

DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM MOÇAMBIQUE:

Relato de casos do hospital do distrito da Massinga

CHILDHOOD MALNUTRITION IN MOZAMBIQUE:

Case reports from the Massinga district hospital

DESNUTRICIÓN INFANTIL EN MOZAMBIQUE:

História de casos en el hospital del distrito de Massinga

Najla de Oliveira Cardozo

Mestranda em Alimentos e Nutrição na Universidade Estadual Paulista (UNESP)

najla_oc@hotmail.com

Paulino Amido Afai

Discente do curso de Especialização em Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Zambeze e UNESP

pauafai1982@gmail.com

Maria Rita Marques de Oliveira

Docente da Universidade Estadual Paulista (UNESP)

maria-rita.oliveira@unesp.br

Recebido em: 22/12/2021

Aceito para publicação: 04/03/2022

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de duas mães de crianças menores de cinco anos com desnutrição internadas no Hospital do distrito da Massinga em Moçambique (África), visando problematizar as questões da realidade em que se encontram. Trata-se de um trabalho observacional de relato de casos, descritivo com delineamento qualitativo. Os dados foram coletados em 2021 pelo nutricionista clínico responsável da pesquisa por meio da metodologia de itinerário terapêutico, a partir de entrevistas semiestruturadas de acordo com um roteiro guia de perguntas abertas com duas mães, na qual uma mãe tenha realizado o aleitamento materno e a outra não. A seleção foi aleatória de acordo com os critérios de inclusão do estudo, como ser mãe de uma criança menor de cinco anos com internação por desnutrição. Os dados foram transcritos e codificados preservando a identidade das entrevistadas para posterior organização em uma linha do tempo e ideias centrais. A partir do itinerário terapêutico foi permitido conhecer as vivências das mães moçambicanas e suas dificuldades com a saúde materna e da criança. Como a responsabilização pela alimentação da criança e a falta de orientações do serviço de saúde quanto ao aleitamento materno e a introdução alimentar da criança. Os resultados sugerem a existência da falta de uma rede de proteção suportada por políticas públicas adequadas e a importância dos conhecimentos tradicionais, ressaltando a pesquisa qualitativa para o conhecimento de realidades.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Alimentação complementar, Nutrição infantil, Saúde materna, África.

Abstract

This paper aims to report the experience of two mothers of children under five years old with malnutrition admitted to the Massinga District Hospital in Mozambique (Africa), to problematize the issues of the reality in which they find themselves. This is an observational, descriptive case reports with qualitative design. Data were collected in 2021 by the clinical nutritionist responsible for the research through the methodology of therapeutic itinerary, from semi-structured interviews according to a guide script of open questions with two mothers, in which one mother has performed breastfeeding and the other has not. The selection was random according to the inclusion criteria of

the study, such as being the mother of a child under five years old hospitalized for malnutrition. The data were transcribed and coded preserving the identity of the interviewees for later organization into a timeline and central ideas. From the therapeutic itinerary, it was possible to know the experiences of Mozambican mothers and their difficulties with maternal and child health. Such as the responsibility for the child's feeding and the lack of guidance from the health service regarding breastfeeding and the introduction of food to the child. The results suggest the existence of a lack of a protection network supported by adequate public policies and the importance of traditional knowledge, highlighting the qualitative research for the knowledge of realities.

Keywords: Breastfeeding, Complementary feeding, Child nutrition, Maternal health, Africa.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia de dos madres de niños menores de cinco años con desnutrición internados en el Hospital de Distrito de Massinga, en Mozambique (África), con el propósito de problematizar las cuestiones de la realidad en la que se encuentran. Se trata de un trabajo observacional de historia de casos, descriptivo con diseño cualitativo. Los datos fueron obtenidos en 2021 por el nutricionista clínico responsable de la investigación mediante la metodología de itinerario terapéutico, a partir de entrevistas semiestructuradas de acuerdo con una guía de preguntas abiertas con dos mujeres, en la que una de ellas había realizado el aleitamiento materno y la otra no. La selección fue aleatoria según los criterios de inclusión del estudio, como ser madre de un niño menor de cinco años hospitalizado por desnutrición. Los datos se transcribieron y codificaron preservando la identidad de los entrevistados para su posterior organización en una línea de tiempo e ideas centrales. A partir del itinerario terapéutico, fue posible comprender las experiencias de las madres mozambiqueñas y sus dificultades con la salud materno-infantil. Como la responsabilidad de la alimentación del niño y la falta de orientación por parte del servicio sanitario respecto a la lactancia materna y la introducción de alimentos al niño. Los resultados sugieren la existencia de la falta de una red de protección apoyada por políticas públicas adecuadas y la importancia del conocimiento tradicional, destacando la investigación cualitativa para el conocimiento de las realidades.

Palabras-clave: Lactancia materna, Alimentación complementaria, Nutrición infantil, Salud materna, África.

Introdução

A desnutrição contribui para um terço da mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos em todo o mundo (DAVIS et al., 2013) e o seu progresso para redução está atrasado em muitos países, especialmente na África. As taxas de prevalência de desnutrição podem estar associadas a mortalidade infantil, em Moçambique os dados mais recentes apresentaram 44% de crianças menores de 5 anos desnutridas (ROSE; BLEVINS; GONZALEZ-CALVO, 2015). Entre outras medidas, há necessidade da educação nutricional para as mães a fim de prevenir a desnutrição dos seus filhos (JARDI; CASANOVA; ARIJA, 2021).

O maior conhecimento geral da mãe repercute positivamente na saúde materno-infantil (AKOMBI et al., 2017). Mas, para isso ocorrer são necessárias políticas de nutrição e o desenvolvimento do sistema de saúde local (ONIS et al., 2013). Afim de prevenir a desnutrição pela promoção da saúde por estratégias e ações quanto ao aleitamento materno (BOWATTE et al., 2015). A melhor alimentação para crianças durante os primeiros seis meses de vida é o aleitamento materno exclusivo (CHOWDHURY et al., 2015).

O aleitamento materno exclusivo é o padrão ouro na nutrição infantil (ZIELINSKA; SOBCZAK; HAMULKA, 2017). Com isso, especialistas de todo o mundo desenvolvem

diretrizes para que os hospitais encorajem o aleitamento materno a partir dos Dez Passos para o Sucesso da Amamentação (WHO, 2018). Pois, apesar da amamentação ser considerada um ato natural e instintivo para as mães, existem fatores sociais e familiares que podem ser desafios a serem enfrentados para execução dessa prática (WOUK; TULLY; LABBOK, 2017). Como as características socioeconômicas das mães (faixa etária; situação de trabalho; paridade) e dos serviços de saúde (Hospital Amigo da Criança; acompanhamento médico; tipo de parto) e até a presença de bancos de leite humano e o Índice de Desenvolvimento Humano do município (ORTELAN; VENANCIO; BENICIO, 2019).

Em países de baixa e média renda, muitas mulheres não iniciam a amamentação na primeira hora após o nascimento (BALOGUN et al., 2016). Dentre as dificuldades já apresentadas, também existe a falta de conhecimento das nutrizas, principalmente em relação a existência de crenças da produção insuficiente de leite, do formato da mama dificultar a pega da criança e intercorrências que podem surgir no pós-parto associado aos conselhos de pessoas próximas e a falta de confiança materna (AMARAL et al., 2015). Por isso, os profissionais de saúde precisam se comprometer com a promoção do aleitamento materno para atender as gestantes e puérperas, sendo capazes de fornecer as informações de forma correta e adequada (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). No entanto, os determinantes sociais da saúde e dos comportamentos favoráveis à saúde são complexos e envolvem uma variada rede de atores. Um aleitamento bem-sucedido depende não apenas de fatores biológicos, mas de fatores socioculturais e da capacidade dos agentes de políticas públicas, em especial da saúde, promover a adoção dessas práticas.

Portanto, o objetivo do presente trabalho foi relatar a experiência de duas mães de crianças com desnutrição menores de cinco anos internadas no Hospital do distrito de Massinga em Moçambique (África), visando problematizar as questões da realidade em que se encontram.

Metodologia

O presente trabalho são relatos de experiências, descritivo com abordagem qualitativa que teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Kleinman, que define os sistemas de cuidados em três setores ou subsistemas: o setor da cura profissional, o setor das curas populares e o setor popular das crenças, escolhas, decisões, papéis, relacionamentos, interações e instituições (KLEINMAN, 1978). O *locus* do estudo foi o

Hospital do distrito da Massinga, localizado no município da Vila da Massinga, Província de Inhambane, zona sul de Moçambique (PAES-SOUSA; CHAVANE; COELHO, 2019).

O trabalho foi desenvolvido no intuito de proporcionar subsídios para estratégias e ações voltadas a saúde da criança frente a desnutrição. Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: ser habitante do distrito da Massinga em Moçambique, estar com uma criança menor de cinco anos internada por desnutrição, sendo uma mãe que tenha realizado aleitamento materno e outra que não o tenha. Com isso, duas mães de crianças internadas com desnutrição no hospital do distrito da Massinga foram entrevistadas em outubro de 2021 pelo nutricionista local e participante da pesquisa.

Para a avaliação antropométrica das crianças foram utilizados os equipamentos, balança e estadiômetro da marca SECA® para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2) e a classificação do estado nutricional a partir do peso, altura e idade das crianças inseridos no *Score-Z* de acordo com pontos de corte dos critérios da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), sendo que os valores menores que o percentil 3 resultam em desnutrição.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que teve como instrumento um roteiro guia composto por questões abertas que versavam sobre os cuidados da mãe desde a gestação até a internação das crianças que permitiram traçar o itinerário terapêutico. Os trabalhos realizados com o itinerário terapêutico podem identificar o percurso da saúde de um indivíduo para auxiliar em decisões sobre os cuidados realizados (SILVA et al., 2014). Proporcionando grandes potencialidades para o campo de saberes e práticas em saúde coletiva na descrição e análises individuais e socioculturais dos caminhos percorridos em múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença (DEMÉTRIO et al., 2019).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no quarto do hospital em que cada mãe acompanhava o seu filho, gravadas e tiveram duração média de dez minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra e codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 e E2. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de linha do tempo e organização das ideias centrais com as informações de acordo com o período vivido. O itinerário terapêutico foi completado com consultas ao diário da enfermagem (prontuário).

A pesquisa qualitativa, em seus princípios epistemológicos, busca a produção de conhecimento com relevância científica e social no campo do cotidiano (MORE, 2015). A pesquisa qualitativa não se legitima pela quantidade de participantes, mas pela sua qualidade,

profundidade, detalhamento e contextualização de seus relatos de acordo com o objetivo do trabalho. Assim, os dados em seu conjunto buscam regularidades temáticas e significados atribuídos aos mesmos, somando-se a dimensão contextual (FRANCIS et al., 2010).

Resultados

Caso 1 – Um menino com desnutrição, filho da dona E1 que não teve aleitamento materno: O menino tem dezoito meses de idade, pesa 7,2 Kg e tem 74 cm de estatura com uma classificação de desnutrição aguda grave (Kwashiorkor). Na gestação a dona E1 relatou estar sempre doente, apenas ir a *machamba* e no mercado para vender, levando o menino junto para sempre ter comida em casa. Abriu a ficha para o atendimento no hospital com cinco meses de gestação e foi em duas consultas durante a gestação. Não teve nenhuma informação sobre o aleitamento materno durante a gestação e no parto. O parto ocorreu no caminho do hospital, o menino nasceu de parto normal com “tamanho grande, mas não tão grande” de acordo com as falas da dona E1 e o menino é o seu segundo filho. No diário da enfermagem constava que o menino nasceu com peso de 2900g e estatura 51cm. Dona E1 relatou que o menino rejeitou o aleitamento materno, então as enfermeiras deram leite de *beberrão* (leite de vaca). Nos primeiros meses, a dona E1 procurou o hospital porque o menino teve episódios de febre, tosse e diarreia, resultando em consultas frequentes, o médico atendia no ambulatório e orientava que o menino tomasse medicamentos. Assim, o menino fez o uso de: *Murrowanhocane*, xarope, *Coartem* e *Phumpsynut*.

A dona E1 produz alimento fora e só ela cuida do filho, também prepara as refeições da família e serve o seu marido para depois servir ela e o menino. O menino se alimenta de *ralém*, mandioca, couve, folhas de abobora, *matapá* e começou a comer papas de farinha de milho com dois meses porque chorava muito. Dona E1 relata não ter tido orientações sobre a alimentação complementar do menino. As refeições realizadas pela família são: *mata-bicho*, almoço e jantar. De acordo com a dona E1 o menino não vai à escola, “ele só engatinha, come comida e dorme”. A locomoção da família é realizada a pé e de *chapa caixa aberta* para o hospital, pois o hospital fica distante da casa da dona E1. O pai do menino é pedreiro, enquanto dona E1 cuida da casa e estudou até a sétima classe. Moram em uma casa de *caniço*, coberta de chapa de zinco, chão cimentado, sem divisões e com água potável, vivem em quatro pessoas (dona E1, o pai do menino e o seu irmão). A casa é próxima a escola e ao mercado. Todos dormem as oito horas

da noite, os adultos acordam as cinco horas da manhã, enquanto o menino e seu irmão as sete horas da manhã. Foi a primeira internação do menino pelo motivo da desnutrição, apesar da dona E1 ter procurado o hospital por conta da fraqueza do menino e da inflamação dos pés. De acordo com o diário da enfermagem o menino apresentava também broncopneumonia.

No final da entrevista a mãe respondeu que a sua expectativa quanto a saúde local era: “O hospital deve continuar atendendo bem e dar prioridade para crianças internadas”.

Caso 2 – Um menino com desnutrição filho da dona E2 que teve aleitamento materno exclusivo e estava sendo realizado o aleitamento materno junto a alimentação complementar até o momento da entrevista. O menino tem onze meses de idade, pesa 6,2 Kg e tem 66 cm de estatura, classificada com desnutrição aguda moderada (marasmo). Na gestação a dona E2 relatou que não realizou nenhuma atividade além de cuidar de sua saúde, pois estava sempre doente, não teve informações sobre o aleitamento materno, abriu sua ficha no hospital no quinto mês de gestação e realizou três consultas durante os outros quatro meses. Quando fez o teste de gravidez, o exame deu negativo, então deram medicamentos para aumentar o fluxo sanguíneo e “matar lombrigas”. O parto do menino foi normal, realizado no hospital, sem orientações da realização do aleitamento materno, sendo o segundo filho da dona E2, mas nesse recebeu medicamento para reposição de ferro devido ao “muito sangue perdido”. Segundo a dona E2, o menino nasceu “bem pequena, mas não muito pequena” e a sogra orientou o aleitamento materno que a dona E2 realizou desde que o menino nasceu até os seis meses de idade. De acordo com o diário da enfermagem o menino nasceu com peso de 2400g e 50 cm de estatura. Com uma semana de vida do menino, a dona E2 foi orientada pelo médico a fornecer *Murrawonhocane* e com seis meses de idade ofertou água para o menino (sem orientações médicas). O menino tem obstipação intestinal, está desnutrido com pernas atrofiadas e faz tratamento com um curandeiro. Mensalmente o menino frequenta com a mãe tratamentos no hospital e nos curandeiros devido as pernas atrofiadas, mas não observa resultados. De acordo com o diário da enfermagem, o menino também apresenta febre, broncopneumonia e anorexia.

Os medicamentos utilizados orientados pelos médicos nas visitas são xaropes, como o *Plumpsy nut*, enquanto o curandeiro orienta o uso de um óleo de massagear as pernas do menino e outro medicamento para tomar três vezes ao dia. A dona E2 cuida do menino e da sua irmã, da casa e vai a *machamba*, quando sai de casa deixa o menino com a sogra. O sogro da dona E2 trabalha na África do Sul, então compra os alimentos de lá e envia para a família, assim junto ao que é produzido pela dona E2 não falta comida em casa. Ela prepara as refeições da

casa, serve em tigelas e todos se alimentam juntos em uma esteira. O menino come milho, mandioca, papinha e *chima* desde os seis meses. Apesar de dona E2 não ter sido orientada sobre o início da alimentação complementar, a equipe médica do hospital orientou para fornecer papa pela manhã ou sumo e a noite comida devido a desnutrição. As refeições realizadas pela família são: *mata-bicho*, almoço e jantar. O menino não vai à escola (mesmo que seja próxima da casa), ele brinca, come e dorme. A sogra da dona E2 cultiva na *machamba*, o pai do menino é pedreiro e a dona E2 estudou até a sétima classe. Moram em uma casa *mucuocua* de chapas desde as paredes até a cobertura, argamassada, tem latrina e água potável. Só andam a pé e quando precisam ir ao hospital usam *chapa de caixa aberta*, pois o hospital é longe da casa da dona E2. O menino e a irmã dormem só a noite junto com os pais. O menino está internado pela segunda vez devido a desnutrição e as pernas atrofiadas. Ao final da entrevista foi perguntando para a dona E2 o que ela esperava do atendimento de saúde do hospital e a sua resposta foi: “O hospital precisa apoiar as mães com as crianças necessitadas”.

Após o itinerário terapêutico realizado com as duas mães, o entrevistador nativo forneceu traduções aos autores quanto aos termos nativos encontrados nas entrevistas, detalhados a seguir: o medicamento relatado pelas mães, o *Murrowanhocane*, é usado como imunizante para prevenir doenças na infância como por exemplo diarreias, febres, malária e entre outras, porém o nutricionista e pesquisador acredita que o medicamento possa interferir de forma negativa no estado nutricional da criança; explicou que a *machamba* seria a roça onde se cultiva milho ou arroz; a refeição *mata-bicho* é um pequeno almoço realizado em Moçambique; a sétima classe se refere ao ensino básico ou elementar nas Américas; a *chapa de caixa aberta* é um tipo de carro pequeno de cabine simples geralmente usado para transportar mercadorias, mas usado para transportar pessoas; o *caniço* é um tipo de capim grosso usado para fazer casas; quanto a abertura de ficha de atendimento no hospital apenas nos cinco meses de gestação, relatou ser um comportamento normal de pessoas que vivem na área rural; além de esclarecer que os medicamentos fornecidos pelo curandeiro para a criança com atrofia das pernas são ervas e raízes; a *chima*, uma preparação oferecida para a criança nas refeições é uma massa preparada à base da farinha de milho e as casas feitas com chapas de zinco se chamam *mucuocua*.

Na organização das ideias centrais de ambos itinerários terapêuticos das mães foi observada: doença durante a gestação; as mães não foram informadas sobre o aleitamento materno durante a gestação; abriram ficha no hospital para o atendimento no quinto mês da

gestação; parto normal; o uso das crianças do medicamento *Murrowanhocane*; o pai pedreiro e a mãe trabalhadora da *machamba*; não há utilização de meios de transporte, apenas o uso de *caixa aberta* para idas ao hospital; há água potável nas casas e as duas são próximas de escolas e distantes do hospital; consumo de alimentos como farinha de milho antes dos seis meses de idade das duas crianças; ênfase da importância do atendimento no hospital para a desnutrição das crianças.

Discussão

As mães trazem uma trajetória de busca pela solução da desnutrição dos filhos cheia de significados e mediada por experiências, inserida em complexas redes de relações sociais. No entanto, essa rede de relações que ora se volta para o místico, ora para os serviços de proteção social não tem sido forte e coesa o bastante para criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança. De se notar que o incentivo ao aleitamento tenha surgido das mulheres mais velhas.

Em Moçambique a prática das mães cuidadoras tem se apresentado com um grande potencial para fortalecimento dessa rede de apoio (BUANANGO; CHUME; OLIVEIRA, 2021). A rede de apoio na saúde coletiva e comunitária tem sido amplamente realizada (RAMIREZ et al., 2019). No contexto rural, enfatiza-se a necessidade de compreender as redes sociais em todos os âmbitos em que o indivíduo está inserido, como sociocultural, político, econômico e práticas da família quanto acesso à escola, saúde e assistência social (PAIVA et al., 2012). Em Moçambique, a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) concentra as ações e os programas que compreende o setor público, o setor privado com e sem fins lucrativos e ou comunitário. Sendo o setor público o principal nos serviços de saúde no país com o objetivo de redução de altas taxas de mortalidade, como a desnutrição nos primeiros anos de vida (MOÇAMBIQUE, 2012).

A busca de outros setores de cuidado pode ser explicada pela necessidade das pessoas buscarem alguém com experiência de vida semelhante ou com a mesma linguagem, transmitindo uma melhor compreensão do problema, como o curandeiro (SANTOS; SILVA, 2014). As experiências trazidas pelos itinerários terapêuticos enfatizam as escolhas do indivíduo ou seus determinantes quanto ao contexto sociocultural vivido pelo sujeito (DEMÉTRIO et al., 2019). Como os saberes populares e os conhecimentos biomédicos,

revelando a pluralidade do entendimento para o alcance da saúde. Os resultados atenderam ao referencial teórico utilizado (KLEINMAN, 1978) em que as personas no setor da cura profissional consistiram nos profissionais da medicina científica, enquanto no setor de curas populares aparece o curandeiro o uso de medicamentos tradicionais africanos, além da família no setor informal como apoio.

Os africanos buscam reduzir a mortalidade neonatal e de crianças menores de 5 anos de idade. No entanto, é necessário rastrear ainda mais as tendências locais da mortalidade infantil (GOLDING et al., 2017). Os cuidados primários em saúde baseados na comunidade podem ser contribuições valiosas para a melhoria da saúde materna, neonatal e infantil (BLACK et al., 2017). Com isso, programas de educação nutricional para mães africanas precisam ir além do conhecimento e práticas dietéticas na alimentação complementar para melhorias no consumo alimentar, precisam de estratégias na agricultura, oficinas educativas e suplementação para melhores reduções nos índices de desnutrição crônica (JARDI; CASANOVA; ARIJA, 2021). Sobretudo com a participação comunitária na valorização dos saberes locais para o desenvolvimento endógeno (ARAÚJO, 2014).

Contudo, o envolvimento comunitário no combate à desnutrição infantil destaca a participação de “mães cuidadoras”, “mães beneficiárias”, “mães mentoras” (BUANANGO; CHUME; OLIVEIRA, 2021). Porém, a implementação de intervenções sofre com os gargalos dos sistemas de saúde em países de baixa renda e as estratégias inovadoras para serviços, integração e vínculos no cuidado da saúde materna, neonatal e infantil são imprescindíveis para a redução de doenças e da mortalidade desses grupos mais vulneráveis (SHETTY, 2016). Pois, apesar da prevalência de desnutrição ter diminuído em quase todas as regiões do mundo nas últimas duas décadas, as taxas africanas continuaram a aumentar, exigindo uma compreensão dos determinantes da desnutrição neste cenário (BLACK et al., 2017).

Considerações finais

O itinerário terapêutico permitiu o conhecimento da trajetória de duas crianças com desnutrição internadas no Hospital do Distrito da Massinga em Moçambique na África, em que a falta de uma rede de proteção suportada por políticas públicas adequadas se mostrou como a maior fragilidade. Os conhecimentos tradicionais, embora sufocados pela hostilidade do ambiente e escassez de recursos ainda aparecem como resposta, colocando em evidência a

resiliência dessas populações que vivem abaixo da linha de pobreza. Os achados evidenciam o quanto o trabalho qualitativo ajuda a entender a realidade, assim trabalhos como esse devem ser encorajados.

Referências bibliográficas

- AKOMBI, B.J; AGHO, K.E; HALL, J.J; WALI, N; RENZAHO, A.M.N; MEROM, D. Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Switzerland, v.14, n.8, p. 863, 2017. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080863>
- ALMEIDA, J.M; LUZ SAB, UED F.V. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 33, n.3, p.355-62, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
- AMARAL, L.J.X; SALES, S.S; CARVALHO, D.P.S.R.P; CRUZ, G.K.P; AZEVEDO, I.C; JÚNIOR, M.A.F. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 127-134, 2015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>
- ARAÚJO, R. C. Análise sobre a monocultura de soja e o desenvolvimento sustentável na amazônia com base na teoria do desenvolvimento endógeno. **Rev. E&D**, Pernambuco, v.26, 1, p. 105-118, 2014. <https://doi.org/10.5902/1414650913882>
- BALOGUN, O.O.O; SULLIVAN, E.J; MCFADDEN, A; OTA, E; GAVINE, A; GARNER, C.D; RENFREW, M.J; MACGILLIVRAY, S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. **Cochrane Database Syst Rev**, England, v.11, n.11, p. CD001688, 2016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
- BLACK, R.E; TAYLOR, C.E; AROLE, S; BANG, A; BHUTTA, Z.A; CHOWDHURY, A.M.R; et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. **J Glob Health**, Scotland, v.7, n.1, p. 010908, 2017. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010908>
- BOWATTE, G; THAM, R; ALLEN, K; TAN, D; LAU, M; DAI, X. et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, v.104, n.467, p. 85-95. 2015. <https://doi.org/10.1111/apa.13151>
- BUANANGO, M. A; CHUME, P. F. C; OLIVEIRA, M. R. M. de. Programs and actions to prevent and combat malnutrition in Mozambique: analysis of networking, based on social dynamics, in Sussundenga. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e26510615776, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15776.

CHOWDHURY, R; SINHA, B; SANKAR, M.J; TANEJA, S; BHANDARI, N; ROLLINS, N; et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, Norway, v. 104, p.96-113, 2015. <https://doi.org/doi:10.1111/apa.13102>

DAVIS, T.P; WETZEL, C; HERNANDEZ-AVILAN, E; MENDONZA LOPES, C; CHASE, R.P; WINCH, P.J; et al. Reducing child global undernutrition at scale in Sofala Province, Mozambique, using Care Group Volunteers to communicate health messages to mothers. *Glob Health Sci Pract*, United States, v.1, n.1, p.35-51, 2013. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-12-00045>

DEMÉTRIO, F; SANTANA, E.R; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, pp. 204-221, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>

FRANCIS, J.J; JOHNSTON, M; ROBERSTON, C; GLIDEWELL, L; ENTWISTLE, V; ECCLES, M.P; et al. “What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview study”. *Psychol Health*, United States, v. 25, n.1, p. 1229-45, 2010. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>

GOLDING, N; BURSTEIN, R; LONGBOTTON, J; BROWNE, A.J; FULLMAN, N; OSGOOD-ZIMMERMAN; et al. Mapping under-5 and neonatal mortality in Africa, 2000-15: a baseline analysis for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, England, v.390, n.10108, p.2171-2182, 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31758-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31758-0)

JARDÍ, C; CASANOVA, B.D; ARIJA, V. Nutrition Education Programs Aimed at African Mothers of Infant Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, Switzerland, v.18, n.14, p.709, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147709>

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*, New York, v.12, n.2B, p. 85-95, 1978. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – MS. ÁFRICA. 2012.** Disponível em: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Mozambique/Mozambique%20JAR%202011.pdf. Acesso em: 23 de fevereiro de 2022.

MORÉ, C.L.O.O. **A entrevista semiestruturada ou de profundidade, no contexto da saúde, dilemas epistemológicos e desafios da sua construção e aplicação.** Atas, Portugal, n.1, v.3, p 07-21, 2015. ISBN // 978-972-8914-55-4

ONIS, M; DEWEY, K.G; BORGHI, E; ONYANGO, A.W; BLOSSNER, M; DAELMAND, B et al. The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Matern Child Nutr*, England, v. 2, n. 2, p.6-26, 2013. <https://doi.org/10.1111/mcn.12075>

ORTELAN, N; VENANCIO, S. I; BENICIO, M. H. D. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p. e00124618, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>.

PAES-SOUSA, R; CHAVANE, L; COELHO, V.S.P. Diversidades e convergências nos indicadores de Saúde no Brasil e em Moçambique. **Novos estud. CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 291-320, 2019. <https://doi.org/10.25091/S01013300201900020005>

PAIVA, F. S.de; COSTA, P. H.A. da; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. **Aletheia**, Goiás, v.37, n.1, p.57-72, 2012. ISSN 1413-0394.

RAMIREZ, Y. P. G; TAMAYO, E. M. P; SALAZAR, A. D. M; OLIVEIRA, M. R. M. Inducción de una Red Académica como estrategia de fortalecimiento de las Políticas Públicas de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en Suramérica. **REDES**, Barcelona, v. 30, n.2, p. 167-180, 2019. <http://doi.org/10.5565/rev/redes.844>.

ROSE, E.S; BLEVINS, M; GONZÁLEZ- CALVO, L; NDATIMANA, E; GREEN, A.F; LOPEZ, M; et al. Determinants of undernutrition among children aged 6 to 59 months in rural Zambézia Province, Mozambique: results of two population-based serial cross-sectional surveys. **BMC Nutr**, England, v.1, n.1, p. 41, 2015. <https://doi.org/10.1186/s40795-015-0039-1>

SANTOS, R.C; SILVA, M.S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc**, Goiás, v. 23, n.3, p.1049-63, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>

SHETTY, A.K. Global Maternal, Newborn, and Child Health: Successes, Challenges, and Opportunities. **Pediatr Clin North Am**, United States, v. 63, n.1, p.1-18, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.08.001>

SILVA, D.C; BUDÓ, M.L.D; SCHIMITH, M.D; TORRES, G.V; DURGANTE, V.L; RIZZATTI, S.J.S; et al. Influence of social networks on the therapeutic itineraries of people with venous ulcer. **Rev. Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 3, p. 90-96, 2014. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45072>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021.



WOUK K, TULLY K.P, LABBOK M.H. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. **J Hum Lact**, United States, v.33, p.1, p.50-82, 2017.
<https://doi.org/10.1177/0890334416679618>

ZIELIŃSKA, M.A; SOBCZAK, A; HAMUŁKA, J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. **Rocz Panstw Zakl Hig**, Poland, v.68, n.1, p.51-59. 2017. PMID: 28303701