5GA+)*

No dia em que teve lugar a entrevista, a família comeu arroz com baguiji e folha de hibisco ao almoço e ao jantar. É importante notar que quando este prato é servido, a quantidade de folhas é cerca de 2/10 da quantidade de arroz. Mas este tipo de condição só acontece quando a família tem alimentos disponíveis, porque na mesma comunidade do Oio, o caso negativo afirmou que a criança só come «2 vezes, almoço, 14h, e jantar, 20h. Comem milho preto ou arroz com pimenta, cebola, gosto (caldo da marca Maggi) e óleo de palma, se houver dinheiro» (EMU5GA-). Quando as famílias têm disponibilidade de alimentos e poder de compra providenciam, em média, três refeições de comida quente para as crianças.

**O baixo nível económico das famílias e as condições geográficas em que vivem determinam a capacidade de estas famílias cumprirem com as indicações alimentares recebidas.** O poder de compra, relacionado com o nível de pobreza de uma família, representa uma outra dificuldade para as famílias, considerando que na maioria das comunidades, além de Bissau, pois precisam de se deslocar a outras áreas para adquirir alimentos, sobretudo em determinadas épocas do ano. De facto, para os participantes das quatro comunidades alvo, a falta de dinheiro para adquirir os alimentos que não estão disponíveis na área e a distância constituem as maiores dificuldades. Assim, mesmo possuindo os conhecimentos necessários, há mulheres que dizem não poder proporcionar uma alimentação adequada aos filhos. Muito esclarecedor é o que foi reportado por uma mulher de Gabu:

*«Tive boas recomendações e sei o que deveria ser dado a uma criança para comer bem, mas por causa da pobreza não tenho possibilidade para comprar, porque não tenho dinheiro e não trabalho, assim não consigo dar uma boa alimentação.» (EMU5GA+)*

Uma mãe de Gabu, com uma criança em estado de malnutrição aguda, disse que a sua dificuldade era obter papa e leite para o filho, porque *«não há dinheiro, não temos arroz»* (EMU5GA-). Para o ASC e o líder comunitário de Gabu, os problemas decorrem da pobreza, a qual nasce da falta de emprego e salário fixo. Mas a situação é tal que *«às vezes temos dinheiro, mas não temos transporte para ir fazer compras»* (EMGAGA+) nas povoações vizinhas.

Em Bafatá, a situação não é muito diferente. A distância das praças, das feiras e das áreas comerciais é um problema, assim como o transporte *«porque a maioria compramos em Contuboel»* (EMU5BA+). Nalguns casos, a ajuda de quem trabalha é de facto fundamental: *«o primeiro filho do marido é quem providencia os alimentos, (porque a dificuldade está) nos problemas financeiros»* (EMU5BA-). *«Dinheiro e transporte»* foram citados por todos os entrevistados desta comunidade como os fatores que criam dificuldade em providenciar uma alimentação adequada.

Em Oio, numa das áreas mais distantes da região, o fator económico é relevante: *«atravessar este rio não é um problema para mim. Se eu conseguir dinheiro, eu iria sempre fazer compras dos alimentos que não temos aqui em Bissau ou Nhacra»* (EMU5OI+). Aqui, a atitude proativa relativamente às consultas pré-natais e à amamentação parece refletir-se também na capacidade de obter dinheiro. Por exemplo, o caso positivo da mulher grávida ou da que está a amamentar referiu estar a criar galinhas porque *«assim é mais fácil arranjar o que quiser»* (EMGAOI+), enquanto o negativo limita-se a constatar a falta de dinheiro, dizendo que *«o dinheiro é a chave do mundo e se não tiveres dinheiro não tens nada»* (EMGAOI-). O ASC está consciente que o problema é a economia de subsistência na qual vivem, porque *«ninguém trabalha aqui para ganhar dinheiro, só trabalhamos para comer»* (EPIOI). Isto associado ao facto de que *«a maioria dos alimentos daqui é por época, quando acabam, ficamos sem comer»* (EPIOI) cria um grande déficit na alimentação das pessoas.

Em Bissau, onde os entrevistados viviam numa área periurbana perto do maior mercado da capital, a principal dificuldade reportada foi a falta de dinheiro. Neste local, as famílias ainda mantêm um papel importante. Por exemplo, como testemunha uma mulher:

*«A família ajuda porque vive de rendimentos de casas da família que estão alugadas, perguntam o que precisam (arroz, óleo alimentar, óleo de palma, carvão), um dos irmãos compra mafé na feira ou dão dinheiro para irem à feira comprar.»* (EMU5BI+)

Em nenhuma das comunidades alvo se faz uma planificação alimentar semanal ou de outro tipo, decidindo o que se deve comer diariamente. Isto está estritamente ligado à economia de subsistência. Por exemplo, em Oio, onde as

mulheres estão encarregadas da pesca, a alimentação da família depende da sorte de cada pescadora: «Se é cacri cozinhamos cacri, se é peixe cozinhamos peixe» (EPIOI). Contudo, há alimentos que são comprados em grandes quantidades e administrados ao longo do tempo, como é caso do arroz. Nas comunidades de Bafatá, Gabu e Oio, que ficam longe dos mercados, a compra dos produtos que não estão disponíveis na tabanca é feita semanalmente.

### 4.3.3 Alimentos Consumidos

A frequência do consumo de alimentos é apresentada por grupos de entrevistados nos seguintes gráficos (Figura 20, Figura 21, Figura 22 e Figura 23). A lista dos alimentos foi feita considerando os mais consumidos pelas comunidades rurais.

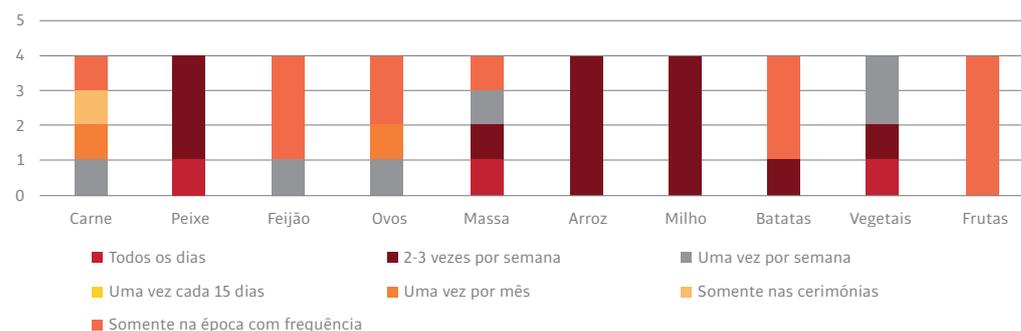


Figura 20 Frequência de alimentos consumidos pelos líderes comunitários entrevistados

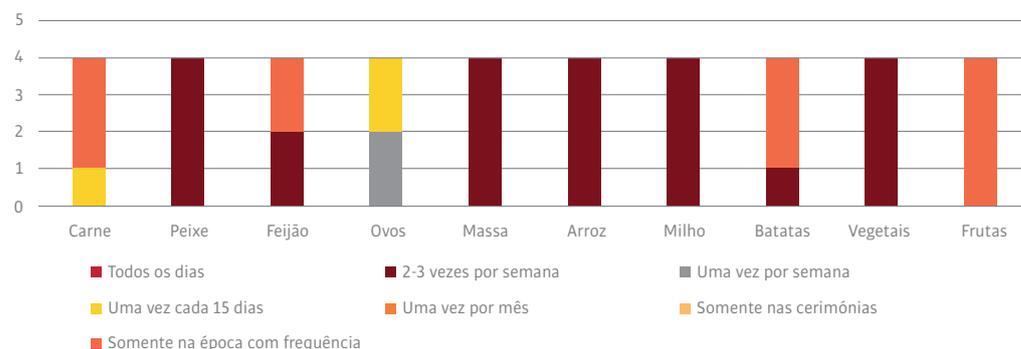
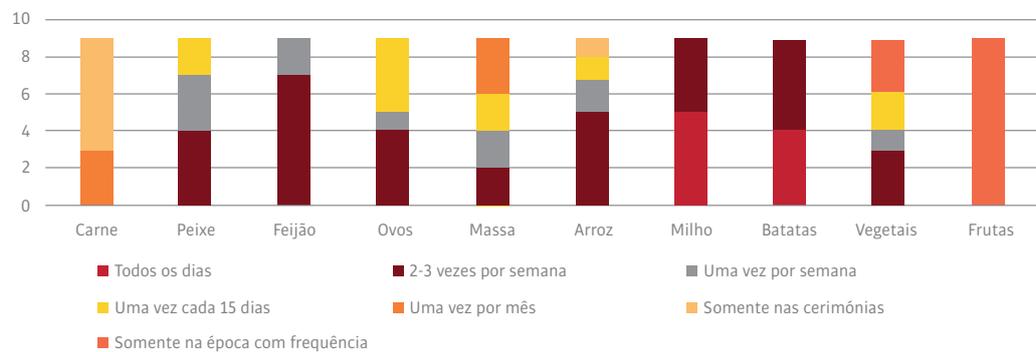
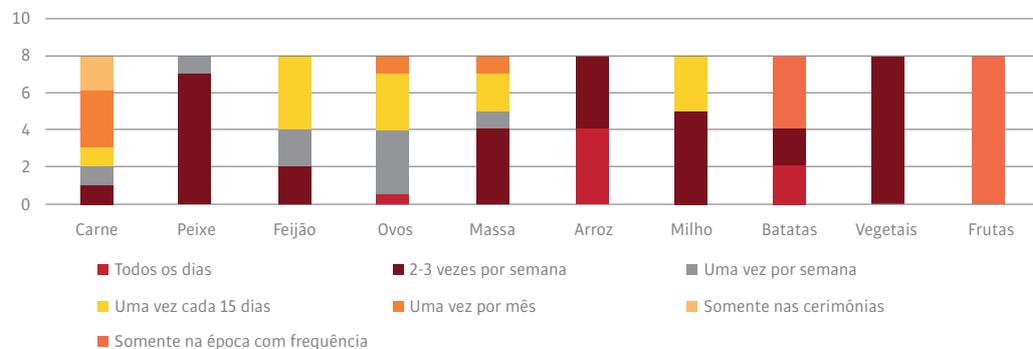


Figura 21 Frequência de alimentos consumidos pelos agentes comunitários de saúde entrevistados

## 4. RESULTADOS



**Figura 22** Frequência de alimentos consumidos pelas mulheres entrevistadas com filhos menores de 5 anos



**Figura 23** Frequência de alimentos consumidos pelas mulheres grávidas e a pelas mulheres que estão amamentar entrevistadas

Os alimentos consumidos pelas comunidades são normalmente os mesmos todos os dias, alternando com o arroz, o milho ou a massa e sendo acompanhados com verduras, e o consumo de carne e fruta é ocasional ou sazonal. De uma forma geral, o comentário descritivo mais evidente após análise dos gráficos é que para todos os grupos de pessoas entrevistadas há três tipos de alimentos que são consumidos todos os dias, como o arroz, o milho e a massa. Normalmente, estes alimentos são acompanhados com vegetais e, por isso, a frequência do seu consumo é bastante evidente nos gráficos, sendo poucos os entrevistados que os consomem raramente. Entende-se aqui por vegetais as folhas que se encontram nas lavras, a cebola, a cenoura e o tomate, que servem para preparar o molho de acompanhamento do arroz, milho ou massa. Entre os alimentos construtores, o mais frequentemente consumido é o peixe. É importante notar que o consumo é particularmente frequente em Oio e Bafatá, visto que estas duas comunidades se encontram próximas de rios, enquanto em Gabu o consumo de peixe é menos frequente.

Em Oio, Gabu e Bafatá, o cultivo de feijão não é comum e, portanto, quem consome feijão deve comprá-lo. No momento da entrevista, quem o consumia nestas tabancas tinha maior capacidade financeira do que o resto da comunidade.

*«(Comemos) Raramente (feijão), porque não cultivamos, compramos nas tabancas vizinhas. Mas este ano recebemos 15 kilos de feijão para toda tabanca e cultivamos. Talvez agora vamos passar a consumir mais.» (EPIBA)*

Os alimentos consumidos com menos frequências são a carne e a fruta. A fruta é consumida com abundância durante a sua época respetiva, mas não é conservada. A época do ano com maior variedade de frutos é o verão. A fruta é consumida de acordo com a sua disponibilidade na área geográfica e dependendo da produção das árvores durante a respetiva época. Os frutos mais comuns são: manga, caju, cabaceira, fole, alfarroba, goiaba, laranja, banana, papaia, tambacumba (fruta do mato), veludo, mancarra. Quem tem mais possibilidades económicas consegue comprar fruta que não é cultivada localmente e que é vendida nas feiras, como é o caso da maçã e da uva.

Quanto ao consumo de carne, a comunidade de Oio, por ser animista, ingere uma maior variedade de produtos, criando e consumindo também carne de porco. As comunidades muçulmanas de Bafatá, Gabu e Bissau consomem somente carne de vaca, frango e carneiro. Entre estas, as mais caras e de difícil aquisição são a de vaca e a de carneiro, que são consumidas apenas durante as cerimónias ou festas nas comunidades. É fácil encontrar famílias que comem este produto somente uma vez em cada dois meses.

A compra de carne depende fortemente da disponibilidade financeira, que pode variar durante o ano:

*«(comemos carne) Quando tiver dinheiro ou nas festas e nas cerimónias. Na época de caju normalmente comemos quase uma vez na semana, porque nesta época temos dinheiro para comprar.» (EPIBA)*

Também a carne de galinha, que deveria ser mais fácil de criar e ser consumida, encontra barreiras no consumo diário, porque muitas famílias preferem vender um animal para adquirir outros alimentos ou bens, renunciando outrossim ao consumo dos ovos para terem mais aves. Normalmente, uma família consegue comer galinha em média uma vez em cada 15 dias.

*«Não temos carne aqui, não matamos os nossos animais, às vezes matamos uma galinha, 1-2 por mês, as vacas são dos maridos e matam-se só em festas tradicionais, Natal ou 1 de Maio.» (EMU50I-)*

Daqui se conclui que, em alguns casos, a decisão de matar os animais de tamanho maior está ligada à questão de género. O consumo de cabritos, vacas e porcos está também ligado ao estado do animal: se este estiver velho ou doente é abatido e a carne consumida.

Existem também alguns alimentos que são considerados tabu e que as mulheres grávidas e as que estão a amamentar estão proibidas de ingerir: os animais do mato, como as tartarugas, os macacos e outros. As mulheres participantes mencionaram isto tanto nas entrevistas como nos laboratórios culinários. Em Bissau, durante o grupo focal, os participantes afirmaram que «As mulheres grávidas não podem comer animais como o saninho e o djiquindor (um tipo de rato), porque são animais que roubam muito, senão os filhos delas nascem roubando» (GF4CMU5BI). O consumo de animais selváticos pelo resto da população não parece ser muito frequente.

Os alimentos consumidos variam, portanto, em função do período do ano, havendo duas temporadas: a época chuvosa e quente, que oferece alimentos com abundância e variedade, quer seja pelo clima mais favorável, quer pela maior disponibilidade económica devida à colheita do caju, e a época seca, caracterizada pela colheita do arroz e do milho e por uma dieta baseada quase exclusivamente em hidratos de carbono. Isto foi confirmado nas observações domiciliares. De facto, os dados foram colhidos na época seca e, nas casas, a refeição principal era constituída por arroz com folhas, numa relação de 10 para 1.

### 4.3.4 Preparação das Refeições

Nos quatro laboratórios culinários organizados em cada uma das quatro comunidades foram também feitas algumas observações relativamente ao uso dos alimentos e à forma de preparar as refeições.

Na Tabela 6 apresenta-se um resumo das mais significativas e relevantes observações recolhidas sobre a organização da atividade de cozinhar, evidenciando as práticas de higiene e preparação dos alimentos mais comuns e usadas nos grupos e nas comunidades.

*Tabela 6 Nível de higiene observado em todas as regiões nos laboratórios culinários*

Laboratório culinário	LC1 Refeição para pessoas influentes na comunidade	LC2 Refeição para todos os dias	LC3 Refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar	LC4 Refeição para uma cerimónia
Lavaram as mãos antes de começar?	Sim	Sim	Sim	Sim
Lavaram as mãos com sabão?	Não	Não	Não	Não
Lavam as mãos com frequência?	Sim	Sim	Sim	Sim

Laboratório culinário	LC1 Refeição para pessoas influentes na comunidade	LC2 Refeição para todos os dias	LC3 Refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar	LC4 Refeição para uma cerimónia
<b>Perguntas</b>				
Nem sempre lavam as mãos antes de cozinhar?	Sim	Sim	Sim	Sim
Depois de tocarem em carne/ovos lavam as mãos?	Sim	Sim	Sim	Sim
Os alimentos são lavados antes de serem usados?	Sim	Sim	Sim	Sim
A água é limpa?	Sim	Sim	Sim	Sim
A fonte de água é o poço comunitário?	Sim	Sim	Sim	Sim
Compram a água?	Sim	Sim	Sim	Sim
A água é guardada nas banheiras/bidões?	Sim	Sim	Sim	Sim
A água para lavar a loiça tem sabão?	Sim	Sim	Sim	Sim
As panelas são lavadas na água com sabão?	Sim	Sim	Sim	Sim
Cozinham com lenha?	Sim	Sim	Sim	Sim
Cozinham com carvão?	Sim	Sim	Sim	Sim

A higiene na preparação das refeições é parcial, porque a lavagem das panelas é feita com sabão, mas é frequente que as mãos sejam lavadas somente com água. Um dos aspetos que mais ressaltou foi a falta do uso do sabão na lavagem das mãos. É importante notar que as investigadoras não impuseram limites na lista de compras para os laboratórios culinários. Porém, em nenhum dos laboratórios foi pedido sabão para a lavagem das mãos, e embora em alguns casos tenham pedido sabão para a loiça, este não foi utilizado na lavagem das mãos, nem pelas pessoas que cozinham, nem pelas pessoas que vieram comer. O sabão foi utilizado para a lavagem da loiça e/ou para fazer uma massa com areia e água para colocar na parte exterior da panela com o intuito de evitar que esta queime. Também nas observações domiciliares se notou a falta de uso do sabão.

**A demora na preparação das refeições também influencia o tempo que a mulher pode dedicar a uma correta alimentação das crianças.** Um aspeto relevante na preparação da refeição foi o tempo dedicado a esta atividade. Nos laboratórios culinários, por exemplo, o tempo dedicado à preparação dos alimentos e seu cozimento foi em média de 4 horas. O tempo foi calculado a partir da preparação do fogo e da lavagem das panelas até ao momento de servir a refeição. Durante este período de tempo, as mulheres estiveram quase constantemente ocupadas, ora lavando e limpando os vegetais, ora mexendo as panelas. Como foi visto anteriormente (parágrafo relativo ao género), as atividades relacionadas com a cozinha são exclusivamente femininas. De facto, nas quatro observações domésticas, o cenário foi parecido: a mulher cuida da cozinha por um tempo que pode variar entre 2 e 3 horas. Através das conversas encetadas nas observações e nas entrevistas, foi possível constatar que a cozinha é uma atividade que ocupa uma boa parte do dia das mulheres e que, juntamente com as outras tarefas domésticas, lhes deixa pouco tempo para cuidar dos filhos com a devida atenção. As investigadoras observaram, por exemplo, que um momento delicado como a introdução de alimentos no desmame é vivenciado pelas mulheres das comunidades selecionadas com pouca paciência, e caso a criança não coma depois das primeiras tentativas, voltam a oferecer-lhe o peito. Algumas mulheres de Bafatá relataram que não insistiam no desmame porque a criança suja muita roupa, aumentando assim a carga de trabalho que já é pesada. Somente em Gabu foi observado um envolvimento dos homens na cozinha durante os laboratórios: estes ajudaram a carregar a lenha, cortaram a carne e em alguns casos colaboraram na limpeza dos vegetais durante a conversa. Porém, trata-se de algo excepcional mesmo para a própria comunidade, como foi referido pelas pessoas entrevistadas.

**A cozinha confirmou-se como um momento convivial no qual as mulheres trocam opiniões.** Durante os laboratórios culinários, as conversas foram muito descontraídas e as mulheres falaram de assuntos privados, como a organização da família poligâmica, abordando tanto a rotina quotidiana de tarefas domésticas das mulheres como o calendário dos turnos para as relações íntimas com o esposo, as dinâmicas de convivência entre as várias esposas, os desejos e os sonhos para os filhos, o planeamento familiar utilizado, os conhecimentos sobre prevenção da gravidez, bem como assuntos mais gerais sobre a comunidade, a falta de serviços básicos próximos e a conseqüente necessidade de se deslocarem para uma consulta médica e a dificuldade de conseguirem dinheiro para levar os filhos às consultas de rotina.

Como foi dito anteriormente, as investigadoras não impuseram limites para a aquisição de material para os laboratórios culinários. Notou-se que as comunidades pediram alimentos que não são consumidos com regularidade não só para os laboratórios de preparação de um prato para uma cerimónia ou para os líderes, em foi cozinhada carne de vaca ou carneiro, mas também para os dias de laboratório de cozinha quotidiana. Neste caso, por exemplo, solicitaram

vegetais que não consomem regularmente, como repolho, cenoura, pimento e batata. E, muito provavelmente, as quantidades de alimentos foram maiores do que as consumidas no dia-a-dia, tanto de arroz, quanto de carnes. Mesmo assim, a proporção nos pratos servidos era de 3/5 de arroz, 1/5 de vegetais e 1/5 de proteínas. Por exemplo, em Oio, no dia de laboratório da cerimónia, calculou-se que por cada pessoa foram servidos cerca de 200-250 gramas de arroz e 50 gramas de carne, enquanto para as investigadoras foram servidos cerca de 150-200 gramas de arroz e 100 gramas de carne. A proporção entre hidratos de carbono e proteínas mudou somente quando foi cozinhado o «caldo de mancarra», um prato feito com molho de amendoim. Na Tabela 7 são indicados os nomes ou as descrições dos pratos preparados durante os laboratórios culinários.

Tabela 7 Pratos preparados durante os laboratórios culinários

LC1 – Refeição para pessoas influentes na comunidade				LC2 – Refeição para todos os dias				
	Gabu	Bafatá	Bissau	Oio	Gabu	Bafatá	Bissau	Oio
Prato cozinhado	Comida branca	Arroz com carne e verduras	Chabéu e arroz branco	Arroz com asas de frango e verduras	Caldo de mancarra (sem carne ou peixe) com quiabos	Milho preto com peixe frito e molho de verduras	Arroz cozinhado com caldo branco de peixe	Arroz com asas de frango e verduras
	LC3 – Refeição para mulheres grávidas e para mulheres que estão a amamentar				LC4 – Refeição para uma cerimónia			
	Gabu	Bafatá	Bissau	Oio	Gabu	Bafatá	Bissau	Oio
Prato cozinhado	Arroz com badjiqui e canja	Arroz com carne e molho de djambo de mandioca e mancarra	Arroz com carne e molho de poportada	Caldo de mancarra com folhas de batata e arroz	Carne de cabrito refogado com arroz branco e bagueiche	Arroz com carne refogada	Arroz cozinhado com caldo branco de peixe	Pernas de frango coradas e arroz refogado

# PRÁTICAS

## Resumo dos Pontos-Chave

- O desequilíbrio de gênero relativamente à educação e às responsabilidades sociais e familiares influenciam a implementação das práticas alimentares e nutricionais da família. Por exemplo, durante as refeições comuns os homens têm a prioridade em termos de quantidade a qualidade dos alimentos e as mulheres são as mais prejudicadas, sendo as últimas a servir-se.
- Embora haja diferenças entre as famílias, dependendo da localização geográfica da comunidade, da etnia e do status socioeconómico da família, é possível afirmar que o principal responsável e decisor é o homem, e que as mulheres têm um fraco poder de decisão no seio da família, sobretudo nas áreas rurais.
- Nas comunidades existe um forte desequilíbrio de gênero relativamente à distribuição e responsabilidade das atividades domésticas e do trabalho em geral. Esta divisão de papéis, juntamente com as questões culturais e religiosas, cria um grande desequilíbrio de oportunidades de desenvolvimento pessoal, deixando as mulheres afastadas de qualquer possibilidade de crescimento humano. Por exemplo, a alfabetização é muito baixa entre as mulheres.
- A sobrecarga de trabalho doméstico e na lavoura familiar, assim como os longos períodos de tempo necessários à preparação das refeições têm uma influência negativa no que diz respeito ao tempo que as mulheres podem dedicar à preparação da alimentação das crianças e ao delicado processo de introdução da alimentação complementar.
- Entre as mulheres entrevistadas, cuja idade média era de 30 anos, cerca de 65% tinham casado antes dos 18 anos, sendo a média de idade no momento do casamento de 16 anos. O casamento infantil ou precoce, juntamente com a escassa alimentação das mulheres e os elevados esforços físicos, mesmo durante a gravidez, têm como consequências o baixo desenvolvimento do feto, os partos prematuros ou os abortos. E tem também como consequência a própria incapacidade de as jovens mães cuidarem dos seus filhos.
- O baixo nível económico das famílias e as condições geográficas em que vivem determinam a sua capacidade de adquirir alimentos e cumprir com as indicações alimentares recebidas dos técnicos de saúde.
- Os alimentos consumidos pelas comunidades são normalmente os mesmos todos os dias, alternando o arroz com o milho ou a massa e acompanhando-os com verduras, sendo que o consumo de carne e fruta é ocasional ou sazonal.
- Nas famílias é costume os adultos comerem uma ou duas vezes por dia, enquanto as crianças comem com mais frequência, geralmente três vezes por dia.
- As crianças até aos 2 anos consomem quase exclusivamente alimentos energéticos e quase não ingerem alimentos construtores e protetores.
- A higiene na preparação das refeições é parcial porque a lavagem das panelas é feita com sabão, mas as mãos são frequentemente lavadas apenas com água.
- O ato de cozinhar as refeições demonstrou ser um momento convivial em que as mulheres trocam opiniões.



# MOTIVAÇÕES

5



Como vimos anteriormente, e como será aprofundado no parágrafo 7, a confiança na estrutura sanitária, combinada com a percepção de risco das pessoas, tem um peso considerável na determinação do acesso ao sistema de saúde. Se as pessoas consideram que não vão receber os cuidados adequados por falta de condições da estrutura sanitária, ou se consideram que não têm dinheiro suficiente para pagar os serviços de saúde, quer estes sejam considerados pelas pessoas como sendo cobrados legal ou ilegalmente, a confiança de que a estrutura sanitária possa resolver os seus problemas baixa consideravelmente. Estas motivações influenciam comportamentos, tais como: procurar os serviços sanitários durante a gravidez, realizar o parto na estrutura sanitária, ir às consultas pós-parto, de puericultura e às vacinações, procurar o sistema sanitário em caso de doença dos filhos. Assim, por exemplo, quando a gravidez e o parto são considerados eventos potencialmente de risco e quando se considera que a unidade sanitária pode minimizar tais riscos, é mais provável que as mulheres queiram fazer o parto no hospital. Porém, às vezes há barreiras tão difíceis de ultrapassar que deitam por terra as boas motivações (ver parágrafo 7).

O momento de transição da amamentação exclusiva para a alimentação complementar é motivado pelo facto de se querer assegurar o bem-estar do bebé. Algumas mães baseiam-se exclusivamente nas reações dos seus filhos, outras nas reações dos seus filhos e nas indicações recebidas dos técnicos de saúde. As mães consideram dois fatores para tomar as suas decisões: o choro do bebé e o seu desenvolvimento físico. Se as mães observam que a criança continua a chorar depois de mamar, elas tendem a dar-lhe outros alimentos porque acham que o seu leite não é suficiente. Por exemplo, a mulher considerada caso negativo em Bissau disse que começou a dar papa e chá de saqueta aos 6 meses porque «a mama não era suficiente, o bebé chorava, também dei leite em pó de farmácia, mas não aceitou, então comecei a dar papa» (EMUBI-). Houve também o caso de uma mulher que contou que a filha tinha problemas com o leite do seu peito esquerdo, sendo que cada vez que ela mamava vomitava e que por causa disso começou a dar-lhe somente leite do peito direito, com a consequência de que a criança «começou a enfraquecer e [o leite] não chegava para ela e ficava a chorar, e o pai começou a comprar [leite] para o bebé com 4 meses» (EMU5BI+). A senhora relatou que esta decisão foi tomada de acordo com as indicações recebidas na estrutura sanitária. Outra indicação que ela reporta ter cumprido foi a de dar água somente depois dos 6 meses. Uma outra mulher disse que tinha começado a dar chá ao filho antes dos 6 meses porque o chá «faz bem às cólicas» (EMU5GA+) e que foi orientada neste sentido pelo técnico de saúde. Outras mulheres reportaram ter procurado os conselhos dos técnicos de saúde não por estarem preocupadas com algum problema no desenvolvimento dos filhos, mas porque era correto agir dessa forma.

Todas estas considerações permitem-nos concluir que se as mães tiverem confiança no sistema de saúde, elas poderão ser influenciadas a seguir os conselhos dos técnicos de saúde mesmo que as suas crianças estejam saudáveis.

Os alimentos que são utilizados durante a alimentação complementar são escolhidos por razões e práticas diversas: escolha entre os alimentos que a família tem ao seu alcance, escolha baseada nas crenças locais (como o facto de uma criança poder comer comida «dos adultos», ou seja, sólida somente a partir dos 2 anos), escolha baseada nos conselhos dados pelos técnicos de saúde (quando estes são pessoas consideradas dignas de confiança e quando os conselhos recebidos são adequados à realidade das famílias) e, por fim, com base nos gostos da criança (que aceita certos alimentos e pode recusar outros). Como ficou dito anteriormente, a questão dos gostos da criança está estritamente ligada à disponibilidade de tempo da mãe.

Entre as mulheres entrevistadas, notou-se que a condição económica tem um forte peso na escolha do que dar de comer a uma criança. Quando há disponibilidade económica, as escolhas são feitas com base no valor nutricional da comida, e quando a disponibilidade económica não existe, os alimentos são escolhidos somente com base naquilo que está ao alcance da família. Por exemplo, na mesma tabanca, em Gabu, havia uma mulher cuja criança de 8 meses ainda se alimentava exclusivamente do leite materno: a família, se bem que tivesse recebido aconselhamento no centro nutricional de Gabu, tinha uma produção agrícola escassa e não conseguia deslocar-se ao mercado mais próximo para comprar os alimentos indicados. Na tabanca onde vivem não existem produtos à venda além de batata doce, caldo em pó, tomate concentrado e óleo de palma. A mulher, não podendo obter o que lhe tinham indicado, preferia continuar a dar exclusivamente de mamar ao filho. Uma outra mulher da mesma tabanca, que tinha um familiar emigrado e que ajudava economicamente a família, tinha facilidade em conseguir os alimentos que achasse mais adequados para o seu filho. Por vezes a melhor condição económica está associada a maiores conhecimentos, como é o caso de uma mulher da tabanca de Bafatá. Ela não somente conseguia ir todas as semanas ao mercado comprar o que precisasse como também recebia conselhos do marido que, segundo ela, vivendo em Cabo Verde, tinha adquirido novos conhecimentos.

As crenças locais influenciam profundamente o que as crianças comem entre os 6 meses e os 2 anos de idade. Dentro desta categoria podem ser identificadas duas categorias de motivações: evitar dar alimentos considerados prejudiciais para a saúde da criança e evitar complicar a vida dos pais. Na primeira categoria estão incluídas as crenças que defendem que as crianças nesta idade devem comer somente comida mole porque o seu aparelho digestivo não está preparado para outros tipos de comida. A dentição é também frequentemente citada como fator que determina quando se deve começar

a introduzir a comida sólida, porque se a criança não tem dentes não pode mastigar. Na segunda categoria encontramos a crença de que se uma criança com idade inferior a 2 anos provar proteínas animais, não vai conseguir aceitar o facto de estas não estarem sempre presentes na sua alimentação, e para os pais vai ser difícil lidar com o choro da criança. Nesta segunda categoria, se bem que não tenha sido explicitamente dito pelas mães, encontramos a dificuldade de estas dedicarem o tempo necessário à alimentação complementar. Evidido à elevada sobrecarga de trabalho doméstico, elas não têm tempo para preparar e ajudar as crianças a aceitarem os novos sabores e, por outro lado, quando os filhos comem sujam a roupa, o que significa um aumento da sua carga de trabalho. Por estas razões, as mães preferem frequentemente continuar a dar o leite materno como alimento principal por estar pronto e disponível, por ser do agrado da criança e por não sujar a roupa.

**Os conselhos dos técnicos de saúde em matéria de alimentação complementar são capazes de influenciar as pessoas, mas geralmente influenciam os que menos precisam deles,** por serem pessoas que já confiam no sistema de saúde, que têm meios suficientes para pagar o transporte para a estrutura sanitária e, se for o caso, para pagar os serviços e, sobretudo, porque têm recursos suficientes para comprar os alimentos aconselhados, tais como ovos, banana e abóbora. **Quanto aos mais pobres e necessitados, mesmo quando conseguem entrar em contacto com os técnicos de saúde e consideram os seus conselhos valiosos, não conseguem pô-los em prática porque estão fora do seu alcance económico.**

# MOTIVAÇÕES

## Resumo dos Pontos-Chave

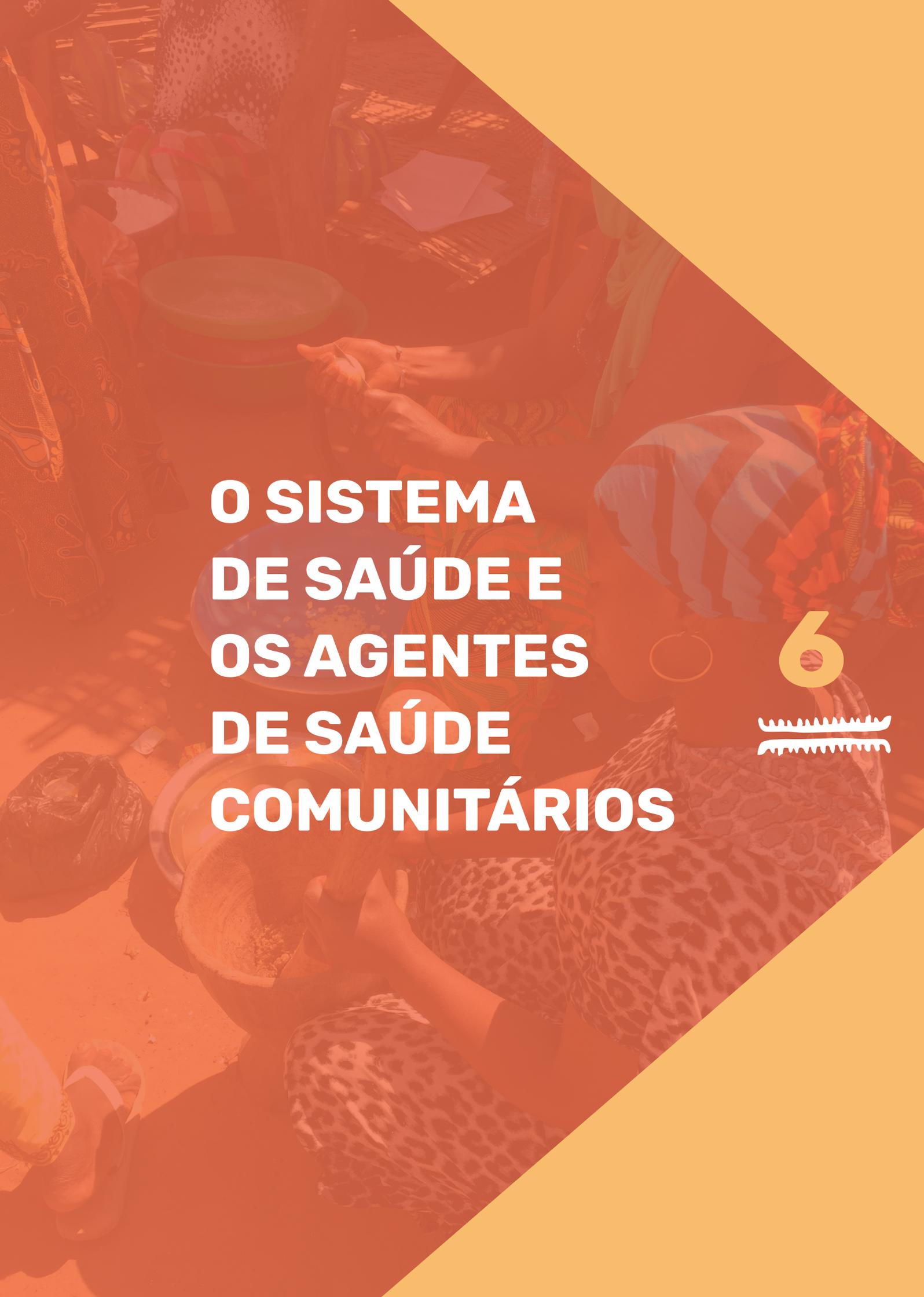
A confiança na estrutura sanitária, combinada com a percepção de risco das pessoas, tem um peso considerável na decisão de aceder ao sistema de saúde. Por exemplo, quando a gravidez e o parto são considerados eventos potencialmente de risco e quando se considera que a unidade sanitária pode minimizar tais riscos, é mais provável que as mulheres queiram fazer o parto no hospital. Porém, às vezes há barreiras tão difíceis de ultrapassar que destroem as boas motivações.

O momento de transição da amamentação exclusiva para a alimentação complementar é motivada pelo facto de a mãe querer assegurar o bem-estar do bebé. Algumas mães baseiam-se exclusivamente nas reações dos seus filhos, outras, nas reações dos seus filhos e nas indicações recebidas dos técnicos de saúde. Deste modo, as mães consideram dois fatores quando tomam as suas decisões: o choro do bebé e o seu desenvolvimento físico. As mães, se observam que a criança continua a chorar depois de mamar, tendem a dar-lhe outros alimentos porque acham que o seu leite não é suficiente.

Seguem-se as motivações que levam as mães a dar aos seus filhos determinados alimentos durante a alimentação complementar:

- **Motivações práticas.** A família pode conseguir obter os alimentos através de produção própria e/ou aquisição. Além disso, verificou-se que quando há disponibilidade económica as escolhas são feitas com base no valor nutricional da comida, e quando a disponibilidade económica não existe os alimentos são escolhidos somente com base no que está ao alcance da família.
- **Motivações ligadas às crenças locais.** Nesta categoria podem ser identificadas duas categorias de motivações: i) evitar dar alimentos considerados prejudiciais para a saúde da criança, como, por exemplo, arroz em grãos antes dos 2 anos de idade; ii) não complicar a vida dos pais, evitando, por exemplo, dar papas à criança para que esta não se suje e não perder tempo a convencer a criança.
- **Motivações ligadas aos gostos da criança,** que recusa certos alimentos.
- **Conselhos dos técnicos de saúde,** quando estes inspiram confiança e quando os seus conselhos são passíveis de pôr em prática.
- **Ficou claro que a condição económica das mulheres entrevistadas tem um forte peso na escolha dos alimentos para a confeção da refeição de uma criança,**





# O SISTEMA DE SAÚDE E OS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIOS

6



Do ponto de vista da comunidade, a distância a percorrer até à estrutura de saúde, a dificuldade de encontrar transporte, especialmente nas horas noturnas, o tempo de espera para ter uma consulta, os custos dos serviços sanitários, como, por exemplo, o cartão de gravidez, a escassa disponibilidade de medicamentos nas estruturas sanitárias, os riscos da viagem e o cansaço constituem barreiras para o acesso à saúde por parte das comunidades rurais e urbanas. Além destas barreiras, há outras que os próprios técnicos de saúde criam: uma mulher, por exemplo, referiu ter ido à estrutura sanitária logo que se apercebeu que estava grávida, no primeiro trimestre, mas foi rejeitada pelos técnicos de saúde que, sem lhe fazerem o teste de gravidez, e apenas pela medição da barriga, julgaram que ela não estava grávida e negaram-se a atendê-la (MU5BI+).

As comunidades têm dificuldade em seguir as orientações médicas e sanitárias porque estas não se adequam às suas condições socioeconómicas e geográficas. Por exemplo, em Gabu, durante os grupos focais e os laboratórios culinários, as mulheres disseram claramente que as indicações/conselhos recebidos quando as crianças são diagnosticadas como desnutridas não se adequam às circunstâncias da comunidade. As pesquisadoras puderam constatar isto com o caso da mulher identificada com comportamento considerado não positivo, a qual foi acompanhada até ao Centro de Recuperação Nutricional da capital regional, onde recebeu indicações/conselhos para comprar alimentos que não estavam disponíveis na tabanca e que também não estavam ao seu alcance económico. Como poderia comprar duas dúzias de ovos (alcance económico), abóbora e feijão (que não são comercializados ou cultivados na tabanca)? Somente o técnico de saúde de Bafatá disse explicitamente que os alimentos aconselhados devem estar «presentes na comunidade [e ser] de fácil aquisição» (ETSBA). Algumas mulheres reportaram ter observado juntamente com o técnico de saúde a dificuldade de encontrar tais alimentos e alegaram que a reposta recebida foi que teriam de se esforçar para conseguirem obtê-los. Se é verdade que para melhorar o estado nutricional de uma criança é preciso mudar a sua alimentação, é também verdade que a situação económica da família é o fator que provavelmente mais influência teve no culminar de tal situação, sendo pouco provável que uma família pobre consiga obter os alimentos recomendados na consulta, seja ao nível da variedade, seja ao nível da quantidade adequada. Portanto, os profissionais deveriam dar indicações de como alimentar uma criança considerando os recursos realmente disponíveis e acordando um plano exequível com a família.

Estes factos, acrescidos da pressão exercida pelas crenças tradicionais, seja as transmitidas pelos familiares ou pelos curandeiros, e da suspeita de que os técnicos cobram ilegalmente os serviços de saúde prestados, parcialmente devido à complexidade do sistema de pagamentos, fazem com que a confiança no sistema de saúde diminua. Os indivíduos entrevistados não referiram que seguiam as crenças tradicionais. Quem fez referência a este aspeto foi o técnico

## 6. O SISTEMA DE SAÚDE E OS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIOS

de saúde de Oio, o qual perdeu algumas crianças durante o tratamento porque «*as mães acreditam nos mitos tradicionais de que as crianças desnutridas estão com pêlo de cão no corpo*» (ETSOI), e por essa razão, as mães levam as crianças ao curandeiro. Este continua a defender que os técnicos devem trabalhar com celeridade para «*recuperar a criança o mais rápido possível, senão a família não acredita no nosso tratamento e aí começam a procurar outros tipos de explicação*» (ETSOI). Esta apreciação feita pelo técnico de saúde evidencia o conflito entre os dois sistemas de cura: o tradicional (curandeiro), que não só está inserido no mesmo sistema de valores e crenças da comunidade como é inclusivamente capaz de criar este sistema de valores, e o do sistema moderno de saúde, que não somente põe em discussão o sistema de crenças tradicionais como também apresenta soluções impraticáveis. Considerando esta situação, é possível entender por que razão algumas famílias preferem dirigir-se aos curandeiros em detrimento do sistema de saúde. Cabe realçar que existem já algumas experiências que fornecem soluções viáveis, como um projeto da Caritas na comunidade escolhida em Bafatá que tem ensinado as mulheres a preparar refeições nutritivas com os alimentos disponíveis e que tem tido um retorno muito positivo, segundo informação veiculada pelos técnicos de saúde e pela própria comunidade. **Isto demonstra que, não obstante a existência de mitos, é possível implementar ações que levem a comunidade a melhorar a sua própria alimentação a partir de alimentos e práticas locais.**

**Do ponto de vista do sistema sanitário, os técnicos entrevistados estão conscientes dos problemas da falta de recursos materiais e da sua insuficiente formação sanitária para atender às necessidades das comunidades. Os técnicos sanitários das estruturas de saúde no meio rural conhecem melhor a comunidade com a qual trabalham do que os técnicos urbanos entrevistados.**

**Como foi dito anteriormente, o conhecimento que os técnicos de saúde têm sobre as comunidades em redor das estruturas sanitárias varia de acordo com o conhecimento dos seus hábitos e dos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde.** Os técnicos que afirmaram conhecer melhor a comunidade ou cujas descrições das comunidades são mais próximas do relatado pelas pessoas são os das áreas rurais. Entre os técnicos entrevistados, os de Bafatá e de Gabu são os que mostraram conhecer melhor a comunidade, seguidos pelos de Oio e, em último lugar, os de Bissau, que várias vezes disseram não saber responder às questões sobre a comunidade. Isto pode estar relacionado com dois fatores: i) o facto de as estruturas sanitárias rurais realizarem atividades de estratégias avançadas mais frequentemente do que as estruturas sanitárias urbanas; ii) o facto de a estrutura sanitária urbana considerada ser de um nível mais elevado (um hospital) e por isso estar dividida em mais especialidades e encontrar-se mais distanciada da realidade rural. Por exemplo, a técnica de saúde de Bissau não soube responder às perguntas sobre as consultas pré-natais. O técnico de Oio disse que «*as mulheres fazem consultas pré-natais sempre*» (ETSOI) e que o único problema é a distância que impede que elas

façam o parto no hospital. Segundo o que foi possível observar, na comunidade é que a adesão às consultas pré-natais é escassa. Já a técnica de Gabu deu uma resposta mais articulada e adequada à realidade afirmando que «*algumas chegam até com 8 ou 9 meses, outras com 3, 2, 6, 7 meses; o mais comum são com 3, 4 meses; outras fazem só 2 consultas outras vão até 6, 5, 4*» (ETSGA). O técnico de Bafatá foi o único que levantou a questão de a estrutura sanitária não conseguir atender todas as pessoas, tendo inclusive de recusar o atendimento a algumas. «*Às vezes o grande número de pessoas que esperam pela consulta pré-natal não permite que todas consigam tê-la.*» (ETSBA)

Os técnicos estão conscientes das limitações que impedem a realização do seu trabalho: a falta de recursos materiais e a sua escassa formação em âmbito nutricional. A técnica entrevistada de Bissau sabe que está a trabalhar numa área em que não teve formação; o técnico de Oio lamenta ter problemas com o material: a balança não funciona, existe rotura de *stock* das fichas para controlo do peso, no distrito existe somente uma ambulância que não consegue atender todas as necessidades, e os ASC, que na sua opinião são fundamentais para melhorar a situação nutricional, porque vivem nas tabancas, não trabalham porque não recebem incentivos. Para os técnicos de Gabu e Bafatá, a falta de transporte e os escassos meios financeiros existentes dificultam a deslocação à capital da província, de onde eles recebem todos os materiais utilizados, desde os livros de registo até aos materiais para usar nas consultas. **Ao nível dos conhecimentos, os técnicos de saúde entrevistados mostraram possuir os conhecimentos básicos sobre os sinais de malnutrição (peso, altura, aspeto da pele e do cabelo), porém constatou-se que eles estão mais focados no tratamento de casos de desnutrição aguda grave, dando, por conseguinte, menos importância às outras formas de malnutrição.**

**Os agentes comunitários de saúde têm uma formação básica e um baixo nível escolar e poucos recursos materiais. A sua presença tem tido pouca influência nas comunidades visitadas.** Como era expectável, os ASC, comparados com os técnicos de saúde, conhecem muito melhor as comunidades, mas têm menos conhecimentos teóricos. Entre os entrevistados, somente o ASC de Bissau soube reconhecer todos os sinais da malnutrição, enquanto os outros se focaram mais no peso da criança, esquecendo os outros sinais. Como foi dito anteriormente, os ASC têm muito poucos meios para desenvolver as suas atividades, quer no aspeto financeiro, quer no que se refere ao material necessário, o que os desmotiva a exercer as suas funções. Os agentes comunitários de saúde estão nas comunidades com a função de acompanhar as famílias e influenciar os seus comportamentos, porém verificou-se que eles não são considerados pontos de referência pela comunidade. Nas conversas encetadas durante os laboratórios culinários, nas entrevistas e nos grupos focais, os ASC quase nunca foram citados como pessoas às quais se fossem pedir informações ou como sendo capazes de influenciar e originar uma mudança de comportamento. Somente em Gabu a comunidade falou do ASC, porque este tinha apresentado uma queixa

## 6. O SISTEMA DE SAÚDE E OS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIOS

na estrutura sanitária porque a sua esposa teve de pagar para ter o cartão de grávida na primeira consulta pré-natal.

Durante a discussão deste relatório, no dia 24 de julho de 2019, os vários intervenientes sublinharam que atualmente os ASC têm responsabilidades desproporcionadas em relação ao seu baixo nível escolar e aos recursos disponíveis.

### **O SISTEMA DE SAÚDE E OS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIOS** Resumo dos Pontos-Chave

- Do ponto de vista da comunidade, a distância entre a estrutura de saúde, a dificuldade de encontrar transporte, especialmente nas horas noturnas, o tempo de espera para ter uma consulta, os custos dos serviços sanitários, o facto de saber que nas estruturas sanitárias a escassa disponibilidade de medicamentos nas estruturas sanitárias, os riscos da viagem e o cansaço constituem barreiras para o acesso à saúde por parte das comunidades rurais e urbanas.
- As comunidades têm dificuldade em seguir as orientações médicas e sanitárias porque estas não se adequam às suas condições socioeconómicas e geográficas. Estes factos, acrescidos da pressão exercida pelas crenças tradicionais, seja as transmitidas pelos familiares ou pelos curandeiros, e da suspeita de que os técnicos cobram ilegalmente os serviços de saúde prestados, parcialmente devido à complexidade do sistema de pagamentos, fazem com que a confiança no sistema de saúde diminua.
- Do ponto de vista do sistema sanitário, os técnicos entrevistados estão conscientes dos problemas que a falta de recursos materiais e que a sua insuficiente formação sanitária provocam no atendimento às necessidades das comunidades. Os técnicos sanitários das estruturas de saúde no meio rural conhecem melhor a comunidade com a qual trabalham em comparação com os técnicos urbanos entrevistados.
- Os ASC têm responsabilidades desproporcionadas tendo em conta o seu baixo nível escolar e os recursos disponíveis. A sua presença tem tido pouca influência nas comunidades visitadas.





# DISCUSSÃO

7



Com base na análise dos dados recolhidos, foi possível identificar quatro grandes temáticas que influenciam os conhecimentos, as atitudes, as práticas e as motivações das comunidades nas quais foi desenvolvida a investigação. A saber:

- **Questões de género;**
- **Condições económicas;**
- **Mitos e ideias com respeito à alimentação das crianças;**
- **A relação existente entre o sistema sanitário e a comunidade.**

Nesta secção, cada área temática será discutida mostrando as suas implicações na práticas nutricionais das populações entrevistadas.

## 7.1 QUESTÕES DE GÉNERO

### 7.1.1 Escolha dos Alimentos

**Durante o trabalho de campo e a análise dos dados verificou-se que a importância dada aos alimentos varia segundo o género: as mulheres são mais orientadas pelas características nutricionais dos alimentos do que os homens.**

Embora os alimentos construtores sejam considerados os mais importantes de entre todas as categorias por todas as comunidades entrevistadas, nas mulheres esta diferença é menos acentuada do que nos homens, e elas priorizam todo o tipo de alimentos: construtores, protetores, energéticos, conferindo, no entanto, menos importância aos superenergéticos. Além disto, as mulheres revelaram possuir mais conhecimentos do que os homens sobre as características nutricionais dos alimentos. É o caso de uma mulher de Gabu que disse que o «*feijão é uma alimentação que dá força e (ajuda a) construir também o corpo*» (GF3GA). Sobretudo em relação às crianças com mais de 2 anos, as mulheres demonstraram ter: i) conhecimentos básicos sobre uma dieta variada e a sua importância para o crescimento; ii) consciência do facto de que a dieta que seguem atualmente não tem valor nutricional mas serve para «*segurar a barriga*» (GF4BA), ou seja, para dar a sensação de saciedade.

**Nas discussões e nos exercícios realizados com os homens resultou claro que, embora reconhecessem a importância de consumir alimentos diferentes, e que cada alimento tem elementos nutritivos próprios, e tendo a possibilidade de escolher que alimentos comprar, a motivação dos homens é**

**maioritariamente orientada para o seu próprio gosto pessoal.** Assim sendo, a maioria dos homens que participaram nos grupos focais afirmaram que preferia comer e comprar arroz, feijão, frango e óleo de palma, sem considerar de forma alguma os aspetos nutricionais dos alimentos e sobretudo as consequências desta alimentação repetitiva. Para os homens, a definição de comer bem está relacionada com a sensação de saciedade, que é dada por alimentos como o arroz, o milho, o feijão, o óleo de palma e a carne.

Numa sociedade como a das comunidades escolhidas, onde o homem é o principal decisor na comunidade e na família, tendo o papel de chefe de família/provedor de alimentação, constatou-se que, embora as refeições sejam preparadas pelas mulheres, são os homens que em última instância decidem o que deve ser consumido, especialmente quando se trata de adquirir os alimentos com dinheiro. Os homens decidem também o que deve ser cultivado, sendo os responsáveis pela aquisição dos insumos agrícolas. As mulheres, portanto, têm uma capacidade restrita de decisão no âmbito alimentar.

Embora durante as entrevistas os membros das comunidades, face à pergunta direta sobre as causas da escassa variedade de alimentos consumidos, tenham indicado na sua maioria a falta de meios económicos e a pobreza da comunidade, nos trabalhos de grupo, isso não demonstrou ser o principal obstáculo para uma alimentação correta. É provável, portanto, que com **a atual situação de desequilíbrio de género e o atual estado de preferências alimentares dos homens, uma maior estabilidade económica e riqueza nestas comunidades venha a mudar a dieta, embora não se possa assegurar que a mudança seja orientada para uma dieta variada.**

## **7.1.2 Consequências das Desigualdades de Género nos Primeiros 1000 Dias de Vida das Crianças**

**O papel do homem não tem implicações somente na escolha da alimentação, mas também na distribuição das tarefas quotidianas e no próprio consumo dos alimentos disponíveis, o que tem consequências diretas nos primeiros 1000 dias de vida das crianças,** os quais são fundamentais para o seu desenvolvimento físico e neurológico. Se durante a gravidez o feto não recebe os micronutrientes essenciais, não só corre o risco de nascer prematuro ou com baixo peso, mas também de ter problemas ao nível do desenvolvimento do sistema neurológico, com consequências visíveis, como no caso da espinha bífida, devido à falta de ácido fólico, ou não visíveis, mas permanentes. O desenvolvimento do sistema neurológico continua depois do nascimento até aos 24 meses e o que não for alcançado neste período não pode ser colmatado subsequentemente. Para terem um desenvolvimento neurológico ideal, as crianças devem receber micronutrientes em quantidade e qualidade satisfatórias e ser estimuladas

cognitivamente. Este período, que vai desde a gestação até aos 24 meses, designa-se por janela de oportunidade dos 1000 dias, devido a sua duração.

**Analisando a rotina quotidiana das mulheres das comunidades entrevistadas, constatou-se que estas dedicam praticamente todas as horas do dia a cuidar dos outros:** as tarefas podem realizar-se fora de casa, como sejam, ocupar-se da lavra, da pesca ou da venda no mercado, no caso de Bissau, limpar e arrumar a casa e tratar da roupa, ir buscar água, preparar as refeições para a família, cuidar da higiene e alimentação dos filhos. E não só as tarefas são muitas como cada uma demora um tempo considerável a realizar. Por exemplo, têm de ir buscar a água fora da habitação, às vezes a uma distância considerável. A roupa é lavada à mão e a comida é cozinhada a lenha ou a carvão. Além disto, sobretudo nas comunidades rurais, a falta de energia e a pouca disponibilidade económica fazem com que as famílias não tenham possibilidade de armazenar alimentos num frigorífico ou congelador, e que por essa razão os alimentos tenham de ser adquiridos em quantidades reduzidas e com frequência e preparados diariamente. Como foi possível observar, isto provoca diversas consequências no âmbito dos 1000 dias:

- **As mães não descansam dos trabalhos pesados durante a gravidez, o que comporta riscos para a gestação, tais como: abortos espontâneos, nascimentos prematuros, complicações durante o parto, etc.**
- **As mães às vezes deixam os filhos menores de 6 meses em casa quando se dedicam às tarefas fora de casa. Não tendo forma de tirar e ou armazenar o leite do peito, as crianças são alimentadas com papas leves de milho ou chá com açúcar durante a ausência das mães. Isto, portanto, leva a uma amamentação não exclusiva.**
- **As mães têm pouco tempo para interagir com os filhos e este facto não só tem consequências no seu desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico, mas também do ponto de vista nutricional (UNICEF, 2017). Como foi observado anteriormente, o período de alimentação complementar é o mais crítico no desenvolvimento das crianças, porque quando o filho desiste de um alimento, as mães não têm tempo para fazer com que a criança o aceite, e, além disso, nesta fase a criança ainda não tem capacidade para comer sozinha e frequentemente suja-se ou pode até sujar a mãe. Em ambos os casos, por praticidade, as mães voltam a dar-lhe o peito. Esta tendência, associada à ideia de que as crianças menores de 2 anos devem alimentar-se somente de papas feitas de hidratos de carbono, faz com que a dieta das crianças entre os**

**6 e os 24 meses seja extremamente pobre em micronutrientes. Este dado é confirmado a nível estatístico pelo Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde segundo o qual apenas 12,7% de crianças entre os 6 e os 23 meses consumiram alimentos de quatro ou mais grupos alimentares durante o dia anterior (Ministério da Economia e Finanças, 2014).**

Quanto aos homens, pelo papel que desempenham, têm direito a comer uma maior quantidade e melhor qualidade de alimentos. Isto não só emergiu durante as entrevistas e os grupos focais como foi possível também observá-lo quando os alimentos foram servidos durante os laboratórios culinários. Por um lado existem alimentos que são dados somente aos homens, como as vísceras ou as miudezas e a cabeça do cabrito. Por outro lado, quando a refeição é igual para todos, os homens recebem uma maior quantidade de alimentos construtores e uma maior variedade de alimentos protetores. Num quadro de escassez de alimentos, isto faz com que as mulheres, sobretudo se estão grávidas ou se estão a amamentar, não ingiram uma quantidade e qualidade de alimentos e micronutrientes adequados, tendo este facto consequências para as crianças.

Outro aspeto da desigualdade de género, que tem efeitos diretos na saúde das crianças, é o casamento precoce. Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS5) de 2014 da Guiné-Bissau, a percentagem de mulheres casadas com idade inferior a 15 anos é de 7%, com mais prevalência nas regiões de Oio (11%) e Bafatá (10%), as quais pertencem na sua grande maioria ao meio rural, com um baixo nível de instrução ou mesmo nulo e fazendo parte de agregados familiares pobres. O fenómeno dos casamentos precoces é, contudo, muito amplo, considerando que no mesmo MICS5 se refere que 37% das mulheres entre os 20 e os 49 anos de idade casaram antes dos 18 anos de idade, com percentagens mais elevadas nas regiões de Gabu (67%) e Bafatá (52%) e as mais baixas no SAB (23%) e na região de Cacheu (28%). É também de reforçar que 44% das mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade estão numa união poligâmica (52% somente na zona rural) e que quase metade das mulheres entre os 15 e os 24 anos de idade estão casadas com um homem que é pelo menos 10 anos mais velho. No que concerne ao casamento precoce, há vários fatores que põem em risco o desenvolvimento das crianças:

- **Se a gravidez ocorrer durante a adolescência existirá um conflito entre as necessidades de nutrientes da mãe, que ainda está numa fase de crescimento, e as necessidades do feto. Este conflito terá consequências mais graves numa situação de escassez alimentar. É por esta razão que entre as mães adolescentes é mais frequente o nascimento de crianças prematuras ou com baixo peso (UNICEF, 2013). Além disso, as adolescentes, cujo corpo que ainda não está preparado para**

**a maternidade, estão mais sujeitas a ter partos complicados, os quais podem causar a morte da mãe ou uma fístula obstétrica. Segundo os dados do MICS5, 30,3% das mortes de mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade, a nível nacional, devem-se à maternidade, existindo, no entanto, diferenças entre o meio urbano e o meio rural, e por idade, e estão estreitamente relacionadas com a questão do casamento infantil, já que a partir desse momento as raparigas se tornam sexualmente ativas (MICS5 de 2014). É também relevante que, como reportado no MICS5, os óbitos relacionados com a gravidez são considerados como uma das principais causas de mortalidade tanto no que se refere às raparigas casadas como às solteiras entre os 15 e os 19 anos de idade, representando um fator de risco ainda mais elevado para as mais novas deste grupo (Ministério da Economia e Finanças, 2014). As adolescentes têm menor capacidade de negociação dentro do lar, seja pelo baixo nível socioeconómico que caracteriza as jovens que iniciam precocemente a vida de casadas, seja pela falta de experiência de vida. Além disso, encontram-se frequentemente numa posição de segunda ou terceira esposa e esta condição diminui ainda mais a possibilidade de elas terem voz ativa no que diz respeito a uma adequada nutrição infantil e/ou de influenciarem o homem no sentido de este comprar alimentos diferentes para melhorar a nutrição das crianças.**

Por fim, correlacionada com os fatores anteriormente mencionados, **a falta de espaçamento entre as gravidezes afeta diretamente o estado nutricional das crianças e o seu desenvolvimento cognitivo.** As mulheres das comunidades inquiridas não têm conhecimentos nem poder de decisão sobre a sua própria saúde reprodutiva. Quem toma as decisões sobre quando devem ter relações sexuais são os homens, sem por vezes considerarem a idade do último filho. Nas comunidades visitadas acredita-se que o esperma e o feto são capazes de modificar o leite materno e torná-lo perigoso para o bebé que está a ser amamentado. Se por um lado a crença de que o esperma danifica o leite pode contribuir para um maior espaçamento entre os partos, e a norma tradicional prevê de facto a abstinência sexual durante dois anos após o parto para evitar que o leite da mãe possa ficar estragado, por outro, e pelo que foi possível observar nas comunidades, esta norma, na prática, não é sempre cumprida, registando-se um intervalo inferior a dois anos entre os partos. Além disso, a retoma da atividade sexual pode levar as mulheres a deixar de amamentar mesmo durante os primeiros seis meses, substituindo o leite materno por papas (MINSAP, 2007). Outro aspeto a tomar em consideração é que, na já sobrecarregada vida das mulheres, ter vários filhos menores de 5 anos impossibilita a mãe, por falta de tempo, de lhes prestar os devidos cuidados, como acompanhá-los na fase da alimentação complementar ou estimular o seu desenvolvimento cognitivo.

Por fim, numa situação de escassez económica e alimentar, a presença de um número elevado de crianças impede que cada uma tenha um adequado aporte nutricional.

### 7.1.3 Influência das Questões de Género no Acesso aos Serviços Médicos ou às Informações Médicas

As mulheres não têm voz ativa sobre a gestão da fertilidade, nem sobre as consultas pré-natais e o parto. O MICS5 de 2014 evidenciou que a nível nacional 45% dos partos realizados dois anos antes do inquérito foram assistidos por pessoal qualificado, portanto por uma pessoa que tinha conhecimentos médicos ou sanitário. Nas áreas rurais de estudo, as percentagens são relativamente baixas: 25,4% na região de Oio, 25,8% na região de Gabu, 32,1% na região de Bafatá e com a única exceção da região urbana de Bissau, com 77,9% (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Em algumas entrevistas houve algumas mulheres que disseram que queriam dar à luz no hospital, mas não puderam ou porque alguém na família do marido não autorizou (EMGAOI+), ou porque o marido não estava presente e a mulher não se sentia com poder para tomar essa decisão sozinha (EMGABI-), ou ainda porque o marido é a pessoa que controla as finanças e na sua ausência não é possível pagar o transporte para o hospital (EMU5GA+). Os dados do MICS5 de 2014 confirmam estes relatos mostrando que entre as mulheres em idade fértil, entre os 15 e os 49 anos de idade, quanto mais baixo forem o nível de instrução e o nível económico, menor será a probabilidade de recorrer à assistência durante o parto por um agente qualificado (Ministério da Economia e Finanças, 2014). Esta situação é exacerbada no meio rural, seja porque aqui vivem pessoas com um menor nível de escolaridade e com menos posses económicas, seja porque as pessoas vivem mais longe das estruturas sanitárias, o que origina um aumento dos custos do transporte e do tempo que deve ser dedicado à visita no hospital, prejudicando os trabalhos domésticos. Os dados do MICS5 de 2014 demonstram que somente 29% dos partos no meio rural foram assistidos por agentes qualificados. Estes dados foram confirmados também nas histórias de vida das mulheres entrevistadas: apenas em dois casos, mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, em Bissau e Oio nos casos considerados negativos, declararam preferir fazer o parto em casa. As restantes mulheres observaram que dar à luz no hospital é uma vantagem, porque o hospital é mais organizado. Porém, elas não puderam fazê-lo pelos fatores acima mencionados.

O difícil acesso aos serviços de qualidade na área da saúde materno-infantil (bem como a escassa presença dos mesmos no território, em particular no meio rural) e as questões culturais, que impedem a mulher de ter um acesso constante e regular aos mesmos, representam um grande obstáculo a uma correta prevenção e acompanhamento sanitário da mulher, bem como uma

**forma de violência de género.** Emblemático neste sentido é ainda, por exemplo, a problemática relativa à mutilação genital feminina, sendo que 44,9% das mulheres na Guiné-Bissau foi alvo de alguma espécie de mutilação, como reportado no MICS5 de 2014 (Ministério da Economia e Finanças, 2014).

## 7.2 POBREZA

A pobreza apresenta-se sob múltiplas formas: índice de desenvolvimento humano baixo, falta de capacidade financeira, falta de instrução, falta de oportunidades económicas e de mudança de vida, desemprego, falta de acesso aos serviços sociais, falta de acesso aos serviços básicos (água, energia, higiene e saneamento), falta de comunicações e vias de acesso, falta de segurança alimentar, etc. O Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP2) de 2011, realizado pelo INE, indicava que 69,3% da população vivia com menos de 2 dólares por dia e 33% com menos de 1 dólar por dia, demonstrando um progressivo agravamento da situação em relação aos dados recolhidos em 2002. A pobreza afeta de uma forma extrema as comunidades entrevistadas, sendo particularmente elevada nas regiões que foram objeto desta análise: Oio, 73% (<2\$/dia) e 45,6% (<1\$/dia); Gabu, 83,5% (<2\$/dia) e 47,2% (<1\$/dia); Bafatá, 75,5% (<2\$/dia) e 33,4% (<1\$/dia); Bissau, 51% (<2\$/dia) e 13,2% (<1\$/dia) (INE, 2011).

### 7.2.1 Consequências da Pobreza na Variedade e Quantidade dos Produtos Consumidos

**A pobreza das comunidades rurais tem consequências na capacidade de as famílias providenciarem uma adequada alimentação às crianças e aos restantes membros da família, seja em termos de variedade e qualidade dos produtos, seja em termos de quantidade dos mesmos.**

**Nas comunidades rurais visitadas, os habitantes praticam uma agricultura de subsistência, sazonal, de sequeiro e com meios rudimentares, o que tem duas consequências: a monotonia dos produtos cultivados e a dificuldade financeira para a aquisição de produtos diferentes.** De facto, para adquirir produtos diferentes daqueles que se encontram nas comunidades, é necessário deslocar-se à capital da região ou, pelo menos, a um centro maior do que a tabanca, mas para isso é preciso que se tenha dinheiro para a deslocação. Além disso, a falta de sistemas de conservação dos produtos, seja sistemas de frio, ou de outros que não requerem a refrigeração, faz com que as famílias prefiram adquirir produtos de fácil conservação em grandes quantidades, como o arroz, e não produtos frescos, como fruta, vegetais e carne. As famílias normalmente contornam a esta situação com uma pequena horta familiar onde cultivam os

vegetais para preparação do acompanhamento do milho, do arroz ou da massa, que constituem a base da alimentação familiar.

A criação de animais tem a função de criar valor comercial para a família: as aves e seus ovos são normalmente vendidos ou utilizados em trocas comerciais, os animais de maiores dimensões são utilizados como ajuda na lavoura. Por estas razões, as famílias preferem não matar os seus animais. O consumo de carne torna-se, portanto, muito raro: em alguns casos somente nas festas, noutros não mais do que uma vez por mês. As comunidades que vivem perto dos rios e se dedicam à pesca não têm uma alimentação adequada e equilibrada, já que preferem vender o peixe para ganharem algum dinheiro e poderem comprar outros produtos alimentares e roupa, e para poderem pagar o transporte para aceder aos serviços.

No meio urbano, as famílias têm mais possibilidades de acesso ao dinheiro graças a pequenos trabalhos remunerados que realizam e a pequenas atividades de comércio, porém têm menos possibilidades de cultivar vegetais ou criar pequenos animais. Por outro lado, a disponibilidade e variedade de produtos à venda é maior e, frequentemente, estes são vendidos em pequenas quantidades, beneficiando as famílias com poucos recursos económicos. As famílias urbanas têm também acesso à energia, se bem que de forma não continuada, e à conservação dos produtos. E embora as famílias tenham mais possibilidades de usufruir de uma alimentação variada, acabam por ter uma alimentação repetitiva baseada maioritariamente em alimentos energéticos.

Em ambos os casos, as famílias preferem adquirir e consumir produtos como o arroz, que contribuem para dar rapidamente a sensação de saciedade, mas que têm poucos micronutrientes. As famílias também preferem adquirir alimentos económicos privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade. Isto não significa que as pessoas não tenham consciência de têm uma dieta pobre e que esse facto pode criar-lhes problemas de saúde, muito pelo contrário, pois elas sabem que os alimentos protetores e construtores são fundamentais para o seu bem-estar, mas a verdade é que também estão perfeitamente conscientes das suas capacidades económicas e, considerando a situação em que vivem, fazem escolhas coerentes com as suas possibilidades.

### 7.2.2 Sazonalidade da Alimentação

A sazonalidade da alimentação é um efeito direto da pobreza das famílias, pois estas não têm meios nem capacidades para criar sistemas de irrigação, dependendo exclusivamente das chuvas para o cultivo. O período de colheita de arroz, milho, batata doce, amendoim, fruta e hortícolas vai de outubro a janeiro, sendo esta a fase em que há mais abundância e variedade de alimentos. Nas tabancas, o arroz e o milho são conservados, mas os restantes produtos

não, visto que não é praticada nem a secagem nem a conservação em óleo ou vinagre, por falta de conhecimentos e meios. Outra época importante é a da campanha de recolha do caju, cuja exportação é determinante para a economia nacional. Neste período, entre abril e maio, as famílias têm mais rendimentos e conseguem comprar alimentos. Na restante parte do ano, entre junho e setembro, há escassez económica e de produção local, e as famílias das tabancas selecionadas vivem situações de extrema precariedade alimentar.

**Nos primeiros 1000 dias da vida de uma criança, a escassez alimentar pode criar sérios problemas de saúde:** se estes calharem no período da gravidez terão implicações no desenvolvimento do feto, se calharem no período da amamentação, o leite será de menor qualidade, e se calharem no período da alimentação complementar, a criança terá uma dieta muito pobre baseada somente em papas de alimentos energéticos. Cada uma destas três fases é fundamental para o desenvolvimento da criança, pois são períodos em que o corpo e o cérebro se vão formando. Se nesta situação de escassez incluirmos também os fatores de género, em que a quantidade de alimentos que as mulheres ingerem é claramente menor do que a dos outros elementos da família, esta época torna-se ainda mais crítica.

### 7.3 IDEIAS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Como vimos anteriormente, entre as populações entrevistadas, o período mais crítico nos primeiros 1000 dias da vida de uma criança é o da alimentação complementar, tendo dois grandes problemas: a falta de tempo e paciência das mães para introduzir alimentos diferentes do leite e a alimentação baseada somente em papas de hidratos de carbono com poucas proteínas (amendoim). O primeiro problema foi já discutido anteriormente, o segundo tem a ver com as ideias preconcebidas das populações acerca da alimentação infantil.

Segundo as pessoas entrevistadas, os únicos alimentos adequados para as crianças entre os 6 meses e os 2 anos de idade são a papa e o cunchuro. É importante realçar que por papas não se entende somente a consistência mole da comida, mas a consistência mole e o tipo de alimento utilizado para a sua preparação: o milho preto. Já a comida mole à base de arroz é designada por cunchuro. Este pode ser preparado com ou sem amendoim e sempre com açúcar.

Segundo as pessoas entrevistadas, o arroz ou o milho em grão podem criar problemas de digestão ou diarreia às crianças e por isso só devem ser introduzidos quando a criança tem dentes e pode mastigar autonomamente. A mesma ideia

é aplicada à carne e ao peixe, que podem ser dados somente depois dos 2 anos. No caso dos alimentos construtores, as pessoas alegam também outra ideia: se uma criança comer carne ou peixe antes dos 2 anos vai acostumar-se a este tipo de alimentos e vai querer ingeri-los com frequência. Considerando a situação real de que estes alimentos são consumidos raramente, os pais têm receio que a criança possa chorar muito e que seja difícil gerir tudo isto. Por esta razão preferem não criar expectativas nas crianças evitando que elas conheçam a carne e o peixe. Os vegetais não foram mencionados como fazendo parte da alimentação das crianças nesta fase e a fruta é esmagada e dada às crianças quando está disponível.. Estas ideias preconcebidas fazem com que a fase da alimentação complementar seja muito pobre em termos de micronutrientes.

As sopas são um tipo de alimento que as mães não costumam dar por tradição, mas aceitam que é um alimento que a criança consegue digerir. Nos hospitais e nos centros nutricionais sugerem às mães que deem sopa às crianças, adicionando também ovo. Cabe realçar que a sopa, diferentemente das papas, pode conter uma grande variedade de alimentos: vegetais, tubérculos, carne, feijão. Segundo o que foi possível observar, as mães não se sentem confiantes a preparar sopas adequadas às crianças. Por exemplo, o caso negativo de Gabu contou ter-se esquecido de como se prepara uma sopa e não quis arriscar confecioná-la, acabando por amamentar exclusivamente uma criança de 8 meses. Nos centros nutricionais ensinam as mulheres a cozinhar sopa.

## 7.4 RELAÇÃO COM A ESTRUTURA SANITÁRIA E COM OS ASC

Da análise dos dados emergiu uma distância entre a estrutura sanitária e a comunidade: os técnicos de saúde conhecem muito mal (em âmbito urbano) ou mal (em âmbito rural) as comunidades em redor da estrutura sanitária onde trabalham e, por conseguinte, os conselhos que dão às populações são de difícil ou impossível aplicação no que diz respeito à alimentação das crianças. Se é verdade que para melhorar o estado nutricional de uma criança é preciso mudar a sua alimentação, é também verdade que a situação económica da família foi o que mais provavelmente determinou tal situação, sendo, portanto, pouco provável que uma família pobre consiga obter os alimentos recomendados na consulta, seja ao nível da variedade, seja da quantidade adequada. Assim sendo, os profissionais deveriam dar indicações de como alimentar uma criança considerando os recursos realmente disponíveis e acordando um plano exequível com a família. Considerando esta situação, compreende-se que as famílias em certos casos prefiram dirigir-se aos curandeiros, que compartilham com elas o mesmo sistema de valores e crenças e que propõem soluções ao seu alcance.

**O mau trato contribui para que as pessoas das tabancas evitem deslocar-se à estrutura sanitária.** As pessoas entrevistadas mostraram ter uma atitude submissa para com o pessoal sanitário. Quando, por exemplo, recebem conselhos difíceis de aplicar na sua vida quotidiana, dificilmente os questionam. Da mesma forma, quando devem pagar por serviços que são gratuitos, raramente se queixam. Por outro lado, o pessoal sanitário não tem empatia com a população: esta é maltratada, é repreendida com veemência quando não cumpre com o recomendado, independentemente de as recomendações serem exequíveis. Por exemplo, os profissionais de saúde recomendam às mães de crianças que sofrem de malnutrição aguda, que são frequentemente as mais pobres das comunidades, que deem às crianças alimentos que não estão disponíveis na tabanca ou cujo custo é elevado.

**Um fator que complica muito o acesso à saúde é o custo dos serviços, sejam estes cobrados legal ou ilegalmente. Além disso, a complexidade do sistema de pagamentos do sistema de saúde da Guiné-Bissau cria dúvidas e até suspeitas de cobranças ilegais entre a população.** O sistema de saúde da Guiné-Bissau é estruturado em serviços que devem ser pagos pelos utentes, porém alguns serviços básicos são financiados por doadores internacionais, como a União Europeia ou o Fundo Global, e por isso são gratuitos para os utentes. O financiamento dos serviços pode variar ao longo do tempo, o que faz com que serviços que eram gratuitos o deixem de ser e vice-versa. O sistema de financiamento é complexo e mesmo os indivíduos que trabalham no setor da saúde pública não conhecem pormenorizadamente os serviços que são gratuitos para os utentes e os que não são. Por exemplo, as investigadoras não conseguiram estabelecer com segurança se o cartão de gravidez deve ser pago pelos utentes ou não. Se isto gera incertezas em pessoas com níveis de instrução muito elevados, pode-se facilmente imaginar a escassez de informação que impera entre a população, a qual, de facto, não sabe e não entende as dinâmicas dos financiamentos internacionais e considera que todos os serviços sanitários estão ao mesmo nível. Nesta incerteza geral inserem-se alguns profissionais de saúde que cobram serviços que deveriam ser gratuitos. Isto gera duas consequências: i) a desconfiança de que os técnicos de saúde estejam a cobrar indevidamente os serviços de saúde; ii) custos que os utentes têm dificuldade em pagar, sobretudo quando ainda têm de somar a estes o custo do transporte para se deslocarem à estrutura sanitária. Os dois casos influem negativamente no acesso ao sistema de saúde.

Contudo, as pessoas acreditam que o sistema sanitário, os medicamentos e as consultas são importantes, mas a realidade com que se deparam, como os maus tratos, a falta de medicamentos ou de alimentos terapêuticos para crianças que sofrem de malnutrição aguda severa, a cobrança dos serviços, os conselhos de difícil aplicação, fazem com que elas sintam que o sistema sanitário não lhes dá apoio. Os agentes comunitários de saúde, que poderiam desempenhar um papel fundamental na comunidade, não parecem ter qualquer influência nesta.







# CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

8



Nesta secção são apresentadas as conclusões e recomendações para desencadear uma mudança nas quatro grandes temáticas identificadas no parágrafo 8, que influenciam os conhecimentos, as atitudes, as práticas e as motivações das comunidades nas quais foi desenvolvida a investigação. As propostas de ações a serem implementadas foram pensadas com base no guia para a comunicação para a mudança de comportamento na nutrição do PAM (PAM, 2019) e o guia para programas sensíveis à nutrição do PAM (PAM, 2017).

## 8.1 QUESTÕES DE GÉNERO

As **questões de género** têm uma importância fundamental na organização quotidiana e económica das famílias guineenses, com consequências diretas nas práticas alimentares das mesmas: os homens comem mais do que as mulheres e as crianças, as mulheres têm escasso poder de decisão no que diz respeito à economia doméstica e, estando sobrecarregadas de tarefas, acabam por não prestar os devidos cuidados aos filhos, especialmente nos primeiros 2 anos de vida das crianças, que consomem alimentos inadequados. As questões de género têm também consequências no acesso ao sistema sanitário, seja na saúde sexual e reprodutiva, seja na saúde materno-infantil, porque a mulher não tem poder para tomar decisões sobre o seu corpo. A mudança no sentido do equilíbrio de género é um processo longo que deve ser incentivado e ser acompanhado por um processo de alteração de comportamentos dos homens que, se bem que mantendo o seu papel de únicos tomadores de decisões, podem ser levados a tomar decisões que melhorem as condições de saúde das mães e das crianças.

Por esta razão, as atividades de comunicação deveriam ser organizadas de acordo com várias estratégias.

### 8.1.1 Comunicação do Risco

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: comunidade (é preciso um câmbio de comportamento que envolva o maior número possível de pessoas e é preciso criar debates entre os homens).**
- **Utilizar como canal de comunicação os meios de comunicação de massas utilizados nas comunidades, como a rádio, com debates nas rádios em que as pessoas das comunidades, homens e mulheres, sejam convidadas a contar as suas experiências de vida que deram resultados negativos (morte por parto, fístula obstétrica, nados-vivos com baixo peso que**

precisaram de cuidados especiais), mas também pessoas com experiências positivas (mulher esteve presente em quatro consultas, deu à luz no hospital e teve um parto fácil, mulher que estava com dificuldades no parto e conseguiu resolver o problema na US, mulher que teve uma alimentação equilibrada na gravidez e deu à luz um filho saudável, etc.). Em algumas comunidades alvo, é possível reforçar os debates radiofônicos com atividades interpessoais com os homens.

- **Ter como audiência alvo os homens entre 15-50 anos de idade.**
- **Ter como objetivo SMART: homens; mudança de comportamento no gênero masculino relativamente à saúde sexual reprodutiva; nutrição na parte do ciclo de vida dos primeiros 1000 dias de vida das crianças; proteção na diminuição dos casamentos prematuros; regiões com maiores índices de malnutrição infantil, partos feitos em casa, casamentos prematuros e menores índices de uso de contraceção; duração entre 2-4 anos.**
- **Veicular mensagens, tais como:**
  - » O que significam os primeiros 1000 dias de vida de uma criança; as consequências de uma boa alimentação e de uma má alimentação.
  - » Se as mulheres não comerem alimentos protetores, construtores, energéticos e superenergéticos durante a gravidez e a amamentação, o feto e o bebé correm o risco de não se desenvolverem plenamente.
  - » Se as mulheres não forem às consultas pré-natais e não derem à luz no hospital existem riscos de aparecimento de fístulas obstétricas, entre outros.
  - » Se as mulheres fizerem trabalhos pesados durante a gravidez correm risco de aborto.
  - » O planeamento familiar ajuda a manter os filhos vivos.
  - » As adolescentes vão ter mais problemas no parto porque o seu corpo não está preparado para dar à luz.
  - » Casamento prematuro significa casar uma criança que ainda não é capaz de ser uma boa mãe ou uma boa esposa; é melhor casar uma mulher.

- **Utilizar um tom que evidencie os comportamentos atuais de risco e que mostre como estes riscos podem ser ultrapassados através de simples ações, tais como: melhorar a dieta das mulheres, utilizar métodos de planeamento familiar modernos, diminuir a carga de trabalhos pesados na gravidez, fazer com que as mulheres tenham pelo menos quatro consultas pré-natais e que o parto se realize no hospital.**

## **8.1.2 Melhorar os Conhecimentos dos Homens**

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: individual.**
- **Utilizar como canal de comunicação os meios de comunicação de massas utilizados nas comunidades, como a rádio, nas regiões com maiores índices de malnutrição infantil, através de spots radiofónicos.**
- **Ter como audiência alvo os homens entre 15-50 anos de idade.**
- **Ter como objetivo SMART: homens; mudança de comportamento na escolha dos alimentos; regiões com maiores índices de malnutrição infantil; duração entre 1-3 anos.**
- **Veicular mensagens como:**
  - » Benefícios dos alimentos.
  - » Benefícios de uma dieta variada.
  - » O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).
  - » Divisão em grupos dos alimentos.
- **Utilizar um tom de informação que mostre os benefícios de escolhas nutricionais certas**

## **8.1.3 Aumentar a Demanda de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e de Saúde Materno-infantil por Parte das Mulheres**

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: interpessoal e comunitário.**

## 8.CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- **Utilizar como canal de comunicação o comunitário, realizando sessões de teatro e/ou debates e/ou organizando grupos de dança/música e colocando a possibilidade de ter aconselhamento interpessoal.**
- **Ter como audiência alvo mulheres em idade fértil entre 15-49 anos.**
- **Ter como objetivo SMART: mulheres; mudança de comportamento no género feminino relativo à demanda de serviços de saúde sexual e reprodutiva e de saúde materno-infantil na parte do ciclo de vida dos primeiros 1000 dias de vida das crianças; regiões com maiores índices de malnutrição infantil, partos em casa, casamentos prematuros e menores índices de uso de contraceção; duração entre 2-4 anos.**
- **Veicular mensagens como:**
  - » O planeamento familiar ajuda a manter os filhos vivos.
  - » Se as mulheres não forem às consultas pré-natais e não derem à luz no hospital existem riscos de aparecimento de fístulas obstétricas, entre outros.
  - » Se as mulheres fizerem trabalhos pesados durante a gravidez correm risco de aborto
  - » As adolescentes vão ter mais problemas no parto porque o seu corpo não está preparado para dar à luz.
  - » Casamento prematuro significa que a rapariga ainda não é capaz de ser uma boa mãe ou uma boa esposa: é melhor primeiro aprender e depois casar.
- **Utilizar um tom de comunicação de risco, tendo observado que a demanda de serviços de saúde aumenta quando a gravidez é considerada um evento de risco.**

## 8.2 POBREZA

**A pobreza**, nas comunidades rurais, coloca sérias barreiras à possibilidade de as pessoas terem uma dieta variada ao longo de todo o ano, porque as comunidades cultivam pouca variedade de frutas e vegetais, e porque não há sistemas de conservação dos alimentos e porque os animais são abatidos somente em ocasiões especiais, ou são vendidos. A comunicação, neste âmbito, não pode fazer muito, no sentido em que não pode mudar o *status* socioeconómico das famílias, mas pode fazer com que a percepção dos alimentos mude e, conseqüentemente, que a demanda de alimentos mude. Verificou-se que existem alimentos mais e menos desejados. Influenciando as pessoas a desejar determinados alimentos é possível influenciar a sua demanda. Contudo, para aumentar o impacto, seria aconselhável que as atividades de comunicação fossem acompanhadas de projetos hídricos e agropecuários na área da segurança alimentar. Nas comunidades urbanas, onde já há variedade de alimentos, é provável que a comunicação possa ter impacto sem ser necessariamente acompanhada de projetos de melhoramento da renda. Em ambos os casos, há que ter em consideração as recomendações que se seguem.

### 8.2.1 Aumentar a desejabilidade dos alimentos

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: comunitário.**
- **Utilizar como canal de comunicação os meios de comunicação de massa utilizados nas comunidades, como a rádio, nas regiões com maiores índices de malnutrição infantil, com *spots* radiofónicos.**
- **Ter como audiência alvo a população em geral: homens e mulheres com idades compreendidas entre 15-50 anos.**
- **Ter como objetivo SMART: toda a população adulta; mudança de comportamento na escolha dos alimentos; regiões com maiores índices de malnutrição infantil; duração entre 1-3 anos.**
- **Veicular mensagens sobre:**
- **Benefícios dos alimentos.**
- **Benefícios de uma dieta variada.**
- **O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).**

- Ser guineense significa comer tudo o que «é da terra» (não somente arroz).
- Utilizar um tom de tipo *marketing social*.

### 8.3 IDEIAS SOBRE O QUE A CRIANÇA DEVE COMER ENTRE OS 6-23 MESES

Outro fator que tem consequências nos 1000 dias de vida da criança é constituído pelo conjunto de ideias sobre o que a criança deve comer na fase que vai desde os seis meses até completar a dentição ou até os 2 anos de vida. Estas ideias fazem com que a dieta da criança seja muito pobre, principalmente constituída por alimentos energéticos, escassos alimentos protetores e quase nenhum alimento construtor, no momento em que a criança mais precisa de uma dieta variada. Por esta razão, deve-se ter em consideração as recomendações que em seguida se apresentam.

#### 8.3.1 Melhorar a Alimentação Complementar

- Nível de intervenção no modelo socioecológico: individual e interpessoal.
- Utilizar como canal de comunicação o interpessoal, realizando atividades práticas para mostrar como se preparam alimentos adequados na fase da alimentação complementar com os produtos disponíveis na comunidade, como dar de comer a um bebé e como preparar refeições nutritivas para os restantes membros da família.
- Ter como audiência alvo mulheres grávidas, mulheres que estão a amamentar ou que têm filhos entre os 6 e os 23 meses.
- Ter como objetivo SMART: mulheres; mudança de comportamento no que diz respeito à alimentação complementar; regiões com maiores índices de malnutrição infantil; duração entre 1-3 anos.
- Veicular mensagens sobre:
  - » Benefícios dos alimentos.

- » Benefícios de uma dieta variada.
  - » O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).
  - » Divisão dos alimentos em grupos.
  - » Como preparar os alimentos para crianças entre 6-23 meses.
  - » Com que alimentos se deve iniciar a alimentação complementar e como proceder na introdução dos outros.
- **Utilizar um tom positivo, mostrando o muito que é possível alcançar com pequenas mudanças.**

### 8.3.2 Influenciar os Detentores do Saber Local

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: interpessoal e comunitário.**
- **Utilizar como canais de comunicação:**
  - » O interpessoal, realizando atividades de formação (para adquirir conhecimentos e para adquirir conhecimentos sobre como influenciar as pessoas) e debates.
  - » Os meios de comunicação de massas como a rádio, contando histórias que inspirem mudanças de comportamento nos detentores do saber local, que devem transmitir conhecimentos que melhorem a saúde da comunidade.
- **Ter como audiência alvo terapeutas tradicionais, parteiras tradicionais, líderes religiosos, líderes comunitários.**
- **Ter como objetivo SMART: terapeutas tradicionais, parteiras tradicionais, líderes religiosos, líderes comunitários; mudança de comportamento na alimentação complementar; regiões com maiores índices de malnutrição infantil; duração entre 2-4 anos.**

- **Veicular a mensagens sobre:**
  - » Benefícios do aleitamento exclusivo.
  - » Benefícios dos alimentos.
  - » Benefícios de uma dieta variada.
  - » O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).
  - » Divisão dos alimentos em grupos.
  - » Como preparar os alimentos para crianças entre 6-23 meses.
  - » Com que alimentos se deve iniciar a alimentação complementar e como proceder na introdução dos outros.
- **Utilizar um tom positivo, mostrando o muito que é possível alcançar com pequenas mudanças.**

### 8.4 RELAÇÃO COM AS ESTRUTURAS SANITÁRIAS E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O último fator que influencia a atual situação é a **relação com as estruturas sanitárias e os agentes comunitários de saúde**. No que diz respeito aos agentes de saúde comunitária, estes têm, atualmente, pouca influência na comunidade. Devia-se, portanto, reforçar estas figuras, seja dando-lhes formação, seja dando-lhes mais recursos materiais, pois poderiam ter um grande impacto nas comunidades, especialmente nas comunidades remotas rurais. A comunicação pode intervir na formação dos ASC e reforçar os recursos materiais, como os incentivos e o transporte, sendo essencial para ter um maior impacto. Os profissionais de saúde dão conselhos e indicações sem os adequar à realidade das comunidades onde trabalham. Os profissionais de saúde das áreas rurais conhecem bem o contexto em redor da estrutura sanitária, porque realizam atividades de estratégias móveis ou avançadas, mas os das unidades urbanas que foram consultados mostraram ter um escasso conhecimento das condições de vida da população. Além disso, a população é frequentemente maltratada do ponto de vista verbal e assume uma atitude submissa perante o

peçoal sanitário, seja pelo respeito que tem pelo peçoal de saúde, devido ao seu nível socioeconómico superior, seja pelo tipo de tratamento recebido. Nesta situação incluem-se as mudanças frequentes no pagamento dos serviços, o que faz com que os utentes não saibam se devem pagar pelos serviços e por quais especificamente, e o eventual aproveitamento de alguns profissionais de saúde para cobrar serviços que deveriam ser gratuitos.

### 8.4.1 Formar os ASC e Fornecer Material de Comunicação

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: individual e interpessoal.**
- **Utilizar como canais de comunicação:**
- **Material informativo impresso (para as formações, mas também para uso na comunidade, qual álbum seriado).**
- **Formações.**
- **Ter como audiência alvo agentes comunitários de saúde.**
- **Ter como objetivo SMART: ASC, mudança de comportamento relativamente à nutrição; acesso aos cuidados de saúde nos primeiros 1000 dias de vida da criança; diminuição dos casamentos prematuros; regiões com maiores índices de malnutrição infantil; duração entre 2-4 anos.**
- **Veicular mensagens sobre:**
  - » Como reconhecer sinais e sintomas de malnutrição aguda e grave.
  - » Benefícios do aleitamento exclusivo.
  - » Benefícios dos alimentos.
  - » Benefícios de uma dieta variada.
  - » O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).
  - » Divisão dos alimentos em grupos.

- » Como preparar os alimentos para crianças entre 6-23 meses.
  - » Com que alimentos se deve iniciar a alimentação complementar e como proceder na introdução dos outros.
  - » Ser guineense significa comer tudo o que «*é da terra*» (não somente arroz).
  - » O planeamento familiar ajuda a manter os filhos vivos.
  - » Se as mulheres não forem às consultas pré-natais e não derem à luz no hospital existem riscos de aparecimento de fístulas obstétricas, entre outros.
  - » Se as mulheres fizerem trabalhos pesados durante a gravidez correm risco de aborto.
  - » As adolescentes vão ter mais problemas no parto porque o seu corpo não está preparado para dar à luz.
  - » Casamento prematuro significa que a rapariga ainda não é capaz de ser uma boa mãe ou uma boa esposa: é melhor primeiro aprender e depois casar.
  - » Como transmitir os conhecimentos à população dando soluções viáveis a seus problemas.
- **Utilizar um tom positivo, mostrando o quanto é possível alcançar com pequenas mudanças.**

### **8.4.2 Melhorar a Formação do Pessoal Sanitário no Âmbito da Nutrição (conhecimentos e ter capacidade de adaptar os conhecimentos à situação real)**

- **Nível de intervenção no modelo socioecológico: individual e comunitário (categoria profissional).**
- **Utilizar como canais de comunicação:**
  - » Material informativo impresso.
  - » Meios de comunicação de massas: na rádio, em debates radiofónicos, contar histórias de pessoas

que foram maltratadas e histórias de pessoas que foram bem tratadas pelo pessoal de saúde e mostrar as consequências destas atitudes nas suas vidas, de forma a criar um debate entre os profissionais de saúde e inspirar a mudança de comportamentos.

- **Ter como audiência alvo técnicos de saúde.**
- **Ter como objetivo SMART: pessoal sanitário, mudança de comportamento no atendimento do paciente nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, neonatologia, puericultura e pediatria; regiões com maiores índices de malnutrição infantil, partos em casa, casamentos prematuros e menores índices de uso de contraceção; duração entre 2-4 anos.**
- **Veicular as mensagens sobre:**
  - » Como reconhecer sinais e sintomas de malnutrição aguda e grave.
  - » Benefícios do aleitamento exclusivo.
  - » Benefícios dos alimentos.
  - » Benefícios de uma dieta variada.
  - » O que significa/como ter uma dieta variada (por exemplo, ter um prato com muitas cores).
  - » Divisão dos alimentos em grupos.
  - » Como preparar os alimentos para crianças entre 6-23 meses.
  - » Com que alimentos se deve iniciar a alimentação complementar e como proceder na introdução dos outros.
  - » Como transmitir os conhecimentos à população dando soluções viáveis para os seus problemas.
  - » Como atender os pacientes.
- **Utilizar um tom positivo, mostrando o muito que é possível alcançar com pequenas mudanças.**

### **8.4.3 Criar Mecanismos de Tutela dos Pacientes**

Atualmente os pacientes não têm forma de expor as suas queixas de um modo confidencial e de maneira que possa haver uma intervenção institucional na resolução dos seus problemas. A instituição de comités de saúde ou comités de cogestão, utilizando o modelo moçambicano, pode favorecer os resultados quanto à participação, mobilização comunitária e tutela dos utentes. Os comités podem também ajudar na revitalização dos ASC (WHO, 2010) (MISAU, 2011).



A woman wearing a colorful striped headwrap and a patterned dress is cooking over a large, three-legged metal pot. The pot sits on a stone stove. A purple plate is placed on the stove above the pot. The background shows a rustic building with a wooden lattice fence. The entire image is overlaid with a semi-transparent orange and yellow gradient.

# BIBLIOGRAFIA

9



Fundo Monetário Internacional, 2017. *Guiné-Bissau, Documentos sobre Temas Relacionados, Relatório FMI n.º 17/381, s.l.: FMI.*

INE, 2011. *Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP2), Resultados Definitivos, s.l.: s.n.*

Ministério da Economia e Finanças, 2014. *Guiné-Bissau – Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014, s.l.: Ministério da Economia e Finanças, Direcção-Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE).*

MINSAP, 2007. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 II, Bissau: MINSAP.*

MINSAP, 2014. *Planos Estratégicos de Nutrição 2016-2020, s.l.: s.n.*

MINSAP, 2014. *Planos Estratégicos de Nutrição 2016-2020, Bissau: s.n.*

MISAU, 2011. *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector da Saúde, Maputo: MISAU.*

PAM, 2017. *Enquête de suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition en Guinée Bissau. Données collectées du 10 au 26 Octobre 2017, Guiné-Bissau: s.n.*

PAM, 2017. *Nutrition Policy, Roma: PAM.*

PAM, 2017. *Unlocking WFP's Potential: Guidance for Nutrition-Sensitive Programming, Roma: PAM.*

PAM, 2019. *Social and Behaviour Change Communication (SBCC) Guidance Manual for WFP Nutrition, Roma: PAM.*

República da Guiné-Bissau, 2015. *Guiné-Bissau 2025, Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 «Terra Ranka», Documento II: Relatório Final, s.l.: s.n.*

UNDP, 2018. *UNDP. [Online]*

Disponível em: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_human\\_development\\_statistical\\_update.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf)

[Consultado a 25. 09.2018].

UNICEF e Ministério da Saúde Pública, 2012. *Estado Nutricional das Crianças Menores de 5 Anos e Mulheres em Idade Reprodutiva (15 a 49 anos) – SEGUNDO INQUÉRITO NACIONAL SMART, Guiné-Bissau: s.n.*

UNICEF, 2010. *A Review of Equity and Child Rights in Guinea Bissau, s.l.: UNICEF.*

UNICEF, 2013. *Ending Child Marriage, Progress and Prospects, s.l.: s.n.*

UNICEF, 2017. *Early Moments Matter for Every Child, s.l.: s.n.*

UNICEF, 2017. *Relatório Final do Inquérito para Avaliação dos Componentes do Projeto de Saúde Comunitária Implementados pela Unicef, s.l.: UNICEF.*

WHO, 1995. *Nutrition Landscape Information System (NLIS). [Online]*

Disponível em: <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=391&lang=EN>

[Consultado a 23.07.2018].

WHO, 2009. *Global Health Observatory Data Repository. [Online]*

Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HSHRH?lang=en>  
[Consultado a 28.12.2017].

WHO, 2010. *African Health Observatory*. [Online]  
Disponível em: [http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/index.php/Mozambique:Analytical\\_summary\\_-\\_Community\\_ownership\\_and\\_participation/pt](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Analytical_summary_-_Community_ownership_and_participation/pt)  
[Consultado a 09.08.2019].

WHO, 2017. *Children: Reducing Mortality*. [Online]  
Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>  
[Consultado a 23.07.2018].

WHO, 2017. *Guinea Bissau Country Data*. [Online]  
Disponível em: <http://www.who.int/countries/gnb/en/>  
[Consultado a 28.12.2017].

WHO, 2018. *Data Available in WHO Country Office*, Bissau: s.n.

World Bank, 2018. *World Bank*. [Online]  
Disponível em: <https://data.worldbank.org/country/guinea-bissau?locale=pt>  
[Consultado a 25.09.2018].





# ANEXOS

10



## 10.1 ANEXO 1



### GUIÕES DE TÓPICOS PARA RECOLHA DE DADOS

#### 1. Introdução

Aqui são incluídos os guiões de tópicos para cada atividade com o texto do consentimento informado. As questões devem ser vistas como um lembrete para o investigador, que deverá abordar os tópicos indicados, porém os tópicos podem ser apresentados por uma ordem diferente da recomendada, e caso os participantes mencionem assuntos novos, podem ser tratados tópicos que não foram previstos, mas que estão dentro do objetivo do estudo. Antes de se iniciar as atividades de recolha de dados será lido um texto para obter o consentimento informado dos participantes.

A recolha de dados é organizada a partir de três diferentes atividades:

- 1. Laboratórios culinários;**
- 2. Grupos focais;**
- 3. Entrevistas em profundidade.**

A melhor maneira de iniciar uma conversa sobre culinária, alimentação e nutrição é preparando uma refeição. Por esse motivo, os laboratórios culinários serão organizados nas comunidades selecionadas. Um laboratório culinário começa com a seleção e preparação dos ingredientes e termina com o consumo da refeição. O pesquisador observará o processo e participará nele enquanto faz perguntas aos participantes sobre os alimentos que geralmente consomem, a hora do dia em que comem, quem os está a preparar e como é que a comida é servida e consumida. Esta será uma atividade importante para fornecer uma análise exaustiva da situação nutricional. A duração prevista é de aproximadamente quatro horas, mais o tempo para o consumo da refeição.

Após cada laboratório culinário, um grupo focal será realizado com os mesmos participantes após o consumo da refeição (n1, 2, 3), ou com pessoas que não prepararam a refeição, mas para quem a comida foi preparada (n3, 4). Os GFs tentam compreender como é que as percepções e os significados são construídos dentro do grupo. Usados neste estudo, serão particularmente importantes para entender como é que as pessoas se influenciam umas às outras, o que é fundamental para o planeamento das atividades de Comunicação para a Mudança de Comportamento Social. Os grupos focais terão uma duração máxima

de uma hora. Os laboratórios culinários e os grupos focais serão organizados de acordo com a seguinte estrutura:

N	Laboratórios culinários	Participantes	Objetivos dos laboratórios culinários	Participantes dos grupos focais a seguir aos laboratórios culinários	Objetivos dos grupos focais
1	Preparar a refeição para uma cerimónia.	Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos, e podem incluir desvíos positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente.	A comida confeccionada para uma cerimónia é geralmente diferente da comida confeccionada diariamente. Ao prepará-la, será possível destacar as diferenças entre alimentos normais e especiais, e falar sobre alimentos que são tabu.	Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos, e podem incluir desvíos positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente.	Conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.
2	Preparar a refeição para todos os dias (com foco especial nas crianças de 0-6 meses e de 7-23 meses).	Mães e encarregadas (mulheres) de crianças menores de 5 anos preferivelmente com comportamento positivo.	Será possível observar com mais profundidade como a comida do dia a dia é preparada, quanto tempo demora a cozinhar e o que contém.	Mães e cuidadoras de crianças menores de 5 anos, de preferência com casos positivos.	Conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.
3	Preparar a refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar.	Mulheres grávidas escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como frequentar consultas pré-natais e/ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade.	Será possível entender se existem tabus alimentares para mulheres grávidas, o que elas costumam comer durante a gravidez e que atividades normalmente realizam durante a gravidez.	Gestantes escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como frequentar consultas pré-natais e/ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade.	Conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de gestantes, lactentes e mães.
4	Preparar a refeição para homens.	Mães e encarregados de crianças menores de 5 anos.	Será possível entender se existem alimentos que são reservados apenas para os homens e se isso requer um procedimento diferente.	Pais ou encarregados de crianças menores de 5 anos.	Conhecimentos, atitudes, práticas, motivação de pais ou cuidadores masculinos de crianças menores de 5 anos em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.

N	Laboratórios culinários	Participantes	Objetivos dos laboratórios culinários	Participantes dos grupos focais a seguir aos laboratórios culinários	Objetivos dos grupos focais
5	Preparar a refeição para pessoas influentes na comunidade.	Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos.	Será possível entender se existem cuidados/práticas especiais e/ou alimentos e compará-los com a preparação de outras refeições.	Pessoas influentes na comunidade (enfermeiras, líderes tradicionais,, líderes religiosos, curandeiros tradicionais ou qualquer outro indivíduo importante que se candidate à comunidade).	Conhecimentos, atitudes, práticas, motivação de pessoas influentes na comunidade em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.

Nos laboratórios culinários pretende-se ao mesmo tempo observar como a comida é preparada, que tipo de atividade social se desenvolve ao longo da preparação da refeição, assim como desenvolver conversas em redor da atividade culinária ligadas à escolha de alimentos, preparação de refeições, alimentação quotidiana. Por serem laboratórios, onde o foco principal é no fazer e o falar é uma consequência, espera-se uma conversa muito menos estruturada do que nos grupos focais, onde o foco principal é a conversa e o debate. Por esta razão, as conversas entabuladas nos laboratórios culinários não serão gravadas, enquanto as dos grupos focais sim. Os pesquisadores tomarão notas durante os laboratórios culinários. Aspectos emergidos durante os laboratórios culinários poderão ser aprofundados nos grupos focais e/ou nas entrevistas em profundidade.

Antes de se iniciar as atividades dos laboratórios culinários e dos grupos focais será lido um texto para obter consentimento informado dos participantes. Aqui são reportados os guiões de tópicos por cada atividade com o texto do consentimento informado. As questões devem ser vistas como um lembrete para o investigador que deverá abordar os tópicos indicados, porém os tópicos podem ser apresentados por uma ordem diferente da recomendada, e caso os participantes mencionem assuntos novos, podem ser tratados tópicos que não foram previstos, mas que estão dentro do objetivo do estudo.

Serão organizadas 7 entrevistas em profundidade para cada comunidade, com a duração máxima de uma hora cada, num total de 28 entrevistas com os seguintes participantes:

- **Mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos (caso positivo).**
- **Mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos (caso não positivo).**

- **Mulher grávida ou que esteja a amamentar um bebé com menos de 6 meses (caso positivo).**
- **Mulher grávida ou mulher que esteja a amamentar uma criança com menos de 6 meses (caso não positivo).**
- **Pessoa influente na comunidade.**
- **Agente comunitário de saúde.**
- **Equipa de saúde.**

#### **a. Indicações para o entrevistador**

O entrevistador deverá deixar o/os a/as entrevistados/as o mais confortável/veis possível, escolhendo com eles o lugar da entrevista. As questões deverão ser postas de forma aberta e dando ao entrevistado o tempo de pensar antes de responder. Caso o entrevistado não entenda a pergunta, o entrevistador poderá formulá-la de forma diferente. O entrevistador poderá incluir novas questões durante a atividade se surgirem temas relevantes e importantes, ou evitar fazer certas perguntas se o entrevistado já abordou algum tópico ao longo da conversa. Sempre e onde possível, o investigador deverá procurar lembrar as questões sobre o âmbito do estudo: mulheres grávidas e mulheres que estejam a amamentar, bebés menores de 6 meses e crianças menores de 5 anos.



## GUIÃO DE TÓPICOS PARA LABORATÓRIOS CULINÁRIOS E GRUPOS FOCAIS

### 2. GUIÃO DE TÓPICOS N: LC1

**Título do laboratório culinário:**

Preparar a refeição para uma cerimónia.

---

**Participantes:**

Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos, e podem incluir desvios positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente.

---

**Objetivos:**

Destacar as diferenças entre alimentos normais e especiais e falar sobre alimentos tabu.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um laboratório culinário, ou seja, vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa gastronomia e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar-vos o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

---

### Questões:

3. Porque escolheram estes alimentos?  
(Pode-se falar de gosto, valor social, custo, outro.)
4. Qual é a melhor forma de higienizá-los?
5. Porque estão a cozinhar os alimentos nesta ordem?
6. Há algum alimento que não seria possível cozinhar para uma cerimónia?
  - a. Porquê?
7. No dia a dia consomem os mesmos alimentos que estão a ser cozinhados hoje?
  - a. Se não porquê?
  - b. Se sim, porquê?
  - c. Se sim, os alimentos são cozinhados de forma diferente para o dia a dia e para uma cerimónia?
  - d. Porquê? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, outro.)
8. Qual é a melhor forma de servir esta comida?
9. No caso de sobrar comida numa cerimónia, o que lhe fazem?

## 10. GUIÃO DE TÓPICOS N: GF1/LC1

### **Título do grupo focal:**

Preparar a refeição para uma cerimónia.

---

### **Participantes:**

Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos, e podem incluir desvios positivos, bem como pessoas que se comportam normalmente.

---

### **Objetivos:**

Explorar conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de cinco anos.

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam-se em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um grupo focal, ou seja, um momento em que vamos falar de aspetos ligados à alimentação e à saúde. A atividade vai ter uma duração

de aproximadamente uma hora. Como precisamos de lembrar o que foi falado, se concordarem vamos gravar a conversa de hoje. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar-vos o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

Vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

---

### Estrutura dos grupos focais

## I. Atividade: CONTAR FEIJÕES

### Objetivo da atividade

Esta técnica permite avaliar rapidamente a opinião geral do grupo sobre um determinado assunto, avaliando ao mesmo tempo a variação da importância das várias respostas. Sendo muito simples e visual, fornece uma base para futura discussão do grupo. Além disso, como cada respondente pode dar a sua opinião pessoal num ambiente público, mas sem se expor demasiado, representa uma boa técnica para entender a relação entre respostas pessoais e públicas.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens e pergunta aos participantes qual/quais é/são mais importante/s para eles no que diz respeito a ter uma alimentação equilibrada. Cada participante tem o mesmo número de feijões. O facilitador pede aos participantes para porem feijões em cima das imagens segundo a importância que lhes dão. No final contam-se os feijões colocados em cima de cada imagem e as respostas serão discutidas em grupo.

Material necessário: imagens e feijões secos.

Tempo necessário: 20 minutos (5 para a atividade e 15 para a discussão).

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa comer bem?  
(Explorar a diferença entre comer muito e comer alimentos nutritivos.)

**Exemplos de questões a colocar após a discussão**

- 2.** Quando ingerem uma refeição numa cerimónia consideram que se alimentam bem?
  - a. Se sim, porquê?
  - b. Se não, porquê?
  
- 3.** Na vossa opinião, os alimentos que cozinharam hoje ajudam as crianças menores de 5 anos a desenvolver-se bem?
  - a. Porquê?
  
- 4.** As crianças menores de 5 anos costumam ingerir estes alimentos?
  - a. Se sim, porquê?
  - b. Quando?
  - c. Se não, porquê?
  
- 5.** Se as crianças não ingerem os alimentos que cozinhámos hoje, o que lhes poderá acontecer?
  
- 6.** Se as crianças consumissem sempre os alimentos que cozinhámos hoje, o que lhes aconteceria?

## II. Atividade: DESCRIÇÃO DE UM DIA COMUM

### Objetivo da atividade

Conhecer o dia a dia das participantes no âmbito alimentar e nutricional: onde obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los, quantas vezes por dia comem, que quantidades e em que momento do dia o fazem, se existem hierarquias na alimentação (familiares que comem primeiro) e se as pessoas comem do mesmo prato ou não.

Como, o quê e quando as crianças menores de 5 anos costumam comer; como, o quê e quando os bebês menores de 6 meses costumam comer.

Esta técnica permite explorar as diferenças entre famílias e procurar a razão de tais diferenças.

### Descrição

Junto com as participantes vai ser descrito um dia comum na vida das pessoas conferindo particular atenção ao aspeto da alimentação. Ao longo da reconstrução do dia, os investigadores farão perguntas para avaliar eventuais diferenças ou similaridades entre agregados familiares.

Material necessário: nenhum.

Tempo necessário: 20 minutos.

### III. Atividade: ELENCO DE ALIMENTOS

#### Objetivo da atividade

Conhecer os alimentos normalmente consumidos, por quem e com que frequência, e quais os tabus existentes nos núcleos familiares. Promover um debate sobre alimentação equilibrada.

#### Descrição

Pedir aos participantes para elencarem os alimentos consumidos, os quais serão organizados pelos pesquisadores por categorias (hidratos de carbono, proteínas, vegetais, fruta, gorduras, açúcar, álcool) e por grupos (mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, bebés de 0 a 6 meses, crianças menores de 5 anos). Os investigadores escreverão num *flip chart* os alimentos elencados e subsequentemente ajudarão o grupo a refletir sobre a variedade da dieta. A reflexão deverá ser feita por cada grupo. Em seguida os pesquisadores perguntarão aos participantes com que frequência os consomem e organizarão esta informação noutra *flip chart*, ajudando assim o grupo a debater sobre a variedade da dieta semanal e as suas possíveis consequências. No final, os pesquisadores perguntarão às pessoas quais, na sua opinião, são os alimentos com maior valor nutricional e de que tipo, e farão algumas perguntas específicas.

Material necessário: *flip chart* e marcadores.

Tempo necessário: 20 minutos.

#### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Quais são os alimentos que vocês consomem?
2. Além de frango, consomem outro tipo de carne?
  - a. Qual? (Fazer a mesma pergunta para vegetais, fruta, etc.)
3. Que tipo de feijão consomem?
4. Há algum alimento que nunca podem consumir?
5. Tendo em consideração todos os grupos, quais são os alimentos que consomem com mais frequência?
6. Acham que estes alimentos são bons para a vossa saúde?
7. Acham que estes alimentos são bons para a saúde das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?

- 8.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde dos bebés com menos de 6 meses de idade?
- 9.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde das crianças menores de 5 anos?
- 10.** Com que frequência os ingerem? (Fazer perguntas sobre os alimentos precedentemente indicados.)
- 11.** Acham que semanalmente a vossa dieta inclui um pouco de tudo, ou mais alimentos de um grupo específico?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 12.** Julgam que a vossa alimentação é saudável?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
  - Porquê?
- 13.** O que poderia ser feito para melhorar a vossa alimentação?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 14.** Vamos analisar alguns alimentos em particular. Sabem dizer-me se fazem bem à saúde ou não?
- Porquê? (Lista de possíveis alimentos a constar das perguntas)

<input checked="" type="checkbox"/> Papaia	<input checked="" type="checkbox"/> Abóbora	<input checked="" type="checkbox"/> Frango	<input checked="" type="checkbox"/> Milho verde (cachupa)
<input checked="" type="checkbox"/> Laranja	<input checked="" type="checkbox"/> Batata doce de polpa alaranjada	<input checked="" type="checkbox"/> Ovo	<input checked="" type="checkbox"/> Sal
<input checked="" type="checkbox"/> Manga	<input checked="" type="checkbox"/> Couve ou outro vegetal com folha verde-escura	<input checked="" type="checkbox"/> Leite de vaca fresco	<input checked="" type="checkbox"/> Sal iodado
<input checked="" type="checkbox"/> Banana	<input checked="" type="checkbox"/> Mancara (amendoim)	<input checked="" type="checkbox"/> Arroz de tabanca (arroz integral)	<input checked="" type="checkbox"/> Açúcar
<input checked="" type="checkbox"/> Calabaceira	<input checked="" type="checkbox"/> Peixe	<input checked="" type="checkbox"/> Arroz branco	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool (Fazer perguntas sobre as bebidas alcoólicas presentes na comunidade)
<input checked="" type="checkbox"/> Veludo	<input checked="" type="checkbox"/> Carne	<input checked="" type="checkbox"/> Milho	
<input checked="" type="checkbox"/> Cenoura			

## IV. OBSERVAR AS FOTOGRAFIAS

### Objetivo da atividade

Utilizar um apoio visual útil para introduzir o tópico da malnutrição. Com este exercício pretende-se entender se as/os participantes sabem reconhecer os sintomas da malnutrição aguda e crónica e qual a sua relação com o sistema de saúde.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens que retratam os sinais clínicos de desnutrição e obesidade. Em seguida pergunta aos participantes, indicando os sinais à vez, o que é que estes representam e se neste caso a criança deveria ser levada ao hospital e porquê. Finalmente os investigadores tentarão perceber qual o tipo de relação existente com o sistema de saúde, ou seja, se as crianças são levadas regularmente às consultas ou se são levadas somente quando se deteta algum risco.

Material necessário: imagens.

Tempo necessário: 20 minutos.

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é baixinha?
2. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é gordinha?
3. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança tem cabelo amarelado e fraco?
4. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é magrinha?
5. Em que caso uma criança deve ir ao centro de saúde?
6. Quando vão ao centro de saúde, como costumam ser atendidos? (Qualidade da cura interpessoal e qualidade da cura clínica.)
7. Conseguem ir ao hospital sempre que querem?
  - a. Se sim, como conseguem fazê-lo?
  - b. Se não, porquê?
8. No centro de saúde, no hospital, ou noutro sítio participaram em alguma palestra/curso sobre alimentação?
  - a. O que aprenderam?

## 11. GUIÃO DE TÓPICOS N: LC2

**Título do laboratório culinário:**

Preparar a refeição para todos os dias.

---

**Participantes:**

Mães e encarregadas (mulheres) de crianças menores de 5 anos preferivelmente com comportamento positivo.

---

**Objetivos:**

Observar com profundidade como a comida do dia a dia é preparada, quanto tempo demora a cozinhar, o que contém.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não desejarem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para falarem com frases breves, caso se expressem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um laboratório culinário, ou seja, vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação dos alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e,

caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar-vos o número de telefone da investigadora principal caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

---

### Questões

1. Porque escolheram estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
2. Qual é a melhor forma de higienizá-los?
3. Porque estão a cozinhar os alimentos nesta ordem?
4. Há algum alimento que não seria possível cozinhar no dia a dia para a sua família?
  - a. Porquê?
5. No dia a dia consomem os mesmos alimentos que estão a ser cozinhados hoje?
  - a. Se não, porquê?
  - b. Se sim, porquê?
6. Quais são os alimentos mais frequentemente cozinhados na sua casa?
  - a. Porquê?
7. Quais são os alimentos de que os seus familiares gostam mais?
  - a. E dos que gostam menos?
8. Na sua família, todos ingerem a mesma comida ou há comida diferente?
  - a. Quem é que ingere uma comida diferente e porquê?
9. O que come/comem o/os seu/seus filho/filhos menor/menores de 5 anos?
10. Na sua família, as pessoas comem à mesma hora ou num horário diferente?
11. Em que horário costumam tomar as refeições?

- 12.** Estes alimentos costumam ser servidos em que horário?
- 13.** Qual é a melhor forma de servir estes alimentos? (Frios, quentes, comer do mesmo prato ou de pratos diferentes, comer à mão ou com talheres, acompanhar com pão ou não.)
- 14.** Caso sobre comida na sua casa, o que lhe fazem?

## 12. GUIÃO DE TÓPICOS N: GF2/LC2

### **Título do grupo focal:**

Preparar a refeição para todos os dias.

---

### **Participantes:**

Mães e cuidadoras de crianças menores de 5 anos, de preferência com casos positivos.

---

### **Objetivos:**

Explorar conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um grupo focal, ou seja, um momento em que vamos falar de aspetos ligados à alimentação e à saúde. A atividade vai ter uma duração de aproximadamente uma hora. Como precisamos de relembrar o que foi falado, se concordarem vamos gravar a conversa de hoje. Caso tenham dúvidas ou

questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar o número da investigadora principal caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

Vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação dos alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

---

### Estrutura dos grupos focais

#### I. Atividade: CONTAR FEIJÕES

##### Objetivo da atividade

Esta técnica permite avaliar rapidamente a opinião geral do grupo sobre um determinado assunto, avaliando ao mesmo tempo a variação da importância das várias respostas. Sendo muito simples e visual, fornece uma base para futura discussão do grupo. Além disso, como cada respondente pode dar a sua opinião pessoal num ambiente público, mas sem se expor demasiado, representa uma boa técnica para entender a relação entre respostas pessoais e públicas.

##### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens e pergunta aos participantes qual/quais é/são mais importantes para eles no que diz respeito a comer bem. Cada participante tem o mesmo número de feijões. O facilitador pede aos participantes para porem feijões em cima das imagens segundo a importância que lhes dão. No final contam-se os feijões colocados em cima de cada imagem e as respostas serão discutidas em grupo. Material necessário: imagens e feijão seco.

Tempo necessário: 20 minutos (5 para a atividade e 15 para a discussão).

##### Exemplos de questões a colocar após a discussão

7. Na vossa opinião, o que significa comer bem?  
(Explorar a diferença entre comer muito e comer alimentos nutritivos.)
8. Quando vocês comem em casa consideram que se alimentam bem?
  - a. Se sim, porquê?
  - b. Se não, porquê?

- 9.** Os alimentos que cozinharam hoje ajudam, na vossa opinião, as crianças menores de 5 anos a desenvolver-se bem?
- a. Porquê?
- 10.** As crianças menores de 5 anos costumam ingerir estes alimentos?
- a. Se sim, porquê?
  - b. Quando?
  - c. Se não, porquê?
- 11.** Se as crianças não ingerem os alimentos que cozinhámos hoje, o que é que lhes poderá acontecer?
- 12.** Se as crianças consumissem sempre os alimentos que cozinhámos hoje, o que lhes aconteceria?

## II. Atividade: DESCRIÇÃO DE UM DIA COMUM

### Objetivo da atividade

Conhecer o dia a dia das participantes no âmbito alimentar e nutricional: onde obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los, quantas vezes por dia comem, que quantidades e em que momento do dia o fazem, se existem hierarquias na alimentação (familiares que comem primeiro) e se as pessoas comem do mesmo prato ou não.

Como, o quê e quando as crianças menores de 5 anos costumam comer; como, o quê e quando os bebês menores de 6 meses costumam comer. Esta técnica permite explorar as diferenças entre famílias e procurar a razão de tais diferenças.

### Descrição

Junto com as participantes vai ser descrito um dia comum na vida das pessoas conferindo particular atenção ao aspeto da alimentação. Ao longo da reconstrução do dia, os investigadores farão perguntas para avaliar eventuais diferenças ou similaridades entre agregados familiares.

Material necessário: nenhum.

Tempo necessário: 20 minutos.

### III. Atividade: ELENCO DE ALIMENTOS

#### Objetivo da atividade

Conhecer os alimentos normalmente consumidos, por quem e com que frequência, e quais os tabus existentes nos núcleos familiares. Promover um debate sobre alimentação equilibrada.

#### Descrição

Pedir aos participantes para elencarem os alimentos consumidos, os quais serão organizados pelos pesquisadores por categorias (hidratos de carbono, incluindo o açúcar, proteínas, vegetais, fruta, gorduras, álcool) e por grupos (mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, bebés de 0 a 6 meses, crianças menores de 5 anos). Os investigadores escreverão num *flip chart* os alimentos elencados e subseqüentemente ajudarão o grupo a refletir sobre a variedade da dieta. A reflexão deverá ser feita por cada grupo. Em seguida os pesquisadores perguntarão aos participantes com que frequência os consomem e depois organizarão esta informação noutra *flip chart*, ajudando assim o grupo a debater sobre a variedade da dieta semanal e as suas possíveis consequências. No final, os pesquisadores perguntarão às pessoas quais, na sua opinião, são os alimentos com maior valor nutricional e de que tipo, e farão algumas perguntas específicas.

Material necessário: *flip chart* e marcadores.

Tempo necessário: 20 minutos.

#### Exemplos de questões a colocar após a discussão:

1. Quais são os alimentos que vocês consomem?
2. Além de frango, vocês consomem outro tipo de carne?
  - a. Qual? (Fazer a mesma pergunta para vegetais, fruta, etc.)
3. Que tipo de feijão consomem?
4. Há algum alimento que nunca podem consumir?
5. Tendo em consideração todos os grupos, quais são os alimentos que consomem com mais frequência?
6. Acham que estes alimentos são bons para a vossa saúde?
7. Acham que estes alimentos são bons para a saúde das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?

- 8.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde dos bebés com menos de 6 meses?
- 9.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde das crianças menores de 5 anos?
- 10.** Com que frequência os ingerem? (Fazer perguntas sobre os alimentos precedentemente indicados.)
- 11.** Acham que semanalmente a vossa dieta inclui um pouco de tudo, ou mais alimentos de um grupo específico?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 12.** Julgam que a vossa alimentação é saudável?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
  - Porquê?
- 13.** O que poderia ser feito para melhorar a vossa alimentação?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 14.** Vamos analisar alguns alimentos em particular. Sabem dizer-me se fazem bem à saúde ou não?
- Porquê? Lista de possíveis alimentos a constar das perguntas:

- |                                                 |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Papaia      | <input checked="" type="checkbox"/> Batata doce de polpa alaranjada               | <input checked="" type="checkbox"/> Leite de vaca fresco              | <input checked="" type="checkbox"/> Açúcar                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laranja     | <input checked="" type="checkbox"/> Couve ou outro vegetal com folha verde-escura | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz de tabanca (arroz integral) | <input checked="" type="checkbox"/> Mel                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manga       | <input checked="" type="checkbox"/> Mancara (amendoim)                            | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz branco                      | <input checked="" type="checkbox"/> Álcool<br>(Fazer perguntas sobre as bebidas alcoólicas presentes na comunidade) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banana      | <input checked="" type="checkbox"/> Peixe                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho                             |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calabaceira | <input checked="" type="checkbox"/> Carne                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho verde (cachupa)             |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Veludo      | <input checked="" type="checkbox"/> Frango                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Sal                               |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cenoura     | <input checked="" type="checkbox"/> Ovo                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Sal iodado                        |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abóbora     |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                     |

## IV. OBSERVAR AS FOTOGRAFIAS

### Objetivo da atividade

Utilizar um apoio visual útil para introduzir o tópico da malnutrição. Com este exercício pretende-se entender se as/os participantes sabem reconhecer os sintomas da malnutrição aguda e crónica e qual é a sua relação com o sistema de saúde.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens que retratam os sintomas de malnutrição aguda e crónica. Em seguida pergunta aos participantes, indicando os sinais à vez, o que é que estes representam e se neste caso a criança deveria ser levada ao hospital e porquê. Finalmente os investigadores tentarão perceber qual o tipo de relação existente com o sistema de saúde, ou seja, se as crianças são levadas regularmente às consultas ou se são levadas somente quando se deteta algum risco.

Material necessário: imagens.

Tempo necessário: 20 minutos.

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é baixinha?
2. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é gordinha?
3. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança tem cabelo amarelado e fraco?
4. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é magrinha?
5. Em que caso uma criança deve ir ao centro de saúde?
6. Quando vão ao centro de saúde, como costumam ser atendidos?  
(Qualidade da cura interpessoal e qualidade da cura clínica.)
7. Conseguem ir ao hospital sempre que querem?
  - a. Se sim, como conseguem fazê-lo?
  - b. Se não, porquê?
8. No centro de saúde, no hospital, ou noutro sítio participaram em alguma palestra/curso sobre alimentação?
  - a. O que aprenderam?

## 13. Guião de tópicos n: LC3

### **Título do laboratório culinário:**

Preparar a refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar

---

### **Participantes:**

Mulheres grávidas escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como frequentar consultas pré-natais e / ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade

---

### **Objetivos:**

Entender se existem tabus alimentares para mulheres grávidas, o que eles costumam comer durante a gravidez, quais atividades eles normalmente realizam durante a gravidez

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um laboratório culinário, ou seja, vamos cozinhar juntos e falar sobre preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar-vos o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

---

### Questões

15. Porque escolheram estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
16. Qual é a melhor forma de higienizá-los?
17. Porque estão a cozinhar os alimentos nesta ordem?
18. Há algum alimento que somente as mulheres grávidas podem comer?
  - a. Qual?
  - b. Porquê?
19. Há algum alimento que as mulheres grávidas não podem comer?
  - a. Qual?
  - b. Porquê?
20. Há algum alimento que somente as mulheres que amamentam podem comer?
  - a. Qual?
  - b. Porquê?
21. Há algum alimento que as mulheres que amamentam não podem comer?
  - a. Qual?
  - b. Porquê?
22. No dia a dia consomem os mesmos alimentos que estão a ser cozinhados hoje?

- a. Se não, porquê?
- b. Se sim, porquê?

**23.** Quais são os alimentos mais frequentemente cozinhados na sua casa?

- a. Porquê?

**24.** Vocês, enquanto mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, podem ingerir estes alimentos?

**25.** O que come o seu bebé?

**26.** No seu dia a dia, em que horário costuma ingerir estes alimentos?

**27.** Qual é a melhor forma de servir estes alimentos? (Frios, quentes, comer do mesmo prato ou de pratos diferentes, comer à mão ou com talheres, acompanhar com pão ou não.)

**28.** Caso sobrasse na sua casa o tipo de alimentos que cozinhámos hoje, o que lhes faria?

## 14. GUIÃO DE TÓPICOS N: GF3/LC3

### **Título do grupo focal:**

Preparar a refeição para mulheres grávidas e mulheres que estão a amamentar.

---

### **Participantes:**

Gestantes escolhidas entre aquelas que apresentam comportamento positivo, como frequentar consultas pré-natais, e/ou mulheres com crianças menores de 6 meses de idade.

---

### **Objetivos:**

Explorar conhecimentos, atitudes, práticas, motivação das famílias em relação à saúde e nutrição de gestantes, lactentes e mães.

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um grupo focal, ou seja, um momento em que vamos falar de aspetos ligados à alimentação e à saúde. A atividade vai ter uma duração de aproximadamente uma hora. Como precisamos de relembrar o que foi falado, se concordarem vamos gravar a conversa de hoje. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

### Estrutura dos grupos focais

#### I. Atividade: CONTAR FEIJÕES

##### Objetivo da atividade

Esta técnica permite avaliar rapidamente a opinião geral do grupo sobre um determinado assunto, avaliando ao mesmo tempo a variação da importância das várias respostas. Sendo muito simples e visual, fornece uma base para futura discussão do grupo. Além disso, como cada respondente pode dar a sua opinião pessoal num ambiente público, mas sem se expor demasiado, representa uma boa técnica para entender a relação entre respostas pessoais e públicas.

##### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens e pergunta aos participantes qual/quais é/ são mais importante/s para eles no que diz respeito a comer bem. Cada participante tem o mesmo número de feijões. O facilitador pede aos participantes para porem feijões em cima das imagens segundo a importância que lhes dão. No final contam-se os feijões colocados em cima de cada imagem e as respostas serão discutidas em grupo. Material necessário: imagens e feijão seco.

Tempo necessário: 20 minutos (5 para a atividade e 15 para a discussão).

##### Exemplos de questões a colocar após a discussão

13. O que significa para vocês comer bem? (Explorar a diferença entre comer muito e comer alimentos nutritivos.)
14. Quando vocês comem em casa consideram que se alimentam bem?
  - a. Se sim, porquê?

b. Se não, porquê?

**15.** Os alimentos que cozinhamos hoje, na vossa opinião, ajudam as crianças menores de 5 anos a desenvolver-se bem?

a. Porquê?

**16.** As crianças menores de 5 anos costumam ingerir estes alimentos?

a. Se sim, porquê?

b. Quando?

c. Se não, porquê?

**17.** Se as crianças não ingerem os alimentos que cozinhamos hoje, o que é que lhes poderá acontecer?

**18.** Se as crianças consumissem sempre os alimentos que cozinhamos hoje, o que lhes aconteceria?

## II. Atividade: DESCRIÇÃO DE UM DIA COMUM

### Objetivo da atividade

Conhecer o dia a dia das participantes no âmbito alimentar e nutricional: onde obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los, quantas vezes por dia comem, que quantidades e em que momento do dia, se existem hierarquias na alimentação (familiares que comem primeiro) e se as pessoas comem do mesmo prato ou não.

Como, o quê e quando as crianças menores de 5 anos costumam comer; como, o que é quando os bebês menores de 6 meses costumam comer.

Esta técnica permite explorar as diferenças entre famílias e procurar a razão de tais diferenças.

---

### Descrição

Junto com as participantes vai ser descrito um dia comum na vida das pessoas conferindo particular atenção ao aspeto da alimentação. Ao longo da reconstrução do dia, os investigadores farão perguntas para avaliar eventuais diferenças ou similaridades entre agregados familiares.

Material necessário: nenhum.

Tempo necessário: 20 minutos.

### III. Atividade: ELENCO DE ALIMENTOS

#### Objetivo da atividade

Conhecer os alimentos normalmente consumidos, por quem e com que frequência, e quais os tabus existentes nos núcleos familiares. Promover um debate sobre alimentação equilibrada.

#### Descrição

Pedir aos participantes para elencarem os alimentos consumidos, os quais serão organizados pelos pesquisadores por categorias (hidratos de carbono, incluindo açúcar, proteínas, vegetais, fruta, gorduras, álcool) e por grupos (mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, bebés de 0 a 6 meses, crianças menores de 5 anos). Os investigadores escreverão num *flip chart* os alimentos elencados e subsequentemente ajudarão o grupo a refletir sobre a variedade da dieta. A reflexão deverá ser feita por cada grupo. Em seguida, os pesquisadores perguntarão aos participantes com que frequência os consomem e depois organizarão esta informação noutra *flip chart*, ajudando assim o grupo a debater sobre a variedade da dieta semanal e as suas possíveis consequências. No final, os pesquisadores perguntarão às pessoas quais, na sua opinião, são os alimentos com maior valor nutricional e de que tipo, e farão algumas perguntas específicas.

Material necessário: *flip chart* e marcadores.

Tempo necessário: 20 minutos.

#### Exemplos de questões a colocar após a discussão:

1. Quais são os alimentos que vocês consomem?
2. Além de frango, consomem outro tipo de carne?
  - a. Qual? (Fazer a mesma pergunta para vegetais, fruta, etc.)
3. Que tipo de feijão consomem?
4. Há algum alimento que nunca podem consumir?
5. Tendo em consideração todos os grupos, quais são os alimentos que consomem com mais frequência?
6. Acham que estes alimentos são bons para a vossa saúde?
7. Acham que estes alimentos são bons para a saúde das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?

- 8.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde dos bebés com menos de 6 meses?
- 9.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde das crianças menores de 5 anos?
- 10.** Com que frequência os ingerem? (Fazer perguntas sobre os alimentos precedentemente indicados.)
- 11.** Acham que semanalmente a vossa dieta inclui um pouco de tudo, ou mais alimentos de um grupo específico?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 12.** Julgam que a vossa alimentação é saudável?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
  - Porquê?
- 13.** O que poderia ser feito para melhorar a vossa alimentação?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 14.** Vamos analisar alguns alimentos em particular. Sabem dizer-me se fazem bem à saúde ou não?
- Porquê? Lista de possíveis alimentos a constar das perguntas:

- |                                                 |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Papaia      | <input checked="" type="checkbox"/> Abóbora                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Frango                            | <input checked="" type="checkbox"/> Milho verde (cachupa)                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laranja     | <input checked="" type="checkbox"/> Batata doce de polpa alaranjada               | <input checked="" type="checkbox"/> Ovo                               | <input checked="" type="checkbox"/> Sal                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manga       | <input checked="" type="checkbox"/> Couve ou outro vegetal com folha verde-escura | <input checked="" type="checkbox"/> Leite de vaca fresco              | <input checked="" type="checkbox"/> Sal iodado                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banana      | <input checked="" type="checkbox"/> Mancara (amendoim)                            | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz de tabanca (arroz integral) | <input checked="" type="checkbox"/> Açúcar                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calabaceira | <input checked="" type="checkbox"/> Peixe                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz branco                      | <input checked="" type="checkbox"/> Álcool (Fazer perguntas sobre as bebidas alcoólicas presentes na comunidade) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Veludo      | <input checked="" type="checkbox"/> Carne                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho                             |                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cenoura     |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                  |

## IV. OBSERVAR AS FOTOGRAFIAS

### Objetivo da atividade

Utilizar um apoio visual útil para introduzir o tópico da malnutrição. Com este exercício pretende-se entender se as/os participantes sabem reconhecer os sintomas da malnutrição aguda e crónica e qual a sua relação com o sistema de saúde.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens que retratam os sintomas de malnutrição aguda e crónica. Em seguida pergunta aos participantes, indicando os sinais à vez, o que é que estes representam e se neste caso a criança deveria ser levada ao hospital e porquê. Finalmente os investigadores tentarão perceber qual o tipo de relação existente com o sistema de saúde, ou seja, se as crianças são levadas regularmente às consultas ou se são levadas somente quando se deteta algum risco.

Material necessário: imagens.

Tempo necessário: 20 minutos.

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é baixinha?
2. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é gordinha?
3. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança tem cabelo amarelado e fraco?
4. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é magrinha?
5. Em que caso uma criança deve ir ao centro de saúde?
6. Quando vão ao centro de saúde, como costumam ser atendidos?  
(Qualidade da cura interpessoal e qualidade da cura clínica.)
7. Conseguem ir ao hospital sempre que querem?
  - a. Se sim, como conseguem fazê-lo?
  - b. Se não, porquê?
8. No centro de saúde, no hospital, ou noutro sítio participaram em alguma palestra/curso sobre alimentação?
  - a. O que aprenderam?

## 15. GUIÃO DE TÓPICOS N: LC4

**Título do laboratório culinário:**

Preparar a refeição para homens.

---

**Participantes:**

Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos.

---

**Objetivos:**

Entender se existem alimentos que são reservados apenas para os homens e se esse facto requer um procedimento diferente.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um laboratório culinário, ou seja, vamos cozinhar juntos e falar sobre preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório

seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

---

### Questões

1. Porque escolheram estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
2. Qual é a melhor forma de higienizá-los?
3. Porque estão a cozinhar os alimentos nesta ordem?
4. Estes alimentos podem ser consumidos somente pelos homens ou também pelas mulheres?
5. As crianças menores de 5 anos também podem ingeri-los?
6. No dia a dia, os homens consomem os mesmos alimentos que foram cozinhados hoje?
  - a. Se não, porquê?
  - b. Se sim, porquê?
7. Em que horário/ocasiões os homens costumam ingerir estes alimentos?
8. Qual é a melhor forma de servir estes alimentos? (Frios, quentes, comer do mesmo prato ou de pratos diferentes, comer à mão ou com talheres, acompanhar com pão ou não.)
9. Caso sobrasse na sua casa o tipo de alimentos que cozinhámos hoje, o que lhes faria?

## 16. GUIÃO DE TÓPICOS N: GF4/LC4

**Título do grupo focal:**

Preparar a refeição para homens.

---

**Participantes:**

Pais ou encarregados de crianças menores de 5 anos.

---

**Objetivos:**

Explorar conhecimentos, atitudes, práticas, motivação de pais ou cuidadores masculinos de crianças menores de 5 anos em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial de Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um grupo focal, ou seja, um momento em que vamos falar de aspetos ligados à alimentação e à saúde. A atividade vai ter uma duração

de aproximadamente uma hora. Como precisamos de relembrar o que foi falado, se concordarem vamos gravar a conversa de hoje. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar o número de telefone da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós.

Vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

---

### Estrutura dos grupos focais

#### I. Atividade: CONTAR FEIJÕES

##### Objetivo da atividade

Esta técnica permite avaliar rapidamente a opinião geral do grupo sobre um determinado assunto, avaliando ao mesmo tempo a variação da importância das várias respostas. Sendo muito simples e visual, fornece uma base para futura discussão do grupo. Além disso, como cada respondente pode dar a sua opinião pessoal num ambiente público, mas sem se expor demasiado, representa uma boa técnica para entender a relação entre respostas pessoais e públicas.

---

##### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens e pergunta aos participantes qual/quaisé/são mais importante/s para eles no que diz respeito a comer bem. Cada participante tem o mesmo número de feijões. O facilitador pede aos participantes para porem feijões em cima das imagens segundo a importância que lhes dão. No final contam-se os feijões colocados em cima de cada imagem e as respostas serão discutidas em grupo.

Material necessário: imagens e feijão seco.

Tempo necessário: 20 minutos (5 para a atividade e 15 para a discussão).

---

##### Exemplos de questões a colocar após a discussão

19. Na vossa opinião, o que significa comer bem? (Explorar a diferença entre comer muito e comer alimentos nutritivos.)
20. Quando vocês comem em casa consideram que se alimentam bem?

a. Se sim, porquê?

b. Se não, porquê?

**21.** Os alimentos que ingeriram hoje, na vossa opinião, ajudam as crianças menores de 5 anos a desenvolver-se bem?

a. Porquê?

**22.** As crianças menores de 5 anos costumam ingerir estes alimentos?

a. Se sim, porquê?

b. Quando?

c. Se não, porquê?

**23.** Se as crianças não ingerem os alimentos que cozinhámos hoje, o que é que lhes poderá acontecer?

**24.** Se as crianças consumissem sempre os alimentos que comeram hoje, o que lhes aconteceria?

## II. Atividade: DESCRIÇÃO DE UM DIA COMUM

### Objetivo da atividade

Conhecer o dia a dia das participantes no âmbito alimentar e nutricional. Os homens procuram, selecionam, preparam os alimentos? Se sim, onde obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los? Os homens sabem como as mulheres obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los? Quantas vezes por dia comem, que quantidades e em que momento do dia. Se existem hierarquias na alimentação (familiares que comem primeiro) e se as pessoas comem do mesmo prato ou não.

Como, o quê e quando as crianças menores de 5 anos costumam comer; como, o quê e quando os bebês menores de 6 meses costumam comer.

Esta técnica permite explorar as diferenças entre famílias e procurar a razão de tais diferenças.

---

### Descrição

Junto com as participantes vai ser descrito um dia comum na vida das pessoas conferindo particular atenção ao aspeto da alimentação. Ao longo da reconstrução do dia, os investigadores farão perguntas para avaliar eventuais diferenças ou similaridades entre agregados familiares.

**Material necessário:** nenhum.

**Tempo necessário:** 20 minutos.

### III. Atividade: ELENCO DE ALIMENTOS

#### Objetivo da atividade

Conhecer os alimentos normalmente consumidos, por quem e com que frequência, e quais os tabus existentes nos núcleos familiares. Promover um debate sobre alimentação equilibrada.

#### Descrição

Pedir aos participantes para elencarem os alimentos consumidos, os quais serão organizados pelos pesquisadores por categorias (hidratos de carbono, proteínas, vegetais, fruta, gorduras, açúcar, álcool) e por grupos (mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, bebés de 0 a 6 meses, crianças menores de 5 anos). Os investigadores escreverão num *flip chart* os alimentos elencados e subsequentemente ajudarão o grupo a refletir sobre a variedade da dieta. A reflexão deverá ser feita por cada grupo. Em seguida os pesquisadores perguntarão aos participantes com que frequência os consomem e depois organizarão esta informação noutra *flip chart*, ajudando assim o grupo a debater sobre a variedade da dieta semanal e as suas possíveis consequências. No final, os pesquisadores perguntarão às pessoas quais, na sua opinião, são os alimentos com maior valor nutricional e de que tipo, e farão algumas perguntas específicas.

Material necessário: *flip chart* e marcadores.

Tempo necessário: 20 minutos.

#### Exemplos de questões a colocar após a discussão:

1. Quais são os alimentos que vocês consomem?
2. Além de frango, comem outro tipo de carne?
  - a. Qual? (Fazer a mesma pergunta para vegetais, fruta, etc.)
3. Que tipo de feijão consomem?
4. Há algum alimento que nunca podem consumir?
5. Tendo em consideração todos os grupos, quais são os alimentos que consomem com mais frequência?
6. Acham que estes alimentos são bons para a vossa saúde?
7. Acham que estes alimentos são bons para a saúde das mulheres grávidas ou das das mulheres que estão a amamentar?

- 8.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde dos bebés com menos de 6 meses?
- 9.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde das crianças menores de 5 anos?
- 10.** Com que frequência os ingerem? (Fazer perguntas sobre os alimentos precedentemente indicados.)
- 11.** Açam que semanalmente a vossa dieta inclui um pouco de tudo, ou mais alimentos de um grupo específico?
- a. E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - b. E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - c. E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 12.** Julgam que a vossa alimentação é saudável ?
- a. E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - b. E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - c. E no caso das crianças menores de 5 anos?
  - d. Porquê?
- 13.** O que poderia ser feito para melhorar a vossa alimentação?
- a. E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - b. E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - c. E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 14.** Vamos analisar alguns alimentos em particular. Sabem dizer-me se fazem bem à saúde ou não?
- a. Porquê? Lista dos possíveis alimentos a constar das perguntas:

- |                                                 |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Papaia      | <input checked="" type="checkbox"/> Batata doce de polpa alaranjada               | <input checked="" type="checkbox"/> Leite de vaca fresco              | <input checked="" type="checkbox"/> Açúcar                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laranja     | <input checked="" type="checkbox"/> Couve ou outro vegetal com folha verde-escura | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz de tabanca (arroz integral) | <input checked="" type="checkbox"/> Mel                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manga       | <input checked="" type="checkbox"/> Mancara (amendoim)                            | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz branco                      | <input checked="" type="checkbox"/> Álcool (Fazer perguntas sobre as bebidas alcoólicas presentes na comunidade) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banana      | <input checked="" type="checkbox"/> Peixe                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho                             |                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calabaceira | <input checked="" type="checkbox"/> Carne                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho verde (cachupa)             |                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Veludo      | <input checked="" type="checkbox"/> Frango                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Sal                               |                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cenoura     | <input checked="" type="checkbox"/> Ovo                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Sal iodado                        |                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abóbora     |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                  |

## IV. OBSERVAR AS FOTOGRAFIAS

### Objetivo da atividade

Utilizar um apoio visual útil para introduzir o tópico da malnutrição. Com este exercício pretende-se entender se as/os participantes sabem reconhecer os sintomas de malnutrição aguda e crónica, e qual a sua relação com o sistema de saúde.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens que retratam os sintomas de malnutrição aguda e crónica. Em seguida pergunta aos participantes, indicando os sinais à vez, o que é que estes representam e se neste caso a criança deveria ser levada ao hospital e porquê. Finalmente os investigadores tentarão perceber qual o tipo de relação existente com o sistema de saúde, ou seja, se as crianças são levadas regularmente às consultas ou se são levadas somente quando se deteta algum risco.

Material necessário: imagens.

Tempo necessário: 20 minutos.

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é baixinha?
2. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é gordinha?
3. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança tem cabelo amarelado e fraco?
4. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é magrinha?
5. Em que caso uma criança deve ir ao centro de saúde?
6. Quando vão ao centro de saúde, como costumam ser atendidos?  
(Qualidade da cura interpessoal e qualidade da cura clínica.)
7. Conseguem ir ao hospital sempre que querem?
  - a. Se sim, como conseguem fazê-lo?
  - b. Se não, porquê?
10. No centro de saúde, no hospital ou noutra sítio participaram em alguma palestra/curso sobre alimentação?
  - a. O que aprenderam?

## 17. GUIÃO DE TÓPICOS N: LC5

### **Título do laboratório culinário:**

Preparar a refeição para pessoas influentes na comunidade.

---

### **Participantes:**

Mães e encarregadas de crianças menores de 5 anos.

---

### **Objetivos:**

Entender se existem cuidados/práticas especiais e/ou alimentos e compará-los com a preparação de outras de refeições.

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um laboratório culinário, ou seja, vamos cozinhar juntos e falar sobre a preparação de alimentos. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

---

**Questões**

- 1.** Porque escolheram estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
- 2.** Qual é a forma melhor de higienizá-los?
- 3.** Porque estão a cozinhar os alimentos nesta ordem?
- 4.** Estes alimentos podem ser consumidos somente por pessoas influentes na comunidade ou também por outras pessoas?
  - a. Se sim, quais?
- 5.** As crianças menores de 5 anos também podem ingerir estes alimentos?
- 6.** No dia a dia, as pessoas influentes na comunidade consomem estes alimentos?
- 7.** No vosso dia a dia consomem estes alimentos?
  - a. Se sim, porquê?
  - b. Quando?
  - c. Se não, porquê?
- 8.** Qual é a melhor forma de servir estes alimentos? (Frios, quentes, comer do mesmo prato ou de pratos diferentes, comer à mão ou com talheres, acompanhar com pão ou não.)
- 9.** Caso sobrasse na sua casa o tipo de alimentos que preparámos hoje, o que lhes faria?

## 18. GUIÃO DE TÓPICOS N: GF5/LC5

### **Título do grupo focal:**

Preparar a refeição para pessoas influentes na comunidade.

---

### **Participantes:**

Pessoas influentes na comunidade (enfermeiras, líderes tradicionais, líderes religiosos, curandeiros tradicionais ou qualquer outro indivíduo importante que se candidate à comunidade).

---

### **Objetivos:**

**Explorar conhecimentos, atitudes, práticas, motivação de pessoas influentes na comunidade em relação à saúde e nutrição de mães e crianças menores de 5 anos.**

---

### **Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações. As informações serão utilizadas para criar atividades de comunicação para que as pessoas se alimentem de uma forma que garanta a saúde das mulheres e das crianças.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é um grupo focal, ou seja, um momento em que vamos falar de aspetos ligados à alimentação e à saúde. A atividade vai ter uma duração de aproximadamente uma hora. Como precisamos de relembrar o que foi falado, se vocês concordarem vamos gravar a conversa de hoje. Caso tenham dúvidas ou questões a colocar podem fazê-lo em qualquer momento. Vamos também deixar o número da investigadora principal, caso queiram contactá-la para qualquer outra questão. Esperamos que a experiência de hoje seja enriquecedora para vocês, assim como seguramente o será para nós. Nós estamos aqui para aprender a vossa cozinha e gostaríamos que vocês nos explicassem o que fazem e porque o fazem. Quando a comida estiver pronta, vamos consumi-la juntos e, caso o laboratório seja de comida cozinhada para outros, vamos servir também os convidados. Se restar comida, estão autorizadas a levá-la para casa.

### Estrutura dos grupos focais

#### I. Atividade: CONTAR FEIJÕES

##### Objetivo da atividade

Esta técnica permite avaliar rapidamente a opinião geral do grupo sobre um determinado assunto, avaliando ao mesmo tempo a variação da importância das várias respostas. Sendo muito simples e visual, fornece uma base para futura discussão do grupo. Além disso, como cada respondente pode dar a sua opinião pessoal num ambiente público, mas sem se expor demasiado, representa uma boa técnica para entender a relação entre respostas pessoais e públicas.

##### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens e pergunta aos participantes qual/quais é/são mais importante/s para eles no que diz respeito a comer bem. Cada participante tem o mesmo número de feijões. O facilitador pede aos participantes para porem feijões em cima das imagens segundo a importância que lhes dão. No final contam-se os feijões de cada imagem e as respostas serão discutidas em grupo.

Material necessário: imagens e feijão seco.

Tempo necessário: 20 minutos (5 para a atividade e 15 para a discussão).

##### Exemplos de questões a colocar após a discussão

25. Na vossa opinião, o que significa comer bem? (Explorar a diferença entre comer muito e comer alimentos nutritivos)
26. Quando vocês comem em casa consideram que se alimentam bem?

a. Se sim, porquê?

b. Se não, porquê?

**27.** Os alimentos que consumiram hoje, na vossa opinião, ajudam as crianças menores de 5 anos a desenvolver-se bem?

a. Porquê?

**28.** As crianças menores de 5 anos costumam ingerir estes alimentos?

a. Se sim, porquê?

b. Quando?

c. Se não, porquê?

**29.** Se as crianças não ingerirem os alimentos que cozinhámos hoje, o que é que lhes poderá acontecer?

**30.** Se as crianças consumissem sempre os alimentos que ingeriram hoje, o que lhes aconteceria?

## II. Atividade: DESCRIÇÃO DE UM DIA COMUM

### Objetivo da atividade

Saber qual é o conhecimento que as pessoas influentes na comunidade têm do dia a dia das pessoas no âmbito alimentar e nutricional, assim como conhecer o dia a dia das próprias pessoas influentes na comunidade. Os homens procuram, selecionam, preparam alimentos? Se sim, onde obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los? Os homens sabem como as mulheres obtêm os alimentos, como os selecionam, como os preparam, quanto tempo demoram a prepará-los? Quantas vezes por dia comem, que quantidades e em que momento do dia o fazem. Se existem hierarquias na alimentação (familiares que comem primeiro) e se as pessoas comem do mesmo prato ou não.

Como, o quê e quando as crianças menores de 5 anos costumam comer; como, o quê e quando os bebês menores de 6 meses costumam comer.

Esta técnica permite explorar as diferenças entre famílias e procurar a razão de tais diferenças.

---

### Descrição

Junto com as participantes vai ser descrito um dia comum na vida das pessoas da comunidade conferindo particular atenção ao aspeto da alimentação. Ao longo da reconstrução do dia, os investigadores farão perguntas para avaliar eventuais diferenças ou similaridades entre agregados familiares.

Material necessário: nenhum.

Tempo necessário: 20 minutos.

### III. Atividade: ELENCO DE ALIMENTOS

#### Objetivo da atividade

Conhecer os alimentos normalmente consumidos, por quem e com que frequência, e quais os tabus existentes nos núcleos familiares. Promover um debate sobre alimentação equilibrada.

#### Descrição

Pedir aos participantes para elencarem os alimentos consumidos, os quais serão organizados pelos pesquisadores por categorias (hidratos de carbono, proteínas, vegetais, fruta, gorduras, açúcar, álcool) e por grupos (mulheres grávidas ou mulheres que estão a amamentar, bebés de 0 a 6 meses, crianças menores de 5 anos). Os investigadores escreverão num *flip chart* os alimentos elencados e subsequentemente ajudarão o grupo a refletir sobre a variedade da dieta. A reflexão deverá ser feita por cada grupo. Em seguida os pesquisadores perguntarão aos participantes com que frequência os consomem e depois organizarão noutra *flip chart*, ajudando assim o grupo a debater sobre a variedade da dieta semanal e as suas possíveis consequências. No final, os pesquisadores perguntarão às pessoas quais, na sua opinião, são os alimentos com maior valor nutricional e de que tipo, e farão algumas perguntas específicas.

Material necessário: *flip chart* e marcadores.

Tempo necessário: 20 minutos.

#### Exemplos de questões a colocar após a discussão:

1. Quais são os alimentos que vocês consomem?
2. Além de frango, consomem outro tipo de carne?
  - a. Qual? (Fazer a mesma pergunta para vegetais, fruta, etc.)
3. Que tipo de feijão consomem?
4. Há algum alimento que nunca podem consumir?
5. Tendo em consideração todos os grupos, quais são os alimentos que consomem com mais frequência?
6. Acham que estes alimentos são bons para a vossa saúde?
7. Acham que estes alimentos são bons para a saúde das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?

- 8.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde dos bebés com menos de 6 meses?
- 9.** Consideram que estes alimentos são bons para a saúde das crianças menores de 5 anos?
- 10.** Qual é a frequência com que os ingerem? (Fazer perguntas sobre os alimentos precedentemente indicados.)
- 11.** Açam que semanalmente a vossa dieta inclui um pouco de tudo, ou mais alimentos de um grupo específico?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 12.** Julgam que esta alimentação é boa para a vossa saúde?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
  - Porquê?
- 13.** O que poderia ser feito para melhorar a vossa alimentação?
- E no caso das mulheres grávidas ou das mulheres que estão a amamentar?
  - E no caso dos bebés com menos de 6 meses?
  - E no caso das crianças menores de 5 anos?
- 14.** Vamos analisar alguns alimentos em particular. Sabem dizer-me se fazem bem a saúde ou não?
- Porquê? Lista de possíveis alimentos a constar das perguntas:

- |                                                 |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Papaia      | <input checked="" type="checkbox"/> Batata doce de polpa alaranjada               | <input checked="" type="checkbox"/> Leite de vaca fresco              | <input checked="" type="checkbox"/> Açúcar                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laranja     | <input checked="" type="checkbox"/> Couve ou outro vegetal com folha verde-escura | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz de tabanca (arroz integral) | <input checked="" type="checkbox"/> Mel                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manga       | <input checked="" type="checkbox"/> Mancara (amendoim)                            | <input checked="" type="checkbox"/> Arroz branco                      | <input checked="" type="checkbox"/> Álcool<br>(Fazer perguntas sobre as bebidas alcoólicas presentes na comunidade) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banana      | <input checked="" type="checkbox"/> Peixe                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho                             |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calabaceira | <input checked="" type="checkbox"/> Carne                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Milho verde (cachupa)             |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Veludo      | <input checked="" type="checkbox"/> Frango                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Sal                               |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cenoura     | <input checked="" type="checkbox"/> Ovo                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Sal iodado                        |                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abóbora     |                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                     |

## IV. OBSERVAR AS FOTOGRAFIAS

### Objetivo da atividade

Utilizar um apoio visual útil para introduzir o tópico da malnutrição. Com este exercício pretende-se entender se as/os participantes sabem reconhecer os sintomas da malnutrição aguda e crónica, e qual a sua relação com o sistema de saúde.

### Descrição

O facilitador põe no chão uma série de imagens que retratam os sintomas de malnutrição aguda e crónica. Em seguida pergunta aos participantes, indicando os sinais à vez, o que é que estes representam e se neste caso a criança deveria ser levada ao hospital e porquê. Finalmente os investigadores tentarão perceber qual o tipo de relação existente com o sistema de saúde, ou seja, se as crianças são levadas regularmente às consultas ou se são levadas somente quando se deteta algum risco.

Material necessário: imagens.

Tempo necessário: 20 minutos.

### Exemplos de questões a colocar após a discussão

1. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é baixinha?
2. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é gordinha?
3. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança tem cabelo amarelado e fraco?
4. Na vossa opinião, o que significa quando uma criança é magrinha?
5. Em que caso uma criança deve ir ao centro de saúde?
6. Quando vão ao centro de saúde, como costumam ser atendidos?  
(Qualidade da cura interpessoal e qualidade da cura clínica.)
7. Conseguem ir ao hospital sempre que querem?
  - a. Se sim, como conseguem fazê-lo?
  - b. Se não, porquê?
10. No centro de saúde, no hospital ou noutra sítio participaram em alguma palestra/curso sobre alimentação?
  - a. O que aprenderam?

## 19. GUIÃO DE TÓPICOS DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: Mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos (caso positivo e negativo).

**Título:**

Entrevista individual em profundidade.

---

**Participantes:**

Mães e encarregadas (mulheres) de crianças menores de 5 anos.

---

**Objetivos:**

Obter informações específicas sobre hábitos e práticas na alimentação familiar e nutrição.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é uma entrevista individual a uma mãe ou encarregada de crianças menores de 5 anos, e o tema da conversa será os hábitos alimentares e nutricionais da família e em particular das crianças. Desde já gostaríamos de obter algumas informações sobre si:



Formulário de coleta de dados pessoais com campos para:

- Área geográfica
- Idade
- Nível de escolaridade
- Ocupação
- Status familiar
- Número e idade dos filhos

Um ícone de perfil de usuário com uma lista de itens está localizado no canto superior direito do formulário.

### Questões

#### I. INFORMAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS

1. Que idade tinha/tinham a criança/as crianças quando lhe/lhes começou a dar alimentos sólidos? (Pode especificar por cada criança também.)
2. Que alimentos introduziu primeiro?
3. Porque escolheu estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
4. Como é que chegou à decisão sobre que alimentos deveriam ser introduzidos?
5. Como adquire os alimentos? (Compra, lavras familiares, partilha de alimentos com a família etc.)
6. Quem é o responsável pelas compras ou pela aquisição dos alimentos em casa?
7. Quantas vezes, quando e o que é que a criança come na sua casa?
8. Quantas vezes, quando e o que é que um adulto come na sua casa?

- 9.** A criança come juntamente com os outros membros da família?  
(Pode comer sozinha, antes dos outros, junto com os outros, etc.)
- Caso coma com os outros, quem se serve primeiro no núcleo familiar, porquê e de que alimentos se serve?
  - Caso não coma com os outros, qual o motivo desta escolha?
- 10.** Normalmente ingerem todos a mesma comida ou há comida diferente?  
Quem ingere uma comida diferente e porquê?
- 11.** Na sua família, as pessoas tomam a refeição à mesma hora ou em horário diferente?
- Pode especificar os horários das refeições?
- 12.** O que come normalmente a criança durante o dia e durante uma semana?  
(Descrever a alimentação.)
- 13.** A alimentação diária e semanal é planificada antecipadamente?  
Como e por quem?
- 14.** A criança frequenta uma creche que oferece alimentação? Quem decide a alimentação semanal e os pais como são envolvidos nela?
- 15.** Que alimentos considera fundamentais para a alimentação de uma criança com menos de 5 anos?
- Porquê?
- 16.** Quais destes alimentos as suas crianças consomem, com regularidade, várias vezes por semana?
- 17.** Quantas vezes por semana consomem:

**Carne**

Mencionar. (Frango, porco, vaca, etc. Descrever detalhadamente.)

**Peixe****Feijão****Ovos****Massa**

**Arroz**

**Milho**

**Batatas**

**Vegetais**

Quais? (Descrever detalhadamente.)

**Fruta**

Mencionar os frutos. (Descrever detalhadamente.)

**18.** Quais são as suas principais dificuldades em providenciar uma alimentação adequada para as suas crianças?

a. Como consegue ultrapassá-las?

## II. INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL

1. A que distância ficam da sua casa os serviços de saúde e nutrição?
2. Quanto tempo demora a lá chegar?
3. Quantas vezes levou as suas crianças a um controlo do crescimento (altura, peso, etc.)?
4. Quantos serviços conhece de nutrição infantil na sua área?
5. Existe algum tipo de serviço de nutrição que gostaria ou precisa de ter na sua área?
  - a. Porquê?
  - b. Como resolve este problema?
6. Quais as principais dificuldades que encontrou no acesso aos serviços de saúde e nutrição?
  - a. Como conseguiu ultrapassá-los?
7. Alguém da área da saúde e nutrição a ajudou no aconselhamento de alimentos mais nutritivos para a sua criança?
  - a. Quando?
  - b. Que informações lhe deu?
  - c. Foram úteis?
    - Porquê?

### III. INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS

1. Como reconhece se uma criança é saudável? Pode descrever algumas características?
2. Mencione algumas características das crianças que sofrem de malnutrição.
3. Já participou em alguma formação, atividade, encontro, discussão sobre nutrição?
  - a. Onde?
  - b. Quando?
  - c. Quantas vezes?
4. De entre as informações que recebeu sobre alimentação e nutrição, o que é que conseguiu aplicar na sua própria vida familiar?
  - a. Porquê?
5. Qual foi o maior obstáculo que teve de ultrapassar para implementar as informações recebidas?
  - a. Porquê?
  - b. Como conseguiu resolver este problema?
6. Que mudanças se operaram no seu comportamento depois das informações nutricionais recebidas? (Escolha dos alimentos, preparação dos mesmos, frequência das refeições, tipo de refeições para membros familiares diferentes, etc.)

## 20. GUIÃO DE TÓPICOS DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: Mulher grávida ou mulher que está a amamentar um bebé com menos de 6 meses, caso positivo e caso negativo.

**Título:**

Entrevista individual em profundidade.

---

**Participantes:**

Mulher grávida ou mulher que está a amamentar um bebé com menos de 6 meses.

---

**Objetivos:**

Obter informações específicas sobre hábitos e práticas na alimentação familiar, amamentação e nutrição.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é uma entrevista individual a uma mulher grávida ou a uma mulher que esteja a amamentar um bebé com menos de 6 meses, e o tema

da conversa será os seus hábitos alimentares e nutricionais.

Desde já gostaríamos de obter algumas informações sobre si:

Área geográfica	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>
Nível de escolaridade	<input type="text"/>
Ocupação	<input type="text"/>
Status familiar	<input type="text"/>
Número e idade dos filhos	<input type="text"/>



### Questões

## I. INFORMAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS

1. A sua alimentação mudou durante a gravidez/amamentação? Como?
2. Há alimentos que não pode comer?
  - a. Porquê?
  - b. Quem a orientou?
3. Há alimentos que não comia e que agora come?
  - a. Porquê?
  - b. Quem a orientou?
4. Que alimentos ingere atualmente? (Fazer uma lista dos alimentos.)
  - a. Quem a orientou?
  - b. Quantas refeições ingere por dia?
5. Porque escolheu estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
6. Como adquire os alimentos? (Compra, lavras familiares, partilha de alimentos com a família, etc.)

7. Quem é o responsável, em sua casa, pelas compras ou pela aquisição dos alimentos?
8. Quem é que tem a responsabilidade de cozinhar?
9. Na sua casa tomam as refeições todos juntos?
10. Normalmente ingerem todos a mesma comida ou há comida diferente? Quem ingere uma comida diferente e porquê?
11. Na sua família, as pessoas tomam a refeição à mesma hora ou em horário diferente?
  - a. Pode especificar os horários das refeições?
12. Que alimentos considera fundamentais para a sua alimentação estando grávida/em fase de amamentação?
  - a. Porquê?
13. Quais destes alimentos consome, com regularidade, várias vezes por semana?
14. Quantas vezes por semana consomem:

**Carne**

Mencionar. (Frango, porco, vaca etc. – Descrever detalhadamente.)

**Peixe****Feijão****Ovos****Massa****Arroz****Milho****Batatas**

**Vegetais**

Quais? (Descrever detalhadamente.)

**Fruta**

Mencionar os frutos. (Descrever detalhadamente.)

- 15.** Quais são as suas principais dificuldades em providenciar uma alimentação adequada?
- Como consegue ultrapassá-las?
- 16.** Durante os primeiros 6 meses de vida da criança, foram-lhe dados alimentos?
- Quais?
  - Porquê?
  - Quem a orientou?
- 17.** Consegue estabelecer quantas vezes por dia a criança é amamentada?
- 18.** Como amamenta? Alterna os seios em cada amamentação (Por exemplo, uma vez no da esquerda e a vez sucessiva no da direita)?
- Pode explicar a razão?
- 19.** Durante a mesma amamentação, troca normalmente de seio?
- Se sim, antes de fazer a troca, esvazia totalmente o seio?
  - Pode explicar o motivo?
  - Quem lhe deu esta orientação?
- 20.** Há algumas atividades que a mulher que amamenta não pode realizar (Por exemplo: ter relações sexuais, efetuar trabalhos em casa, etc.)
- Porquê?

## II. INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL

1. A que distância ficam da sua casa os serviços de saúde e nutrição?
2. Quanto tempo demora a lá chegar?
3. Quantas vezes fez um controlo da gravidez/da criança nos primeiros 6 meses de vida?
4. Quantos serviços conhece de nutrição materno-infantil na sua área?
5. Existe algum tipo de serviço de nutrição que gostaria ou precisa de ter na sua área?
  - a. Porquê?
  - b. Como resolve este problema?
6. Quais as principais dificuldades que encontrou no acesso aos serviços de saúde e nutrição durante a gravidez/amamentação?
  - a. Como conseguiu ultrapassá-los?
7. Alguém da área da saúde e nutrição a ajudou no aconselhamento de alimentos mais nutritivos durante a gravidez/amamentação?
  - a. Quando?
  - b. Que informações lhe deu?
  - c. Foram úteis?
    - Porquê?

### III. INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS

1. Como reconhece se um bebê é saudável? Pode descrever algumas características?
2. Mencione algumas características de bebês que sofrem de malnutrição.
3. Já participou em alguma formação, atividade, encontro, discussão sobre nutrição de mulheres grávidas/em fase de amamentação?
  - a. Onde?
  - b. Quando?
  - c. Quantas vezes?
4. De entre as informações que recebeu sobre alimentação e nutrição, o que é que conseguiu aplicar na sua própria vida familiar?
  - a. Porquê?
5. Qual foi o maior obstáculo que teve de ultrapassar para implementar as informações recebidas?
  - a. Porquê?
  - b. Como conseguiu resolver este problema?
6. Que mudanças se operaram no seu próprio comportamento depois das informações nutricionais recebidas? (Escolha dos alimentos, preparação dos mesmos, frequência das refeições, tipo de refeições para membros familiares diferentes. etc.)

## 21. GUIÃO DE TÓPICOS DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: Pessoa influente na comunidade.

**Título:**

Entrevista individual em profundidade.

---

**Participantes:**

Pessoa influente na comunidade.

---

**Objetivos:**

Obter informações específicas sobre hábitos e práticas na alimentação familiar e nutrição.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas alimentam-se em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é uma entrevista individual a uma pessoa influente na comunidade, e o assunto da conversa será os hábitos alimentares e nutricionais da família e da comunidade e, em particular, das crianças.

Desde já gostaríamos de ter algumas informações sobre si:

Área geográfica	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Nível de escolaridade	<input type="text"/>
Ocupação	<input type="text"/>
Status familiar	<input type="text"/>
Número e idade dos filhos	<input type="text"/>



### Questões

## I. INFORMAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS

1. De acordo com o seu conhecimento, a que idade se começam a introduzir os alimentos sólidos na alimentação da criança/das crianças?
2. Que alimentos introduziu primeiro?
3. Porque se escolhem estes alimentos? (Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
4. Como se decide que alimentos deveriam ser introduzidos?
5. Como é que as famílias obtêm normalmente os alimentos? (Compra, lavras familiares, partilha de alimentos com a família, etc.)
6. Quem é o responsável pelas compras ou pela aquisição dos alimentos nas famílias?
7. Quem pode influenciar as decisões alimentares dentro de uma família?
  - a. Porquê?
  - b. Como?

**8.** Normalmente ingerem todos a mesma comida ou há comida diferente?  
Quem ingere uma comida diferente e porquê?

**9.** O que come normalmente a criança durante o dia  
e durante uma semana? (Descrever a sua alimentação.)

**10.** A alimentação diária e semanal é planificada antecipadamente?  
Como e por quem?

**11.** Por norma, quantas vezes por semana uma família consome:

**Carne**

Mencionar. (Frango, porco, vaca, etc. – Descrever detalhadamente.)

**Peixe**

**Feijão**

**Ovos**

**Massa**

**Arroz**

**Milho**

**Batatas**

**Vegetais**

Quais? (Descrever detalhadamente.)

**Fruta**

Mencionar os frutos. (Descrever detalhadamente.)

**12.** Quais são as suas principais dificuldades em providenciar uma alimentação adequada para as crianças?

a. Como se consegue ultrapassá-las?

## II. INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL

1. Os serviços de saúde e nutrição são acessíveis em todas as estações do ano? (Descrever a distância, tempo de deslocação, etc.)
2. Quanto tempo demora a chegar?
3. Por norma, quantas vezes se levam as crianças e as mulheres grávidas a um controlo do crescimento (altura, peso, etc.) ou desenvolvimento da gravidez?
4. Quantos serviços conhece de nutrição infantil na sua área?
5. Existe algum tipo de serviço de nutrição que seja necessário na sua área?
  - a. Porquê?
  - b. Como é que as pessoas resolvem o problema?
6. Quais as principais dificuldades que se encontram no acesso aos serviços de saúde e nutrição?
  - a. Como se conseguirá ultrapassá-las?
7. Normalmente, alguém da área da saúde e nutrição dá apoio no aconselhamento de alimentos mais nutritivos para a criança?
  - a. Quando?
  - b. Que informações são disponibilizadas?
  - c. Foram úteis?
    - Porquê?

### III. INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS

- 1.** Que comportamentos podem ser considerados positivos no que diz respeito à alimentação e nutrição das mulheres grávidas e das crianças menores de 5 anos?
  - a. Porquê?
  - b. Como obteve este conhecimento?
  
- 2.** Que comportamentos podem ser considerados não apropriados no que diz respeito à alimentação e nutrição das mulheres grávidas e das crianças menores de 5 anos?
  - a. Porquê?
  - b. Como obteve este conhecimento?
  - c. Como se poderá ultrapassá-los?
  - d. Quem poderá ajudar?
  - e. Onde?
  
- 3.** Como reconhece se uma criança é saudável? Pode descrever algumas características?
  
- 4.** Mencione algumas características das crianças que sofrem de malnutrição.
  
- 5.** Já participou em alguma formação, atividade, encontro, discussão sobre nutrição?
  - a. Onde?
  - b. Quando?
  - c. Quantas vezes?
  
- 6.** De entre as informações que recebeu sobre alimentação e nutrição, o que é que conseguiu aplicar na sua própria vida familiar ou aconselhar?
  - a. Porquê?
  
- 7.** Qual foi o maior obstáculo que teve de ultrapassar para implementar as informações recebidas?
  - a. Porquê?
  - b. Como se pode resolver este problema?

8. Que mudanças se operaram no seu próprio comportamento depois das informações nutricionais recebidas? (Escolha dos alimentos, preparação dos mesmos, frequência das refeições, tipo de refeições para membros familiares diferentes, etc.)

## 22. GUIÃO DE TÓPICOS DE ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: Agente comunitário de saúde/Equipa de saúde.

**Título:**

Entrevistas individuais em profundidade.

---

**Participantes:**

Agente comunitário de saúde/Equipa de saúde.

---

**Objetivos:**

Obter informações específicas sobre hábitos e práticas na alimentação familiar e nutrição.

---

**Consentimento informado:**

Este estudo está a ser realizado pelo Ministério da Saúde Pública em colaboração com o Programa Mundial da Alimentação. O estudo pretende recolher informação sobre o modo como as pessoas se alimentam em Bissau, Gabu, Bafatá e Oio e foi por isso que a vossa comunidade foi selecionada. O Ministério da Saúde Pública e o Programa Mundial da Alimentação estão particularmente interessados em saber como se alimentam as mulheres grávidas e lactantes e os bebés e as crianças menores de 5 anos, isto porque são os grupos mais importantes para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades. Eu e o meu/minha colega estamos aqui para, com a vossa ajuda, recolher estas informações.

Os vossos nomes não serão recolhidos nem serão revelados no estudo, apenas constarão dados como a vossa idade e se vocês são mães ou pais, dados estes que vão servir somente para entender as vossas opiniões. Não existem respostas certas ou erradas, apenas as vossas opiniões, por isso sintam-se livres de se expressar. Se em qualquer momento não se sentirem confortáveis ou simplesmente não quiserem prosseguir com a atividade podem abandoná-la em qualquer altura, sem terem de dar explicações. A participação na atividade é totalmente gratuita, ou seja, não está prevista uma compensação em dinheiro. Podem falar em português ou crioulo, como se sentirem mais confortáveis. Como a investigadora principal não conhece bem o crioulo, pedimo-vos para utilizarem frases curtas, caso falem em crioulo, de forma que o outro investigador possa traduzir o que dizem para o português.

A atividade de hoje é uma entrevista individual a um agente comunitário de saúde/equipa de saúde, e o tema da conversa será os hábitos alimentares e nutricionais da família e, em particular, das crianças. Desde já gostaríamos de ter algumas informações sobre si:

Área geográfica	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Nível de escolaridade	<input type="text"/>
Ocupação	<input type="text"/>
Status familiar	<input type="text"/>
Número e idade dos filhos	<input type="text"/>



### Questões

## I. INFORMAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS

1. Tendo em conta o seu conhecimento, a que idade se começa a dar alimentos sólidos à criança/às crianças?
2. Que alimentos se introduzem primeiro?
3. Porque se escolhem estes alimentos?  
(Pode-se falar de gosto, valor social, custo, valor nutricional, outro.)
4. Como se decide que alimentos deveriam ser introduzidos?
5. Como é que as famílias obtêm os alimentos normalmente?  
(Compra, lavras familiares, partilha de alimentos com a família, etc.)
6. Quem é o responsável pelas compras ou pela aquisição dos alimentos nas famílias?
7. Quem pode influenciar as decisões alimentares dentro de uma família?
  - a. Porquê?
  - b. Como?
8. Normalmente ingerem todos a mesma comida ou há comida diferente? Quem ingere comida diferente e porquê?

**9.** O que come normalmente a criança durante o dia e durante uma semana ? (Descrever a alimentação.)

**10.** A alimentação diária e semanal é planificada antecipadamente? Como e por quem?

**11.** Por norma, quantas vezes por semana uma família consome:

**Carne**

Mencionar. (Frango, porco, vaca, etc. – Descrever detalhadamente.)

**Peixe**

**Feijão**

**Ovos**

**Massa**

**Arroz**

**Milho**

**Batatas**

**Vegetais**

Quais? (Descrever detalhadamente.)

**Fruta**

Mencionar os frutos. (Descrever detalhadamente.)

**12.** Quais são as suas principais dificuldades em providenciar uma alimentação adequada para as crianças?

a. Como se consegue ultrapassá-las?

## II. INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NUTRICIONAL MATERNO-INFANTIL

1. Os serviços de saúde e nutrição estão presentes nas áreas onde há mais casos de malnutrição?
2. Existem serviços domiciliares de suporte nutricional e de saúde?
  - a. Como estão organizados? (Descrever.)
3. Os agentes comunitários ou equipa de saúde são em número suficiente para atender às necessidades das pessoas?
  - a. Justifique a sua opinião.
4. Quantas mulheres grávidas são consultadas/são acompanhadas/visitadas em média por semana?
5. Quantas crianças com malnutrição são consultadas/são acompanhadas/visitadas em média por semana?
6. Quantas crianças são consultadas/são acompanhadas/visitadas em média, por semana, para se fazer uma avaliação do seu crescimento (altura, peso, etc.)?
7. Que serviços de nutrição infantil deveriam ser potenciados?
  - a. Porquê?
8. Existe algum tipo de serviço de nutrição que gostaria ou precisa de ter na sua área?
  - a. Porquê?
  - b. Como resolve este problema?
9. Quais as principais dificuldades que os utentes encontram no acesso aos serviços de saúde e nutrição?
  - a. Como conseguiu ultrapassá-los?

### III. INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS

1. Como reconhece se uma criança é saudável? Pode descrever algumas características?
2. Mencione algumas características das crianças que sofrem de malnutrição.
3. Em quantas formações, atividades, encontros, discussões sobre nutrição participou durante o último ano?
  - a. Onde?
  - b. Quando?
  - c. Quem era o responsável?
4. De entre a informação que recebeu sobre alimentação e nutrição havia alguma de que não tinha conhecimento?
5. Qual foi o maior obstáculo que teve de ultrapassar para implementar as informações recebidas?
  - a. Porquê?
  - b. Como poderá resolver este problema?
6. Que mudanças se operaram no seu comportamento no trabalho depois das informações nutricionais recebidas?







REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU



SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS



Programa Alimentar Mundial