



**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO EM
ACOMPANHAMENTO NO HOSPITAL PROVINCIAL DE CHIMOIO, MANICA,
MOÇAMBIQUE**

**FOOD PRACTICES IN CHILDREN WITH MALNUTRITION FOLLOWED-UP AT
THE PROVINCIAL HOSPITAL OF CHIMOIO, MANICA, MOZAMBIQUE**

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN EN
SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CHIMOIO, MANICA,
MOZAMBIQUE**

**PRATIQUES ALIMENTAIRES DES ENFANTS SOUFFRANT DE
MALNUTRITION, SUIVIS À L'HÔPITAL PROVINCIAL DE CHIMOIO,
MANICA, MOZAMBIQUE**

Paulo Lúcio Morais

Especialista em Segurança Alimentar e Nutricional - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Manica – Chimoio, Moçambique.

pauloluciomorais1@gmail.com

 ORCID : <https://orcid.org/0009-0008-6526-5604>

Lilian Fernanda Galesi Pacheco

Doutora em Alimentos e Nutrição, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP); Pós-doutoranda no Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, IBILCE – UNESP, São Paulo, Brasil.

lilian.galesi@unesp.br

 ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-6453-0356>

Recebido em: 23/05/2023

Aceito para publicação: 02/09/2024

Resumo

Desnutrição é a segunda causa de morte em crianças menores de 5 anos no Hospital Provincial de Chimoio (HPC), destacando-se o reinternamento de crianças desnutridas provenientes dos Distritos de Chimoio e Macate. Objetivou-se avaliar as práticas alimentares de crianças desnutridas em acompanhamento nutricional no HPC, moradoras em Chimoio e Macate, identificando os factores associados a desnutrição, bem como construir junto às cuidadoras, estratégias para mitigá-la. Foi realizada pesquisa-acção, quanti-qualitativa, transversal e explicativa. Em quatro visitas domiciliares,

foram avaliados consumo alimentar, características socioeconômicas e demográficas com a aplicação de questionários, além de entrevistas gravadas, fotografadas e registradas em diário de campo. Os dados quantitativos foram analisados em planilha Excel e os qualitativos com apoio da Análise de Conteúdo. Entre as sete famílias participantes, a desnutrição esteve presente nos primeiros 2 anos de vida, em cinco. As crianças consumiam mais alimentos ricos em carboidratos, verduras, legumes e frutas. Verificou-se baixo consumo de leite e derivados, desmame precoce, fraco poder de compra das famílias e consumo de alimento terapêutico pronto para uso (ATPU) abaixo das recomendações. Notou-se alto consumo de doces e sumos concentrados. Apenas duas crianças tomavam as refeições na companhia das cuidadoras. A partir dos problemas levantados, foram construídas quatro estratégias junto às cuidadoras, visando a mitigação da desnutrição infantil local. É necessário desenvolver ações de educação em saúde, respeitando as necessidades alimentares das crianças, com maior envolvimento dos chefes de família. Este estudo pode apoiar o sector de saúde na mitigação do problema e no direcionamento de políticas públicas locais.

Palavras-chave: Nutrição, Desnutrição Infantil, Comportamento Alimentar, Moçambique.

Abstract

Malnutrition is the second cause of death in under-5 children at the Provincial Hospital of Chimoio (HPC), highlighting the readmission of malnourished children from the Districts of Chimoio and Macate. The objective was to evaluate the food practices of malnourished children in nutritional monitoring at the HPC, living in Chimoio and Macate, identifying the factors associated with malnutrition, as well as to jointly build with the caregivers, strategies to mitigate it. It was performed an action-research, of quanti-qualitative, cross-sectional and explanatory nature. In four home visits, food consumption, socioeconomic and demographic characteristics were evaluated with the application of questionnaires, in addition to interviews that were recorded, photographed and registered in a field diary. Quantitative data were analyzed in Excel spreadsheet and qualitative data with support from Content Analysis. In seven participating families, the research found five children under two years of age with malnutrition. The children consumed more foods rich in carbohydrates, vegetables and fruits. Low consumption of milk and dairy products, early weaning, poor purchasing power of families, and consumption of ready-to-use therapeutic food (RUTF) below recommendations were observed. High consumption of sweets and concentrated juices was also noted. Only two children took their meals in the company of their caregivers. Four strategies were built with the caregivers, aiming at mitigating local child malnutrition. It is necessary to develop health education actions with greater involvement of the heads of household. This study can support the health sector in mitigating the problem as well as targeting local public policies.

Keywords: Nutrition, Child Malnutrition, Eating Behavior, Mozambique.

Resumen

La desnutrición es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años en el Hospital Provincial de Chimoio (HPC), destacando el reingreso de niños desnutridos de los Distritos de Chimoio y Macate. El objetivo fue evaluar las prácticas alimentarias de los niños desnutridos con acompañamiento nutricional en el HPC, residentes en Chimoio y Macate, identificando los factores asociados a la desnutrición, así como construir estrategias para mitigarla. Se realizó una investigación-acción, de tipo cuanti-cualitativa, transversal y explicativa. En cuatro visitas domiciliarias se evaluó el consumo de alimentos, características socioeconómicas y demográficas. Los datos cuantitativos fueron analizados en planilla

Excel y los cualitativos con apoyo de Análisis de Contenido. En siete familias participantes, se encontró que cinco niños presentaron desnutrición en los primeros 2 años de vida. Los niños consumían más alimentos ricos en hidratos de carbono, verduras y frutas. Se comprobó el bajo consumo de leche y productos lácteos, el destete precoz, el escaso poder adquisitivo de las familias y el consumo de alimentos terapéuticos listos para usar por debajo de las recomendaciones. Se observó un elevado consumo de dulces y jugos concentrados. Sólo dos niños tomaban sus comidas en compañía de los cuidadores. Se construyeron cuatro estrategias con los cuidadores, con el objetivo de mitigar la desnutrición infantil local. Es necesario desarrollar acciones de educación sanitaria, con una mayor implicación de los cabezas de familia. Este estudio puede servir de apoyo al sector de salud para mitigar el problema y orientar las políticas públicas locales.

Palabras clave: Nutrición, Desnutrición Infantil, Conducta Alimentaria, Mozambique.

Résumé

La malnutrition est la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans à l'Hôpital Provincial de Chimoio (HPC), soulignant la réadmission d'enfants malnutris des districts de Chimoio et Macate. L'objectif était d'évaluer les pratiques alimentaires des enfants malnutris en suivi nutritionnel à l'HPC à Chimoio et Macate, en identifiant les facteurs associés à la malnutrition, et des stratégies d'atténuation. Une recherche-action, quanti-qualitative, transversale et explicative a été menée. Lors de quatre visites à domicile, la consommation alimentaire, les caractéristiques socio-économiques et démographiques ont été évaluées. Les données quantitatives ont été analysées dans une feuille de calcul Excel et les données qualitatives avec le soutien de l'analyse de contenu. Dans sept familles participantes, les chercheurs ont trouvé cinq enfants de moins de deux ans souffrant de malnutrition. Les enfants consommaient davantage d'aliments riches en hydrates de carbone, de légumes et de fruits. La faible consommation de lait et de produits laitiers, le sevrage précoce, le faible pouvoir d'achat des familles et la consommation d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi inférieure aux recommandations ont été vérifiés. Une forte consommation de sucreries et de jus concentrés a été constatée. Seuls deux enfants prenaient repas en compagnie des soignants. Quatre stratégies ont été construites avec les soignants, visant à atténuer la malnutrition infantile. Il est nécessaire de développer des actions d'éducation sanitaire, avec une plus grande implication des chefs de famille. Cette étude peut aider le secteur de la santé à atténuer le problème et à cibler les politiques publiques locales.

Mots clés : Nutrition, Malnutrition Infantile, Comportement Alimentaire, Mozambique.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define desnutrição energético-proteica como uma gama de condições patológicas que aparece por deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes (principalmente os energéticos e os proteicos) pelas células do organismo,

ocorrendo com maior frequência em lactantes e em crianças na idade pré-escolar (FROTA et al., 2009).

Segundo a Unicef, no seu relatório sobre a situação mundial da infância, uma em cada 3 crianças menores de 5 anos é malnutrida, e cerca de duas em cada três crianças com idades entre 6 meses a 2 anos de idade, não recebem alimentos que lhes permitam um crescimento rápido do seu corpo e cérebro. Situações essas que podem interferir na aprendizagem da criança, debilitar o sistema imunológico, podendo aumentar o risco de infecções e até mesmo levar a morte (UNICEF, 2021).

Aproximadamente dois terços das mortes por desnutrição no mundo, estão associadas a práticas alimentares inadequadas e ocorrem no primeiro ano de vida (OLIVEIRA et al., 2012). As práticas alimentares inadequadas de crianças menores de dois anos, principalmente entre as populações menos favorecidas econômica e socialmente, estão diretamente relacionados ao aumento da morbidade, representada por doenças infecciosas, desnutrição e carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A (CAVALCANTE et al., 2006; CHUPROSKI et al., 2012). A exemplo das práticas inadequadas estão o desmame precoce, introdução tardia da diversificação alimentar e dieta pobre em proteínas (BRANDÃO et al., 2016).

Desde 2010 até ao surgimento da pandemia da COVID-19, a desnutrição materno-infantil nos países de baixa e média renda econômica vinha a reduzir de forma global a cada ano. Porém, com o surgimento da pandemia, tornou-se um problema generalizado aliado ao crescente aumento dos preços dos alimentos, interrupções sucessivas dos meios de subsistência e de algumas áreas dos serviços de saúde (UNICEF, 2021).

Segundo a OMS (2018), 43% das crianças em Moçambique sofrem de desnutrição crônica e 69% das crianças menores de 5 anos sofrem de deficiência de vitamina A e de ferro. Entre os anos de 2011 e 2015, estimava-se que nesta mesma faixa etária, a mortalidade de 25,6% das crianças estava diretamente associada à desnutrição (CULPA et al., 2022). Durante o primeiro semestre de 2017, a taxa de letalidade por desnutrição na capital Maputo foi de 6,5% (MOÇAMBIQUE, 2017).

A desnutrição crônica em Moçambique tem como causas imediatas, além da ingestão inadequada e das dietas monótonas com deficiências de micronutrientes e elevados níveis de infecções, a pobreza e práticas alimentares inadequadas das mães e crianças, o insuficiente acesso à saúde, à água e aos serviços de saneamento, assim como o baixo nível de educação e a desigualdade de gênero (ROSC, 2014).

Segundo o relatório do Hospital Provincial de Chimoio (HPC, 2020), o hospital registou internamento de 249 crianças com desnutrição, contra 239 crianças internadas no mesmo período de 2019. Foram de 12 óbitos por desnutrição em 2020, contra 8 óbitos em 2019, correspondendo a uma taxa de letalidade por desnutrição de 4,8% em 2020 e 3,3% da taxa de letalidade registrado no mesmo período de 2019.

Do total de crianças internadas no primeiro semestre de 2020 no HPC, 62,7% foram provenientes da Cidade de Chimoio, 16,0% provenientes do Distrito de Macate, 12,0%

provenientes do Distrito de Vanduzi e 9,3% do Distrito de Gondola. Dos pacientes internados neste período, 7,7% foram casos de reinternamento, pois os mesmos estiveram internados com a mesma doença num intervalo de 6 meses a 1 ano, contra 5,6% casos de reinternamento registrados em 2019 (HPC, 2020).

Sendo a desnutrição a segunda causa de morte nas crianças de 06 meses a 5 anos de idade nesta unidade sanitária, pelo facto dos casos de internamento serem cada vez mais preocupantes e, ainda, o Distrito de Macate ser o segundo local de proveniência dos casos de desnutrição, surgiu a demanda para esta pesquisa. Foi realizado o estudo na expectativa de entender os factores que contribuíam para a persistência da desnutrição e conseqüentemente o internamento por desnutrição no HPC e que possa servir de base para a criação de estratégias para mitigação do problema.

Este trabalho teve como objetivo avaliar as práticas alimentares de crianças desnutridas em acompanhamento nutricional no HPC, moradoras em Chimoio e Macate, identificando os factores que se associam à desnutrição, bem como construir junto a mãe/cuidadora, estratégias para mitigá-la.

Método

O estudo foi realizado em Moçambique, na Província de Manica, concretamente na Cidade de Chimoio e no Distrito de Macate, a partir do atendimento às crianças desnutridas do Hospital Provincial de Chimoio (HPC). O HPC é uma Unidade Sanitária (US) de nível terciário, serve de referência para todos Distritos da Província de Manica e alguns Distritos da Província de Sofala tais como Distrito de Gorongosa e Chibabava. Esta US presta cuidados em regime de internamento e ambulatorio. A população de captação é estimada em 2.114.507 habitantes, segundo projecção do censo 2017. O hospital ocupa uma área de 41.929m² e conta com 483 camas.

A população de estudo foram mães/cuidadoras de crianças desnutridas em acompanhamento nutricional no HPC. A identificação das participantes foi feita pelo pesquisador mediante a recolha da informação existente no processo clínico dos pacientes atendidos por desnutrição tais como: idade, local de proveniência, contacto telefónico e motivo de admissão aos serviços de nutrição do HPC. A selecção dos participantes foi feita de forma intencional de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Os critérios de inclusão adotados foram: mães/cuidadoras de crianças com idades compreendidas de 06 meses a 05 anos de vida em acompanhamento nutricional, atendidas no HPC, residente em um dos Bairros da Cidade de Chimoio e Distrito de Macate, com contacto telefónico no seu processo clínico de internamento. Foram excluídos do estudo, mães/cuidadoras de crianças gemelares e/ou prematuras.

A identificação das mães/cuidadoras foi realizada preservando o anonimato, por meio de códigos (M1, M2, M3,... e M7) e as crianças (C1, C2, C3,... e C7).

Recolha de dados

Para a recolha de dados foi realizada a pesquisa-ação, do tipo quanti-qualitativa transversal e explicativa, por meio de visitas domiciliares semanais às famílias recrutadas. As entrevistas e o preenchimento do questionário foram gravados, fotografados com permissão e realizadas anotações em diário de campo, durante e após cada visita.

Para a efectivação da visita domiciliar, o pesquisador, funcionário do HPC, fez uma ligação telefónica através de contacto da mãe/cuidadora ou da pessoa mais próxima da criança, que se encontrava registado no processo clínico infantil. Na ligação, o entrevistador apresentou-se, pediu a mãe/cuidadora da criança para fazer parte do estudo, mostrou a importância e o contributo da sua participação.

As visitas domiciliares do entrevistador foram feitas na companhia de duas Técnicas de Nutrição, sendo uma funcionária do HPC e outra funcionária no Centro de Saúde Eduardo Mondlane. Estas funcionárias atenderam pelo menos uma vez as crianças em causa dentro da US durante o internamento ou nas consultas de controlo. Importa referir ainda, que a nível da Cidade de Chimoio, as visitas do entrevistador foram feitas com o suporte de uma das Técnicas de Nutrição colaboradoras no estudo, mediante a identificação do funcionário de saúde pelo uso do crachá, da credencial de autorização para efectivação do estudo e dos termos de consentimentos para participação no mesmo. E a nível do distrito de Macate, além dos aspectos mencionados acima que faziam parte de suporte para as visitas do entrevistador, também foi necessário ter a anuência do Agente Polivalente Elementar de Saúde, residente nas duas comunidades onde localizavam-se os 3 participantes do estudo no distrito de Macate (Posto Administrativo Macate – Localidade de Marera e Posto Administrativo de Zembe - localidade de Boavista), de modo a facilitar o contacto com as famílias envolvidas no estudo. A entrevista foi feita na língua portuguesa e local, tendo em conta a vontade expressiva manifestada pelas entrevistadas.

As visitas domiciliares tiveram duração de 30 a 45 minutos em média. Cada família foi visitada 4 vezes, com intervalo médio de 7 a 8 dias, de acordo com a disponibilidade e horário da mãe/cuidadora. Durante as visitas, foi aplicado um questionário e realizada uma entrevista semiestruturada, com um guião de entrevista elaborados pelos pesquisadores. O questionário continha perguntas sobre condições socioeconómicas e demográficas tais como: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, agregado familiar e grau de parentesco da cuidadora com a criança, bem como questões sobre as práticas alimentares infantis: tipo de aleitamento, tempo de amamentação e pessoa que prepara as refeições da criança.

Para a avaliação do consumo alimentar, foi aplicado o Recordatório de 24 horas (FISBERG, 2005) e um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) desenvolvido para cidade de Nampula (Moçambique), por Machamba (2014). O QFA foi adaptado à realidade do estudo a partir da substituição de alimentos com base nos conhecimentos do pesquisador sobre a alimentação praticada localmente.

É importante referir que as visitas domiciliares foram realizadas durante o final de semana (sábado) e outras durante os dias de semana (de segunda a sexta-feira), de acordo com a disponibilidade da mãe/cuidadora. Ressalta-se que, na percepção do pesquisador, de acordo com os relatos das mães/cuidadoras, não houve diferença significativa quanto ao tipo de alimentos consumidos nestes diferentes dias.

Na última visita, foram realizadas demonstrações culinárias feitas com base nos alimentos disponíveis e acessíveis localmente. As receitas para as demonstrações culinárias foram adaptadas do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (MOÇAMBIQUE, 2018). Por fim, a mãe/cuidadora participou da entrevista semiestruturada, em que respondeu o que ela entendia por desnutrição, quais as mudanças que esta doença havia trazido para a criança e para sua família, quais eram as maiores dificuldades que ela enfrentava e sua opinião sobre as visitas feitas. E em seguida, de forma consensual entre o pesquisador e a mãe/cuidadora foi construído o conceito da desnutrição infantil, práticas alimentares saudáveis e cuidados a ter para uma alimentação segura da criança, tendo em conta as proporções diárias a serem consumidas por refeição de acordo com as necessidades e condições locais.

Os instrumentos usados na pesquisa (guião de entrevista/questionário) foram previamente testados e aprovados em estudo piloto. A participação das mães/cuidadoras da criança, foi feita por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Abaixo a figura 1, ilustra as etapas sequenciadas das actividades desenvolvidas durante as visitas domiciliares.

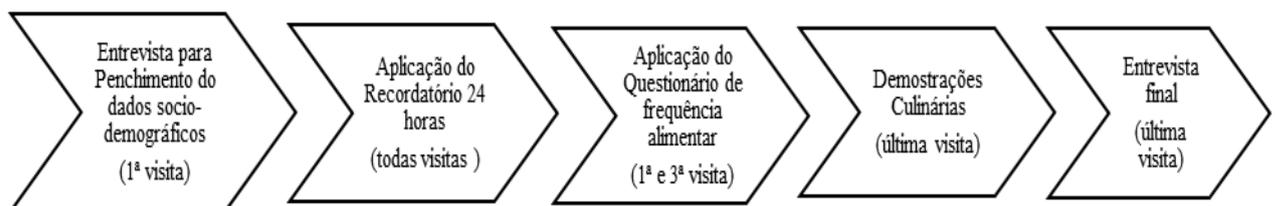


Figura 1. Fluxograma de actividades realizadas nas visitas domiciliares - Chimoio, Macate 2021.

Análise dos dados

A pesquisa recolheu dados de variáveis quantitativas assumindo valores numéricos discretos e contínuos que foram analisados usando o programa estatístico SPSS, versão 15, dispostos de forma descritiva.

Para análise dos dados do recordatório de 24 horas e da frequência alimentar foi usado o programa informático de Microsoft Excel, onde os dados foram organizados em uma tabela.

A organização dos dados de recordatório 24 horas na tabela foi feita mediante o alistamento dos alimentos consumidos e separados de acordo com os grupos alimentares tais como: 1º

grupo: carboidratos (arroz, batata, xima¹, papas², mandioca e inhame), 2º grupo: verduras e legumes (couve, repolho, tomate e cenoura), 3º grupo: frutas (banana, laranja e tangerina), 4º grupo: leite e derivados (leite, iogurtes e queijo), 5º grupo: carnes e ovos (peixe, frango, ovos, carne suína e caprina), 6º grupo: leguminosas e oleaginosas (feijão, soja e castanha de caju), 7º grupo: óleos e gorduras (azeite, manteiga e óleos) e 8º grupo: açúcares e doces (rebuçados³, sumos industrializados e bombom), seguido da soma do número de vezes que o alimento foi consumido durante o dia, por cada criança. Tendo em conta o valor encontrado de consumo dos alimentos dos diferentes grupos alimentares por criança, fez-se a representação gráfica, onde os grupos de alimentos estavam ilustrados por cores distintas e as crianças por codificação de C1, C2, C3,... e C7 por forma a mostrar os alimentos (grupos alimentares) mais e menos consumidos pelas crianças avaliadas durante 24 horas.

Quanto à organização dos dados de frequência alimentar, foi feita tabela mediante o alistamento dos alimentos consumidos e agrupados de acordo com os grupos alimentares a que pertenciam. Em seguida definiu-se intervalos de consumo de cada grupo alimentar classificados em: frequência alta (consumo semanal de 7 a 5 dias), frequência média (consumo semanal de 4 a 3 dias), frequência baixa (consumo semanal de 2 a 1 dia) e a ausência de consumo.

Para a análise dos dados qualitativos, obtidos por meio da entrevista, foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Após transcrição completa das gravações e anotações recolhidas durante as visitas domiciliares, partiu-se para a pré-análise, leitura exaustiva do material e identificação de suas categorias, que foram agrupadas de acordo com a relevância e repetição do assunto, organizadas e lapidadas.

Resultados

Para a realização da pesquisa, foram identificadas 20 crianças de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Após obtenção do contacto telefónico, 14 (70%) mães/cuidadoras aceitaram participar no estudo. Porém, durante sua efectivação (desde o agendamento da primeira visita até a última visita), participaram até ao final da pesquisa 7 (50%) mães/cuidadoras.

A tabela 1, apresenta a distribuição das crianças do estudo, tendo em conta a sua idade, sexo e o tipo de desnutrição que apresentaram.

Tabela 1: Distribuição das crianças por sexo, idade e estado nutricional, Chimoio, Macate, 2021.

¹ Xima: bolo resultante da preparação da farinha de milho com água

² Papas: preparação elaborada com base de farinha de milho, água e açúcar

³ Rebuçados: doce de açúcar

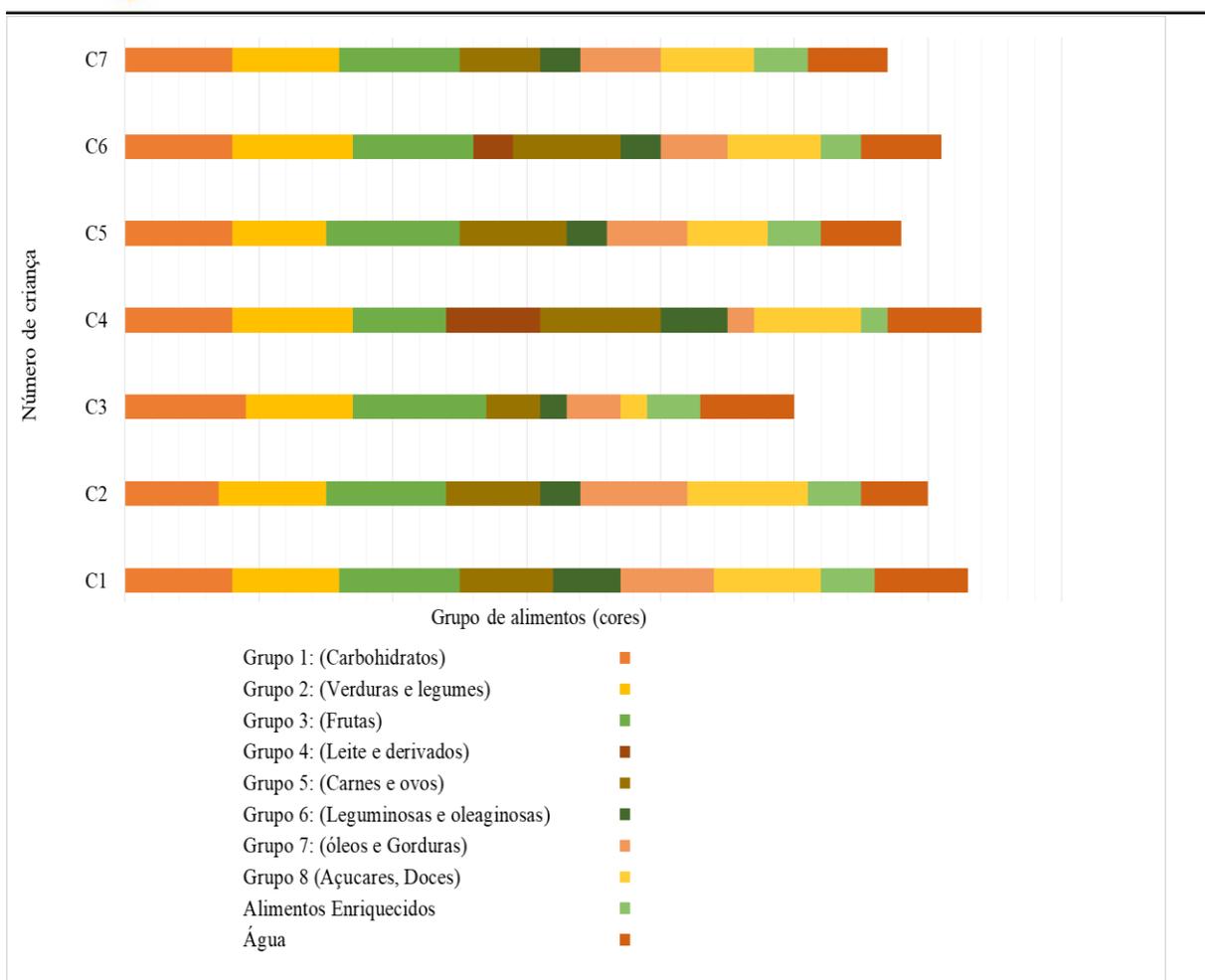
Tipo de desnutrição	Idade Média das Crianças (Meses)	Sexo	
		Masculino (n)	Feminino (n)
Desnutrição aguda grave*	13	3	1
Desnutrição aguda moderada*	28	2	0
Desnutrição crónica*	59	0	1
Total Geral		5	2
Média das idades (n=7)	24		

*Classificação obtida a partir do processo clínico hospitalar.

Das crianças avaliadas, duas eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Apenas duas crianças tiveram desnutrição com idade igual ou maior a 3 anos. Cinco crianças tiveram a desnutrição nos primeiros 2 anos de vida. As crianças desnutridas tinham pouco mais de 14 meses, sendo que, até ao final do estudo, apenas uma criança com desnutrição crónica é que se encontrava desnutrida sem nenhuma alteração do seu estado nutricional, com um peso constante de 11kg desde os seus 36 meses (3 anos) de vida até ao período em que fez parte do estudo aos 59 meses.

Com o propósito de verificar as práticas alimentares das crianças desnutridas e os factores associados, estão apresentadas abaixo a figura 2 e as tabelas 2 e 3.

A figura 2 apresenta a frequência diária de consumo alimentar de acordo com os grupos de alimentos.



Dados obtidos a partir do Recordatório 24 Horas.

Figura 2. Alimentos e bebidas consumidas diariamente pelas crianças, Chimoio – Macate, 2021.

Tendo em conta os dados apresentados na figura 2 é notório que as crianças consomem no seu dia a dia mais alimentos dos primeiros grupos (1º, 2º e 3º grupo), seguido de 5º e 8º grupo. Porém, o consumo de alimentos do 4º grupo (leite e derivados) é quase inexistente na dieta das crianças avaliadas.

A tabela 2, ilustra a frequência semanal de consumo alimentar de acordo com os grupos de alimentos.

Tabela 2: Frequência semanal de consumo pelas crianças dos grupos de alimentos avaliados. Chimoio, Macate, 2021.

Grupos de Alimentos	Frequência Alta (n)	Frequência Média (n)	Frequência Baixa (n)	Não Consome (n)
Grupo 1: (Carboidratos)	7	0	0	0
Grupo 2: (Verduras e legumes)	7	0	0	0
Grupo 3: (Frutas)	7	0	0	0
Grupo 4: (Leite e derivados)	1	0	1	5

Grupo 5: (Carnes e ovos)	5	2	0	0
Grupo 6: (Leguminosas e oleaginosas)	0	2	5	0
Grupo 7: (Óleos e Gorduras)	3	4	0	0
Grupo 8 (Açúcares, Doces)	5	1	1	0
Alimentos Enriquecidos	7	0	0	0
Água	7	0	0	0

Frequência alta: 7 a 5 dias por semana; frequência média: 4 a 3 dias por semana; frequência baixa: 2 a 1 dias por semana.

Dados obtidos a partir do Questionário de Frequência Alimentar.

Com os dados recolhidos a partir da frequência alimentar, verificou-se que todas crianças comem alimentos ricos em carboidratos, verduras, legumes, frutas e alimentos enriquecidos com uma frequência alta (todos os dias). E o consumo semanal de carnes e ovos é alto em 5 crianças. Também se destaca o consumo elevado de 5 crianças, em carboidratos simples que apresentam poucos nutrientes tais como: doces e sumos industrializados (concentrados).

Portanto, ficou evidente que maior parte das crianças (5 crianças) não consomem leite e derivados durante a semana e o consumo de leguminosas e oleaginosas em 5 crianças é baixo.

Em seguida, consta a tabela 3, onde apresenta-se a duração do aleitamento materno e tipo de leite consumido segundo o grau de desnutrição apresentado pelas crianças do estudo.

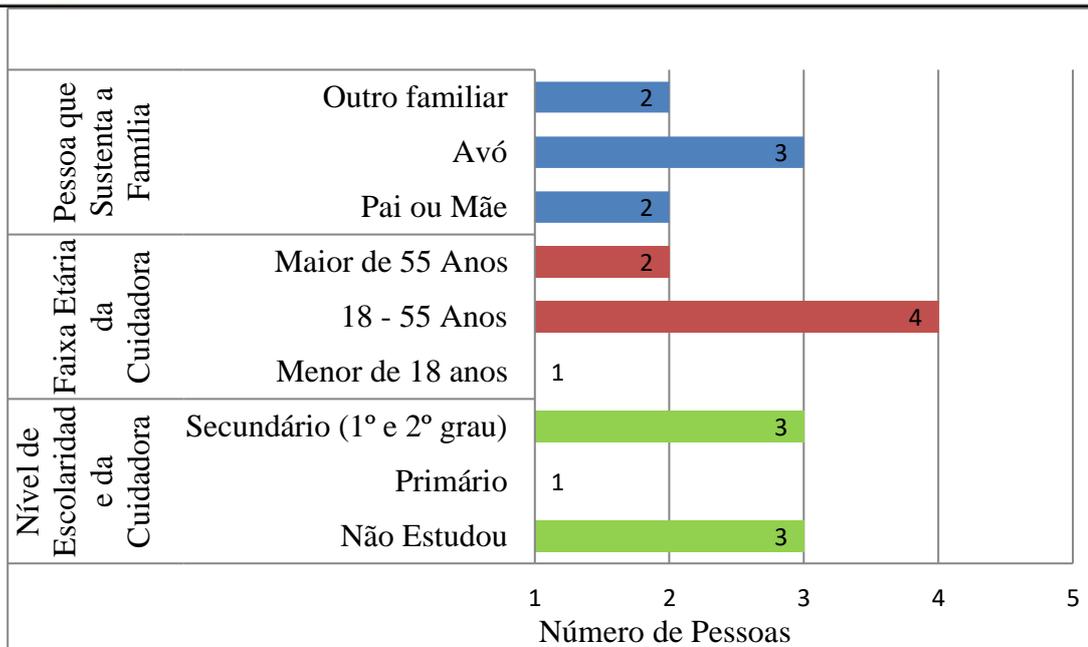
Tabela 3. Duração do aleitamento materno e tipo de leite consumido segundo o grau de desnutrição apresentado pelas crianças, Chimoio, Macate, 2021.

Tipo de desnutrição	Tipo de leite consumido	Período de aleitamento materno			Total
		< 6 Meses	6 a 12 Meses	Não Mamou	
Desnutrição aguda grave	Artificial	1	0	0	1
	Nenhum	1	1	1	3
Desnutrição aguda moderada	Nenhum	1	1	0	2
Desnutrição crónica	Artificial	1	0	0	1
Total Geral		4	2	1	7

Dados obtidos a partir do processo clínico hospitalar e entrevista.

Do total das crianças observadas, apenas duas crianças tiveram aleitamento materno no intervalo de 6 a 12 meses. Quatro destas crianças tiveram aleitamento no período menor de 6 meses e uma não teve aleitamento materno.

Os factores socioeconómicos e demográficos pesquisados entre as famílias participantes, estão apresentados os dados na figura 3.



Dados obtidos a partir do processo clínico hospitalar e entrevista.

Figura 3. Nível de escolaridade, faixa etária da cuidadora e pessoa que sustenta as famílias do estudo, Chimoio, Macate, 2021.

Do total das cuidadoras, três não frequentaram a escola, e das que frequentaram, nenhuma cuidadora estudou além do nível secundário. Quanto à faixa etária das cuidadoras, a mais frequente é de 18 a 55 anos, com destaque de uma criança que é cuidada por uma menor de idade.

Quanto à pessoa que sustenta a família, ficou evidente que a maior parte é sustentada por outros membros ao invés dos legítimos progenitores.

Abaixo encontra-se tabela 4, que apresenta a relação entre a pessoa que prepara as refeições da criança em relação ao seu acompanhante durante a refeição.

Tabela 4. Pessoa que prepara as refeições da criança em relação ao acompanhante da criança durante a refeição, Chimoio, Macate, 2021.

	Acompanhante da criança durante a refeição				Total
	Mãe	Irmão	Primo	Avo	
Mãe	1	1	0	0	2

Responsável pelo preparo das refeições	Avó	0	1	1	1	3
	Irmã	0	1	0	0	1
	Tia	0	0	1	0	1
Total		1	3	2	1	7

Segundo a tabela 4, cinco crianças tinham como companhia nas suas refeições os seus irmãos e primos. Apenas duas crianças tomavam as suas refeições na companhia dos seus cuidadores (junto das pessoas que preparavam as refeições). Importa referir também que cinco crianças moravam com mais de uma criança com idade igual ou menor de 5 anos.

Segundo a entrevista feita às cuidadoras, a maior parte delas, com excepção apenas de uma, afirmou que sua criança não tem em sua rotina boa alimentação, aliada à pouca diversidade e quantidade de alimentos.

Tendo em conta as questões feitas durante a entrevista na última visita domiciliar, foram identificadas quatro categorias: “falta de recursos”, “o trabalho da mulher”, “compartilhando saberes” e “a doença”. Alguns trechos foram trazidos no texto para ilustrá-las.

Falta de recursos

As mães/cuidadoras das sete crianças que participaram do estudo disseram que tinham consciência da deficiente dieta que davam os seus filhos, mas não tinham como melhorar a qualidade da alimentação que ofereciam às suas crianças por falta de condições financeiras. Uma fala ilustra este sentimento de uma mãe: “Gostaria que meu filho tivesse *cerelac* (papa instantânea) para comer a qualquer momento que estar com fome, ter leite e ingredientes para fazer sopa, mas não tenho dinheiro para comprar estas coisas” (M3 – C3).

O trabalho da mulher

Uma das maiores mudanças e dificuldades que a desnutrição trouxe em uma das famílias foi pelo facto da cuidadora (avó), ser obrigada a deixar de trabalhar para cuidar do neto. Neto este, que foi abandonado pela mãe, aos 6 meses, fazendo com que a criança desmamasse precocemente.

Uma das mães desabafou ainda em torno das mudanças e dificuldades enfrentadas:

Deixei de vender no mercado e fazer machamba⁴ para cuidar do meu filho quando estava internado, e depois de ter alta passei a levar a criança ao hospital, de duas em duas semanas para consulta. Depois

⁴ Machamba: local onde são plantados vegetais (quinta, horta); propriedade agrícola.

no hospital disseram para dar à criança ovo cozido, fazer sopa, fazer papa de farinha com manteiga de amendoim, dar carne, leite e sumo, e como o dinheiro que o pai dá para despesa da criança não chega, comecei a fazer chamussas⁵ e vender aqui em casa para ajudar nas despesas e continuar a cuidar do meu filho até ele ficar bom (M2 – C2).

Compartilhando saberes

Uma das recomendações que uma das cuidadoras deixou é:

Estou a pedir para todas mulheres que ainda querem nascer ou já tem bebé, para não parar de dar de mamar o seu filho porque esta criança pode ficar doente, ter desnutrição e até mesmo perder a vida, e nenhuma mãe gostaria de ver o seu filho doente nem morto, então melhor evitar. Para evitar devem dar mama a criança até 2 anos como fazíamos antigamente, e como falam no hospital (M1 – C1).

Outra cuidadora também desejou partilhar sua experiência com o cuidado infantil:

Tanto os homens assim como as mulheres devem cuidar dos seus filhos, o pai deve deixar comida para as crianças e a mãe deve preparar e dar de comer as crianças. Se uma mulher casa com um homem que já tem seus filhos, que fez com outra mulher, ela deve cuidar dos filhos do marido como se fossem dela também, porque um dia podem ser seus filhos a serem cuidados com outra mulher e ela não iria gostar de ver seus filhos sendo maltratados (M4 – C4).

A doença

As mães/cuidadoras quando indagadas sobre o conceito de desnutrição, trouxeram elementos semelhantes e complementares, com base nas experiências e nas manifestações clínicas e físicas apresentadas pelas crianças. Devido à riqueza de detalhes e importância da construção de um conceito único e que pudesse ser compreensível localmente, os pesquisadores optaram por acolher as características mencionadas pelas mães, abarcando em conceito único e ilustrar esta categoria de forma diferenciada das demais: “Desnutrição para mim, é quando criança começa a encher corpo, fica branco (pálido), começa a cair cabelo, barriga fica grande, começa a si ver só a cabeça, bundas ficam dentro, não tem vontade de comer, não brinca e fica com febre.”

A figura 4, ilustra em forma fotográfica as categorias identificadas “falta de recursos”, “o trabalho da mulher”, “compartilhando saberes” e “a doença”

⁵ Chamuças: pastel frito de massa folhada, em forma triangular, geralmente com recheio de carne picada e muito condimentado.



Figura 4. As categorias identificadas “falta de recursos”, “o trabalho da mulher”, “compartilhando saberes” e “a doença” em fotografia - Chimoio, Macate 2021.

Ainda como parte das visitas, foram desenvolvidas junto às famílias, demonstrações culinárias de papas enriquecidas para crianças maiores de 6 meses, como a papa de farinha de milho com banana e amendoim; papa de malambe com farinha de milho e leite; papa de batata-doce com amendoim e a sopa de vegetais.

Além das demonstrações culinárias, foram construídas quatro estratégias junto às famílias com vista a mitigar a situação de desnutrição:

1. O alimento terapêutico pronto para uso (ATPU), conhecido por *plumpy'nut*, oferecido para a reabilitação nutricional deve ser destinado apenas para a criança desnutrida. Os cuidadores devem fazer papa de amendoim (de fácil acesso na região) para a outra criança enquanto a criança doente toma papa com ATPU, visto que a aparência das duas preparações é similar. Deste modo, irá se cumprir com as recomendações médicas e manter a boa harmonia entre as crianças.
2. A mãe/cuidador da criança deve garantir o devido acompanhamento das refeições da criança, podendo-lhe dar de comer.
3. Quando a criança não tiver vontade de comer, procurar de imediato cuidados médicos em caso de verificar a falta de apetite na criança após 24 horas.
4. Todas as recomendações médicas incluindo a dieta alimentar da criança dada a mãe/cuidador pela equipe de saúde, deve ser partilhada de imediato com o pai da criança ou a pessoa que garante seu sustento. Em caso de a mãe/cuidador perceber resistência por parte da pessoa que garante o sustento da criança (pais) em garantir o provimento de alimentos de modo a suprir as necessidades dietéticas, na consulta seguinte a mãe deve partilhar com o pessoal de saúde, de modo a pedir a presença do parceiro na consulta posterior, de forma obrigatória.

Todas mães/cuidadoras gostaram imenso das visitas, pelo facto de sentirem um amparo diante de tanta dificuldade, alguém que poderiam dividir com elas as suas dificuldades e, sobretudo, terem criado uma amizade com alguém que pudessem contar no sector de saúde em caso de enfermidade.

Discussão

Das 14 mães/cuidadoras que aceitaram participar na pesquisa, 7 (50%) mães/cuidadoras não participaram até ao final do estudo por vários motivos, a destacar: perda da vida da criança, recusa do pai em receber o pesquisador após o consentimento da mãe, fornecimento de endereço da residência falso, indisponibilidade em continuar a participar no estudo devido a actividade agrícola da mãe/cuidadora e mudança de residência para outra província após o primeiro contacto.

Os resultados obtidos, segundo a tabela 1, estão em concordância com os citados pelo Perlito (2014), no qual as crianças menores de 2 anos de idade constituem o grupo crítico para a desnutrição.

Diante dos resultados obtidos no estudo como indicam a figura 2 e a tabela 2, encontrou-se uma ingestão aceitável de frutas, verduras e legumes, estando acima de 50% dos alimentos consumidos diariamente pelas crianças. Tal consumo está em conformidade com as recomendações do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional do Ministério da Saúde (MOÇAMBIQUE, 2018), que orienta o consumo frequente destes alimentos que tem em vista, contribuir para o bom crescimento e desenvolvimento da criança, assim como de práticas saudáveis. Importa referir que os alimentos do 5º grupo mais consumidos pelas crianças foram ovo e carne de galinha (frango), pois o seu consumo está aliado ao preço comercializado localmente que é acessível se comparado com outros alimentos deste grupo. Isso se deve ao facto de encontrar-se junto à cidade de Chimoio, um dos grandes criadores de frango do país.

Já o consumo de alimentos do 3º grupo deve-se ao facto de serem culturas de época, pois o estudo foi realizado na época de batata-doce, mandioca, inhame, milho, couve, repolho, tomate, banana, laranja e tangerina. Culturas estas de época encontradas em maior parte das famílias e comercializados a preços acessíveis.

Segundo o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (MOÇAMBIQUE, 2018), uma criança de 6 aos 24 meses de idade deve tomar 200 a 500 ml de leite diariamente, dependendo do consumo de outros alimentos de origem animal, isto é, quanto menos alimentos de origem animal a criança estiver a consumir, mais leite necessita. Porém, facto constatado de forma negativa no estudo, visto que apenas uma criança das sete que participaram no estudo é que toma leite com regularidade, pois é comercializado a preços elevados, tendo em conta o poder de compra mencionado pelas famílias avaliadas.

Recorrendo novamente ao Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (MOÇAMBIQUE, 2018), os refrigerantes, doces e sumos concentrados não são recomendáveis às crianças com idade igual ou menor de 5 anos, pois proporcionam acúmulos de calorias vazias, devido ao seu elevado teor de açúcar simples e interferência no apetite da criança. Porém, no estudo verificou-se um elevado consumo destes alimentos (alimentos do 8º grupo), os quais são acessíveis pela comercialização a preços baixos e proximidade às residências das famílias.

Fazendo análise dos resultados encontrados no estudo, elucidados na tabela 3, os dados estão em consonância com trabalho de Brandão (2016), que diz, que a interrupção da amamentação e a introdução de outros alimentos à dieta do bebê estão associados a deficiente saúde da criança, como a exposição a agentes patogênicos, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, ao maior número de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória e ao risco de desnutrição.

O Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (MOÇAMBIQUE, 2018), recomenda que a pessoa que serve a criança deve se sentar junto a ela no momento das refeições, observando-a e encorajando-a a comer se necessário. Facto verificado no estudo em algumas famílias de forma contrária, deixando a criança comer sozinha na companhia de um familiar menor de idade e sem nenhuma atenção na criança, facto que contribui de certo modo para alimentação inadequada da criança. É acrescentado aqui um relato do pesquisador, indicando a vivência relacionada à dificuldade de criança para comer:

Um dia durante a visita domiciliar, encontrei uma criança que faz parte do estudo com uma tangerina a chorar na companhia do seu irmão que estava a comer a mesma fruta. A criança chorava porque queria comer a tangerina mas não conseguia descascar para comer. O irmão mais velho havia descascado apenas a sua e comia, enquanto gritava para a mais nova: “Come, come tangerina!”. A criança chorava pois não conseguia descascar.

Segundo o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (MOÇAMBIQUE, 2018), se a criança tiver deficiências de nutrientes diagnosticadas, deve tomar suplementos nutricionais de acordo com as recomendações médicas. O uso dos suplemento foi verificado de forma inadequada no estudo, posto que 6 das 7 crianças tomavam o seu suplemento em partilha com outras crianças da mesma faixa etária da família. Este facto contribui para o atraso na reabilitação nutricional da criança por dificultar que a criança em tratamento, atinja as suas necessidades nutricionais.

Segundo a pesquisa, as mães ou cuidadoras tem conhecimento da dieta deficiente que dão as suas crianças, associada a falta de recursos financeiros para fazer face a boa alimentação. Este facto foi constatado no estudo de Chuproski (2012), sobre as práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade que elucidou o factor económico como influenciador da disponibilidade dos alimentos, assim como o nível de escolaridade. Este último contribui negativamente para o cumprimento das recomendações médicas, podendo a mãe deixar-se influenciar pelas suas crenças no que refere a intervenção imediata em prol da saúde da criança.

A realização do estudo teve como limitação, a falta de avaliação das quantidades dos alimentos consumidos, pois o recordatório de 24 horas permitiu avaliar a presença diária dos grupos alimentares, mas não foram avaliados o número de porções ou quantidades em gramas e se estas atendem às recomendações diárias das crianças. E a informação das quantidades de alimentos consumidos pela criança foram obtidas com recurso a estimativa das cuidadoras tendo em conta a sua percepção durante a entrevista.

Considerações finais

Das crianças identificadas no estudo, ficou evidente que a maior parte das crianças é cuidada pela mãe, seguido de avó materna. A maioria das mães/cuidadoras não esteve a estudar em uma classe além do nível primário e todas as famílias são de baixa renda.

Foi elucidado que maior parte das crianças teve desmame precoce. Também ficou evidente que as crianças consomem alimentos dos diferentes grupos, excepto, os alimentos do 4º grupo (leite e derivados), que são consumidos em quantidades muito abaixo das suas necessidades alimentares, assim como leguminosas, que são importantes fontes de proteínas. As crianças em reabilitação nutricional têm acesso ao suplemento nutricional (ATPU) e apesar de consumirem o suplemento todos os dias, elas consomem abaixo das recomendações médicas e dietéticas, pois o mesmo é dividido entre outras crianças da família. Também foi observado um consumo elevado de alimentos pobres em nutrientes (açucares e doces).

A maior parte das crianças toma as suas refeições sem auxílio e sem companhia dos seus cuidadores. Foram reveladas dificuldades vividas pelas cuidadoras tais como a falta de recurso para fazer face a doença, o trabalho da mulher com vista a contribuir financeiramente nas despesas da família e sobressaíram os saberes das cuidadoras, destacando que os pais devem cuidar de forma compartilhada de seus filhos.

É necessário continuar a desenvolver acções de educação em saúde, junto à comunidade, que promovam as práticas alimentares saudáveis e sustentáveis que respeitem as necessidades alimentares das crianças, com maior envolvimento dos parceiros (chefes de família).

Além de identificar factores associados ao quadro de desnutrição nas crianças avaliadas, o estudo buscou a construção de algumas estratégias que podem apoiar o HPC na implementação de estratégias e os gestores no direccionamento de políticas públicas locais.

Referências bibliográficas

FROTA, Mirna Albuquerque; VASCONCELOS, Viviane Mamede; PASSOS, Larissa Maria Gurgel; SOUSA FILHO, Osvaldo Albuquerque; ALBUQUERQUE, Conceição de Maria. Promoção de Saúde com Mães de Crianças Desnutridas na Zona rural. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 176-186, abr./jun., 2009.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. **Crianças, alimentação e nutrição: Crescendo saudável em um mundo em transformação**. Sumário Executivo. Nova York: UNICEF Office of Global Insight and Policy, 2021.

OLIVEIRA, Virginia; SILVA, Annelisa Farah; MURATORI, Livia Gomes; RIBEIRO, Luiz Cláudio; CHICOUREL, Elizabeth Lemos. Práticas Alimentares de Crianças Atendidas pelo

Serviço de Atenção ao Desnutrido do Município de Juiz Fora – MG. **Revista APS**, v. 15, n. 1, p. 55-66, jan/mar., 2012.

CAVALCANTE, Ana Augusta Monteiro; TINÔCO, Adelson Luiz Araújo; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes; PEREIRA, Conceição Angelina dos Santos; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Consumo Alimentar e Estado Nutricional de Crianças Atendidas em Serviço Público de Saúde do Município de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 321-330, maio/jun., 2006.

CHUPROSKI, Paula; TSUPAL, Priscila Antunes; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; MELLO, Débora Falleiros. Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 118-125, 2012.

BRANDÃO, Adriana de Paula Mendonça; ALMEIDA, Ana Paula Roberta; SILVA, Lura Cristina Borges; VERDE, Rafaella Melo Vila. Aleitamento Materno: Factores que Influenciam o Desmame Precoce. **Revista Científica FacMais**, v. V, n. 1., 2016.

OMS, Escritório Regional para a África, **A Situação Mundial da Infância: Alimentação e Nutrição**, 16 de Maio de 2018: Disponível em: <https://www.afro.who.int>. Acesso em: 27 de Agosto de 2021.

CULPA, Matias Joaquim; SILVA, Denise Oliveira; SOUZA, Nathalia Paulo; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa. Desnutrição infantil e seus determinantes imediatos, subjacentes e básicos em Moçambique: uma análise temporal de 1997 a 2015. **Rev. de Alim. Cult. Américas -RACA**, v. 3, n. 2, p. 77-92, ago./dez, 2022.

MOÇAMBIQUE. Portal do Governo, Na Cidade de Maputo. **Taxa de Cura da Desnutrição Aguda Situou-se em 93,5% no Primeiro Semestre**. Cidade de Maputo, 31 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.cmaputo.gov.mz>. Acesso em: 27 de Agosto de 2021.

ROSC – Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança. Reflectindo Sobre a Desnutrição Crónica: os Desafios da Construção de um Capital Humano Sustentável em Moçambique. **Policy Brief**, Maputo, n. 2, 2014.

HPC – Hospital Provincial de Chimoio. **Relatório de Desempenho do Primeiro Semestre de 2020 do Hospital Provincial de Chimoio**, Manica, Chimoio, 2020.

FISBERG, Regina Mara; SLATER VILLAR Betzabeth; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; MARTINI, Ligia Araújo. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole, 2005.

MACHAMBA, Almeida. **Desenvolvimento e pré-teste de um questionário de frequência alimentar na cidade de Nampula, em Moçambique**. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Consumo e Nutrição) – Universidade do Porto, Porto, 2014.



MOÇAMBIQUE. **Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 0 aos 14 Anos.**
Maputo: Ministério da Saúde, v. 1, 2ª ed, set., 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

PERLITO, David Comala Aurélio. **Avaliação do Estado de Nutrição e dos Hábitos Alimentares no 1º ano de vida de crianças dos 0 aos 24 meses da província de Nampula, Moçambique.** 2014. 68f. Universidade do Porto, Porto, 2014.