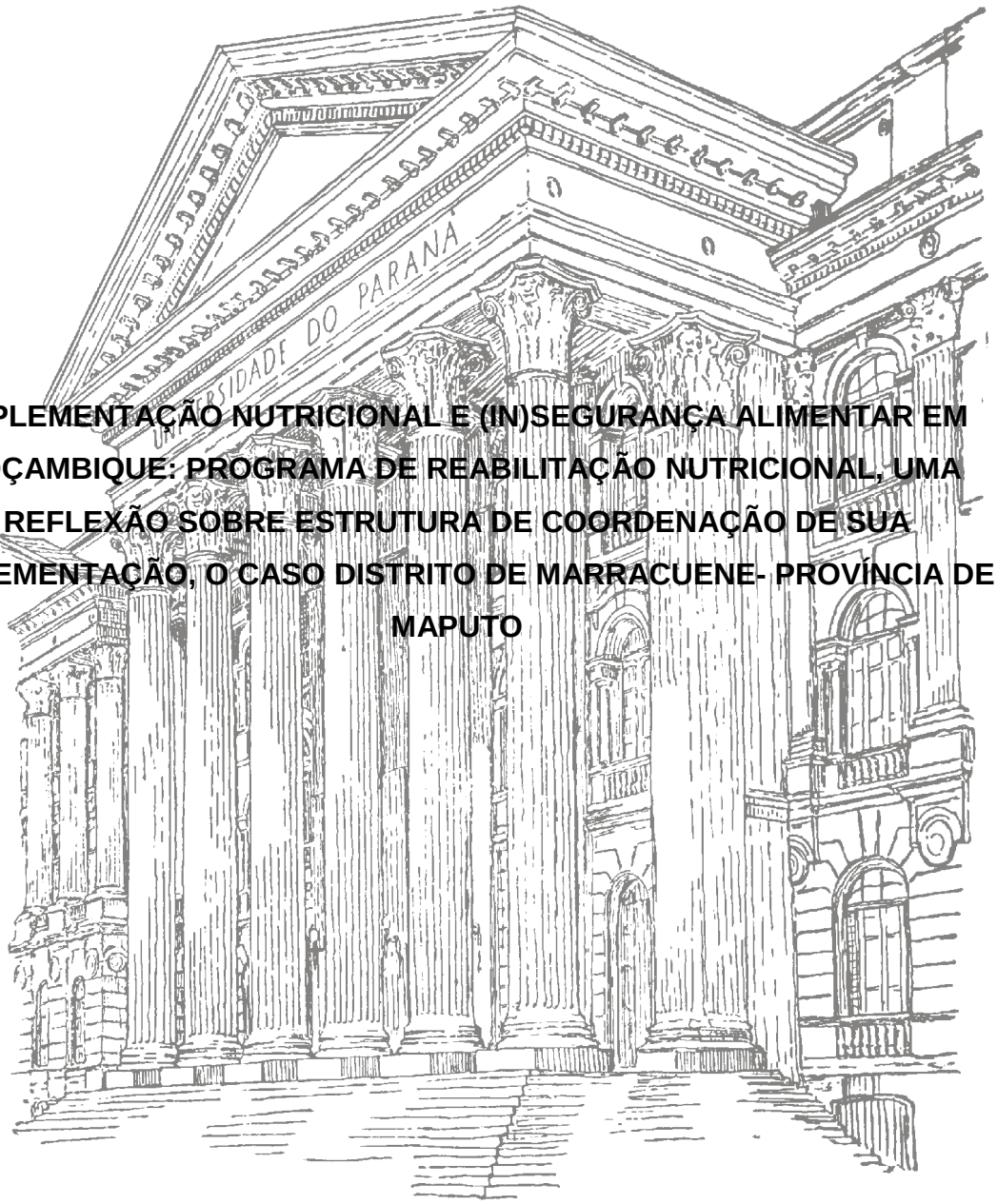
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANETE ISMAEL MABUIE GOVE



SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL, UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DISTRITO DE MARRACUENE- PROVÍNCIA DE MAPUTO

CURITIBA

2017

JANETE ISMAEL MABUIE GOVE

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL, UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DO DISTRITO DE MARRACUENE- PROVÍNCIA DE MAPUTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, Área de concentração em Segurança Alimentar e Nutricional, Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: professora Dra. Islândia Bezerra da Costa
Co-orientadora: professora Dra. Rubia Carla Formighieri Giordani
Orientador externo: professor Dr. Arune João Estavela

CURITIBA

201

Gove, Janete Ismael Mabuie
Suplementação nutricional e (in)segurança alimentar em Moçambique: programa de reabilitação nutricional, uma reflexão sobre estrutura de coordenação de sua implementação, o caso do distrito de Marracuene-Província de Maputo / Janete Ismael Mabuie Gove. – Curitiba, 2017.
179 f. ; il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Islândia Bezerra da Costa
Coorientadores: Professora Dra. Rubia Carla Formighieri Giordani, Prof. Dr. Arune João Estavela

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação, área de concentração em Segurança Alimentar e Nutricional, Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição
Inclui bibliografias

1. Desnutrição. 2. Suplementação nutricional. 3. Políticas públicas 4. Insegurança alimentar, I. Costa, Islândia Bezerra da. II. Giordani, Rubia Carla Formighieri. III. Estavela, Arume João. IV. Universidade Federal do Paraná. V. Título.

CDD 613.2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JANETE ISMAEL MABUIE GOVE** intitulada: **Suplementação Nutricional e (In)Segurança Alimentar em Moçambique: Uma reflexão sobre estrutura de Coordenação de sua Implementação, o caso do Distrito de Marracuene- Provincia de Maputo**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 01 de Dezembro de 2017.

RÚBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

SILVIA DO AMARAL RIGON
Avaliador Externo (UFPR)

MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI
Avaliador Externo (UFPR)

Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - Curitiba - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4010 - E-mail: pgnutricao@ufpr.br

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em memória aos meus Pais: Ismael Gimo Mabuie e Salmina Antônio Munhame.

Em especial aos meus filhos: Laquene, Erica e ao meu esposo, amigo e companheiro Maldine.

Em particular a todas as crianças Moçambicanas que sofrem de desnutrição.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro, agradecer a Deus, por ser o criador e protetor de todos, e por nunca ter me abandonado nos momentos que precisei da sua proteção e força para continuar lutando.

Um agradecimento profundo endereço aos meus orientadores Profa. Drª Islândia Bezerra, Profa. Drª Rubia Carla Formighieri Giordani e Prof. Dr. Arune João Estavela por todo saber técnico, científico e metodológico transmitido ao longo da formação e sobretudo durante a produção do presente estudo.

O meu muito obrigado estende-se a todos meus docentes que durante os dois anos souberam formatar-me profissionalmente, sentindo-me agora uma das integrantes da fina equipe de nutricionistas, especialmente aos meus orientadores pela gentileza, tempo e material disponibilizado, orientando-me pacientemente e com toda maestria durante a elaboração deste trabalho.

A minha eterna gratidão vai ao meu esposo, Maldine Gove, que durante muito tempo assumiu as minhas ausências com muito sacrifício, mas com a certeza de que este momento chegaria para com profundidade afirmar que a missão foi integralmente cumprida, muito Khanimambo.

Não me esquecerei de endereçar uma palavra de maior apreço ao governo de Moçambique por meio do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) pelo apoio financeiro, ao Ministério da Saúde (MISAU), à Direção provincial de Saúde, Serviço Distritais Saúde Mulher e Ação Social (SDSMAS) e à Direção do Centro de Saúde de Marracuene por todo caminho que me foi conduzido ao longo do cumprimento curricular (autorização para a realização do estudo), e aos funcionários pelo apoio e disponibilidade oferecida durante a realização do trabalho de campo.

Ao grupo do comitê de saúde do Distrito de Marracuene, grupo que me abriu as portas para lograr sucesso no contato com os participantes de referência cultural, vai o meu muito obrigado, pois sem eles este trabalho teria experimentado lacunas imensuráveis.

Sentir-me-ia traída se não dissesse uma palavra à Direção do Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR), a todo corpo docente e funcionários, pela inestimável entrega e coragem em discutir matérias tão delicadas quanto o são da nutrição, pela sua

paciência na condução metodológica do trabalho, concorrendo para que este estudo terminasse com êxito, sendo de justiça dizer o meu muito obrigado.
As minhas camaradas de trincheira, Daniele, Juliana, Soraia, Ana, Luci, Andrea, Patricia, Pryscila, Vânia, Débora, Aiane, Dores, por terem me apoiado a tornar essa caminhada o mais leve possível e agradável, sentirei saudades desses momentos juntos.
Custa-me fechar esta minha exteriorização sem endereçar uma palavra especial meu irmão Edgar Mabuie e ao senhor Calisto, que durante todo o processo de elaboração do estudo aceitaram deixar os seus afazeres e juntaram-se a mim para em cada etapa do trabalho servirem de revisores linguísticos ativos.
Finalmente, a todos que não foram mencionados, que direta ou indiretamente auxiliaram na realização deste trabalho. O meu muito obrigado por tudo que fizeram por mim, e nunca me esquecerei da vossa valiosa contribuição nesta caminhada.

Não há metas que não se possam alcançar!

Nem sonhos que não se possam concretizar!

Por isso... Não deixemos que a desnutrição comprometa o desenvolvimento das crianças. Como dizia o saudoso presidente **Samora Moseis Machel,** *“as crianças são flores que nunca murcham”,* se as deixarmos murcharem estaremos a comprometer o desenvolvimento do nosso Moçambique!

RESUMO

Moçambique faz parte dos países da zona subsaariana, onde segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) os problemas de saúde relacionados à desnutrição atingiram cerca de 30% em 2011, na faixa etária menor de cinco anos.Prevenção e o tratamento da desnutrição são cruciais, exigindo sempre a definição e a implementação de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas públicas de inclusão social.Nesta perspectiva, a pesquisa decorreu com o intuito de perceber qual é a percepção que se tem sobre o fenômeno da desnutrição e uso dos suplementos nutricionais administrados pelo Programa de Reabilitação Nutricional e, que medidas se podem incorporar para a coordenação das ações de reabilitação deste Programa. Perseguiu-se como objetivo global, identificar e discutir o processo de determinação social da desnutrição e suplementação nutricional nas comunidades do distrito de Marracuene, Província de Maputo - Moçambique. De fato, seguindo uma abordagem social qualitativa do tipo descritivo, os resultados do trabalho de campo mostraram que existe um aparente sentimento de desvalorização por parte dos potenciais praticantes da medicina tradicional das comunidades rurais estudadas face às autoridades de saúde convencional no país, o que configura necessidade urgente de encontrar mecanismos de coordenação com as autoridades locais para assegurar que os programas de assistências às crianças desnutridas produzam os efeitos desejados. No que tange ao conhecimento sobre a desnutrição e o processo de suplementação nutricional por parte dos participantes do estudo, constatou-se que a forma como o fenômeno de desnutrição é encarada pelas comunidades locais. Evocam-se elementos de índole sócio-cultural, com carácter tradicional, para a determinação da desnutrição como doença, denominando-a de xilala e o seu tratamento só pode ser possível seguindo vias tradicionais. No geral, ficou patente que a abordagem dos programas de assistência de saúde desenvolvidos para a comunidade, entre outros que visam o bem-estar da população em Moçambique, têm de ser desenvolvidos com a estrita observância dos fatores estruturais.

Palavras-chaves: Desnutrição. Suplementação nutricional. Políticas públicas. Insegurança alimentar.

ABSTRACT

Mozambique is one of the countries in the sub-Saharan zone where, according to the World Health Organization (WHO) (2013), malnutrition-related health problems reached around 30% in 2011, under the age of five. Malnutrition is seen as a social disease, affecting thousands of children worldwide, victims of hunger and social inequality, "and may also be associated with other pathologies.Therefore, the prevention and treatment of malnutrition is crucial, always requiring the definition and implementation of broader and more efficient measures to combat poverty and hunger and public policies for social inclusion.In this perspective, this research was carried out with the intention of perceiving what is the perception about the phenomenon of malnutrition and the use of nutritional supplements administered by PRN and what measures can be incorporated to coordinate the rehabilitation actions under this program. Thus, among other aspects, it was pursued as a global objective, to identify and discuss the process of social determination of malnutrition and nutritional supplementation in the communities of Marracuene district, Maputo Province - Mozambique.In fact, following a qualitative social approach of the descriptive type, fieldwork results showed that there is an apparent feeling of devaluation by potential practitioners of traditional medicine in the rural communities compared to the conventional health authorities in the country, urgently need to find mechanisms of coordination with local authorities to ensure that malnourished child programs produce the desired effects.With regard to the knowledge about malnutrition and the nutritional supplementation process by the study participants, it was verified that the way the malnutrition phenomenon is faced by local communities contributes to the. In fact, elements of a socio-cultural nature, with a traditional character, are evoked for the determination of malnutrition as a disease, denominating it as xilala.Therefore, it is never believed that the economic causes related to poverty, lack of schooling, weak purchasing power, among others, are the main causes of the disease, and, therefore, their treatment can only be possible following traditional routes.In general, it was clear that the approach to health care programs developed for the community, the implementation the implementation of the Nutrition Rehabilitation Program, among others aimed at the well- being of the population in Mozambique, must be developed with strict observance of the population's structural factors, communities.

Key-words: Malnutrition. Nutritional supplements. Public policies. Food insecurity.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1 - IMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE DE MARRACUENE 151
FOTOGRAFIA 2 - COMITÊ DE SAÚDE DO DISTRITO DE MARRACUENE.....151
FOTOGRAFIA 3 - URN SECTOR DE DISTRIBUIÇÃO DOS SUPLEMENTOS.....152
FOTOGRAFIAS 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUPLEMENTOS.....153
FOTOGRAFIAS 5 - PESSOAS DE REFERÊNCIA CULTURAL - INFORMANTES CHAVES (CURANDIROSOS VULGOS TYNHANGA).....154
FOTOGRAFIAS 6 - CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....156

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PARÂMETROS DE CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA.....12
QUADRO 2 – ESQUEMA DE DOSE DE SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS 43
QUADRO 3 – COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DO ALIMENTO TERAPÊUTICO PRONTO PARA O USO.....44
QUADRO 4 – PERFIL DAS MÃES OU RESPONSÁVEIS NO CUIDDAO DA CRIANÇA.....62
QUADRO 5 – PERFIL DAS INFORMANTES CHAVES DE REFERÊNCIA CULTURAL.....64

LISTA DE FIGURAS

FIGURA1- ESQUEMA GERAL DAS CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO EM MOCAMBIQUE.....15
FIGURA 2 - ALIMENTO TERAPEUTICO PRONTO PARA O.....43
FIGURA3–LOCALIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO (MAPA)..... 48

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AF - Agregados Familiares

AMETRAMO - Associação de médicos tradicionais de Moçambique

APE - Agentes Polivalentes Elementares

APS - Agents Polivalentes de saúde

ATPU - Alimento Terapêutico Pronto para Uso

CCR - Consulta da Crianca em Risco

CI - Crescimento Insuficiente

CIBS - Comité Institucional de Bioética para a Saúde

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CS - Centro de Saúde

DAG - Desnutrição Aguda Grave

DAM -Desnutrição Aguda Moderada

DUAT - Direito ao Uso e Aproveitamento da Terra

FAO - Organização para a Alimentação e Agricultura

IDS - Inquérito Demográfico da Saúde

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MAE - Mistura Alimentícia Enriquecida

MISAU - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

PAMRDC - Plano de Ação Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique

PB - Perimêtro Braquial

PIB - Produto Interno Bruto

PMA - Programa mundial de alimentação

PMT - Praticantes de Medicina Tradicional

PNASS - Programa Nacional de Avaliaçãoo de Serviços de saúde

PRN - Programa de Reabilitação Nutricional

PS - Profissionais de Saúde

SDSMAS - Servicos Distritais de Saúde da Mulher e Ação Social

SETSAN - Secretariado Técnico de Segurança Alimentar

TDA - Tratamento da Desnutrição no Ambulatório

TDI - Tratamento da Desnutrição no Internamento

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URN - Unidade de reabilitação nutricional

US - Unidade Sanitária

APRESENTAÇÃO

A manutenção de um estado nutricional adequado é um direito humano fundamental, sendo também um pré-requisito para o desenvolvimento econômico de um país.

De acordo com a Política Nacional de Saúde de Moçambique, uma das prioridades do Ministério da Saúde é reduzir a taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos por desnutrição no país.

Esta pesquisa foi desenvolvida com o propósito de se proporcionar ao MISAU algum contributo nas ações voltada ao combate da desnutrição, cuja autora, Janete Ismael Mabuie Gove, é Nutricionista, profissão motivada pela curiosidade que ao longo da formação foi se firmando deixando-me totalmente encantada, pois a cada dia acreditava no poder que este profissional tem de transformar a saúde das pessoas e do mundo. Funcionária do Ministério da Saúde de Moçambique, sobre o cargo de responsável do Programa de Nutrição a nível da Direção de Saúde da cidade de Maputo, no Departamento de Assistência Médica. Ao longo do exercício da minha profissão fui destacada como ponto focal do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN), onde participei do grupo técnico para elaboração das ações que pudessem responder os objetivos traçados no Plano de Acção Multissectorial para Redução da Desnutrição Crônica em Moçambique (PAMRDC) no Setor da saúde.

Dado essa experiência e o grande interesse do governo de Moçambique em reduzir as taxas de desnutrição no país e por o setor de saúde ser uma das áreas chaves na mitigação do problema. Tendo sido disponibilizada uma bolsa de estudo sentiu-me na responsabilidade de estudar o Programa de Reabilitação Nutricional, que por sua vez poderia trazer resultados que pudessem aprimorar as estratégias de intervenção e materialização dos grandes anseios do governo de Moçambique.

A escolha do Brasil foi motivada por ser reconhecido como uma referência em termos de políticas públicas e por registar grandes avanços na área de nutrição

Em relação ao programa PPGAN, a escolha foi motivada pela sua área de concentração que é a segurança alimentar e nutricional, isto aliada a questão

da oportunidade que teve em trabalhar com o SETSAN, instituição que responde pela segurança alimentar e nutricional em Moçambique. Conciliando essa questão com o fato de a população estudada ser camponesa solidificou o meu interesse pela área de concentração do programa.

Acredita-se que o retorno dos resultados da pesquisa será de extrema importância para o melhoramento do programa.

Na verdade, a dissertação tem como objetivo dar retorno ao país sobre o tema estudado e também deixar a minha experiência e contribuição ao PPGAN sobre a realidade da desnutrição e os Programas de suplementação alimentar e nutricional em Moçambique. Por fim cabe advertir ao leitor que a redação do trabalho seguiu a escrita do português praticado e falado em Moçambique.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA..... 4

JUSTIFICATIVA..... 6

OBJECTIVOS..... 9

OBJECTIVO GERAL..... 9

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA..... 10

1.0 CONTEXTUALIZAÇÃO..... 10

1.1 A DESNUTRIÇÃO..... 10

1.2 CONDICIONANTES SOCIAIS OU DETERMINANTES DA DESNUTRIÇÃO 13

1.3 DESNUTRIÇÃO, (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E POLÍTICAS PÚBLICAS 15

1.4 QUESTÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS 16

1.5 A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE 21

1.6 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR..... 26

1.7 INTERSETORIALIDADE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 28

1.8 AÇÕES DO GOVERNO DE MOÇAMBIQUE PARA GARANTIR A SAN 29

1.9 CULTURA, SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO..... 31

1.10 SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE 34

1.11 COMPONENTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL 35

1.12 TRATAMENTOS DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO 37

1.13 MENSAGENS-CHAVE PARA O TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO 39

1.14 PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS DESNUTRIDAS..... 40

1.15 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO DOS SUPLEMENTOS..... 42

1.16. AVALIAÇÃO DE PROGRAMA NA ÁREA DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO..... 44

CAPITULO II METODOLOGIA.

..... 47

2.1 ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO..... 46

2.2 ORIGEM DO NOME, HISTÓRIA E CULTURA DO DISTRITO DE MARRACUENE..... 47

2.3 SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO DISTRITO..... 48

2.4 REDE SANITÁRIA POR UNIDADE SANITÁRIA E POR TIPO..... 50

2.5 UNIDADE DE PESQUISA..... 50

2.6 TIPO DE ESTUDO..... 50

2.7 VARIÁVEIS E CATEGORIAS DE ANÁLISE..... 51

2.8 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA..... 52

2.9 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... 53

2.10 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS..... 53

2.11 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS..... 56

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... 57

2.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... 57

CAPITULO III APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 57

3.1 CARACTERIZAÇÃO OU PERFIL DOS PARTICIPANTES..... 59

3.1.1 MÃES OU RESPONSÁVEIS NO CUIDADO DAS CRIANÇAS..... 59

3.1.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES DE REFERÊNCIA CULTURAL..... 61

3.1.3 OCUPAÇÃO OU PROFISSÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL NO CUIDADO DA CRIANÇA..... 65

3.2 AGREGADO FAMILIAR..... 68

3.3 CONHECIMENTO EM RELAÇÃO A DOENÇA QUE APOQUENTA A CRIANÇA..... 70

3.4 CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO USO DOS SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS..... 76

3.5 INFORMAÇÃO SOBRE (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 85

3.6 SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR NA VISÃO DOS PARTICIPANTES DE REFERÊNCIA CULTURAL EM MOÇAMBIQUE 96

4.CONCLUSÕES E RECOMENDACÕES... 110

4.1 CONCLUSÕES..... 110

4.2 RECOMENDAÇÕES..... 114

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 115

5. REFERÊNCIAS..... 117

6. GLOSSÁRIO 124

7. APÊNDICE..... 128

8. ANEXOS..... 135

INTRODUÇÃO

Moçambique faz parte dos países da zona subsaariana, onde, segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) os problemas de saúde relacionados com à desnutrição atingiram cerca de 30% em 2011, na faixa etária menor de cinco anos. O dado corresponde a 314 milhões de crianças vítimas de desnutrição.

De acordo como relatório do Índice de Desenvolvimento Humano Moçambique é considerado como um dos países mais pobres e menos desenvolvidos do mundo.

Segundo dados da UNICEF (2010), 21,5 milhões de pessoas em Moçambique, 55% da população vivem abaixo da linha de pobreza com cerca de meio dólar americano por dia.

Os dados apontam que dos indicadores de desenvolvimento mundiais de 2010, a expectativa de vida ao nascer é de aproximadamente 50 anos e a mortalidade de menores de cinco anos em Moçambique é a 16ª maior do mundo.

O Produto Interno Bruto (PIB) de Moçambique tem registado, nos últimos anos, um crescimento anual de 7.5 % sendo considerado um dos mais elevados do mundo, razão pela qual o país é tido como exemplo a nível internacional (INE, 2009). Entretanto, a bolsa[1] da fome continua sendo um dos grandes entraves para o desenvolvimento humano no país. De acordo com Secretariado Técnico de Segurança Alimentar – SETSAN (2013), em Moçambique, estima-se que 39% dos agregados familiares continuam a ser altamente vulneráveis à insegurança alimentar.

Nos últimos tempos tem-se notado um significativo empenho do Governo de Moçambique no sentido de dar cobertura à situação de insuficiência alimentar no país. Entretanto, este esforço esbarra, em muitos casos, com a falta de uma coordenação efectiva das actividades multissectoriais com vista a garantir Segurança Alimentar e Nutricional.

Ao avaliar o fenómeno da fome a nível local, regional e internacional, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) passou a trabalhar em estratégias que resultassem em um mecanismo de coordenação das acções de combate às bolsas de fome nos países-membros. De facto, um dos objectivos

[1] Conjunto de fatores que influenciam na ocorrência da fome

desta Comunidade é de desenhar uma proposta, cujo foco sejá a construção e reforço da institucionalidade como forma de melhorar a coordenação, coerência e alinhamento das políticas nos seus diferentes níveis (local, nacional, regional, global) com base numa perspectiva multi-actor e multi-territorial.

Neste espírito, a não observância de normas de coordenação e uma visão comum da CPLP no combate à fome, a todos os níveis, propicía a ocorrência de bolsas de desnutrição, vista como uma doença de saúde pública e cuja solução exige a intervenção de vários actores.

Na presente pesquisa, o enfoque foi dado ao fenómeno de desnutrição que assola sobremaneira as crianças menores de cinco anos, do Distrito de Marracuene, conforme se descreve à posterior, para tal de ora em diante designar-se-á de desnutrição infantil.

No entanto foi escolhedo o Distrito de Marracueneintencionalmente devido as elavadas taxas de desnutrição, insegurança alimentar e por ser uma comunidade que vive à base de agricultura se subsistência com uma identidade cultural evidenciada. Os participantes da pesquisa foram mães ou responsáveis no cuidado das crianças e os informantes chaves de referência cultural a nível do distrito (curandeiros, maziones e ancioes).

Efectivamente, de acordo com o MISAU (2010), em Moçambique, as estatísticas apontam que cerca de 44% das crianças menores de 5 anos têm altura baixa para a sua idade e, conforme se reforça no (IDS 2011).

Perante este facto, o Governo de Moçambique, através do Ministério da Saúde, na perspectiva de dar corpo às suas acções de combate à fome no âmbito da Política Nacional de Saúde, definiu como uma das suas prioridades, reduzir a taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos por desnutrição aguda grave (MISAU, 2010).

Outrossim, é preocupação do Governo desenvolver acções que visam assegurar a alimentação adequada da população, concorrendo para a redução da desnutrição aguda e crónica.

A prevenção e o tratamento da desnutrição são cruciais, exigindo sempre a definição e implementação de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas públicas de inclusão social. Por outro lado, é responsabilidade dos profissionais de saúde garantir o atendimento à criança de

uma forma integral, prestando, contudo, atenção especial à desnutrição (PRN, 2010).

A desnutrição aguda pode ser tratada em regime de internamento ou ambulatorial dependendo da gravidade da mesma. O protocolo do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) adoptado e aprovado pelo Ministério da Saúde de Moçambique, em 2010, prevê que as crianças com desnutrição aguda grave e com complicações médicas iniciem o tratamento em regime de internamento e que dêem continuidade ao tratamento em regime ambulatorial para que possa obter o restabelecimento do estado nutricional eutrófico.

É no ambulatório onde as crianças são tratadas com suplementos nutricionais como a Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE), primeira linha de tratamento ou o Alimento Terapêutico Pronto para o Uso (ATPU), conhecida como CSB[2] ou Soja,no sistema de saúde moçambicano.

Portanto, o sucesso obtido no tratamento da criança hospitalizada deve ter sua continuidade assegurada por meio de medidas adequadas no ambulatório, na comunidade e no domicílio por meio de uma assistência nutricional ou suplementação nutricional adequada (PRN, 2010).

É comum o profissional de saúde detectar a desnutrição aguda, por vezes grave. Porém, pouco se pode fazer devido à multiplicidade de factores que contribuem para o estabelecimento e a manutenção deste quadro clínico. Neste contexto, para além das acções eminentemente de carácter sanitário e de saúde, é importante que se estabeleça uma ligação directa com os mais diversificados sectores tal como os sectores da agricultura, da educação, da assistência social que juntos têm por obrigação garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população.

Por um lado, reconhece-se a existência do PRN, e com pessoal formado para a sua condução e, por outro, a provisão dos mesmos serviços para a reabilitação nutricional de seus titulares de direito. No entanto, avaliando a procura destes serviços pelos utentes[3] e os resultados esperados, constata-se um certo

[2] Suplemento nutricional na base de soja

[3] Pacientes

desequilíbrio na sua evolução clínica, sobretudo no que diz respeito a componente de suplementação nutricional.

Caberia, portanto, investigar como o PRN é desenvolvido ao nível domiciliar e comunitário? Como se dá o engajamento dos familiares para a resolução dos problemas nutricionais das crianças? À luz destes questionamentostomar-se-ácomo enfoque o uso dos suplementos nutricionais (MAE e/ou ATPU) no tratamento da desnutrição. Existirão, então, outras acções e/ou iniciativas de outros sectores que podem ser incorporadas ao PRN a nível comunitário, por exemplo, algum projecto que possa estimular à produção de alimentos?

A desnutrição constitui um dos problemas de saúde pública em Moçambique. Neste contexto, o estudo propôs-se a reflectir sobre os mecanismos e/ou fluxos operacionais que vêm sendo tomados para assegurar que as acções do Governo no combate à fome e desnutrição - mediante o PRN - sejam eficazes, bem como identificar que outras estratégias de outros sectores de actuação do Governo poderiam ser incorporadas no PRN.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A desnutrição em crianças menores de 5 anos é um dos problemas de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, devido a sua magnitude e consequências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento intelectual e sobrevivência das crianças, (OMS & MISAU, 2011). Embora no seio da atenção primária ela seja percebida como um problema de Saúde Pública parece que a compreensão da dimensão social do problema é complexa. É necessário transcender ao domínio dos profissionais de saúde (PS) para o planeamento técnico e burocrático de políticas públicas (FROTA, ALBUQUERQUE & LINARA, 2007).

De acordo com Oliveira (2003), nos países em desenvolvimento, aproximadamente 40% das crianças menores de 5 anos são desnutridas, quando avaliadas pelo *déficit* na estatura e peso. Tal como se apontou anteriormente, de acordo com Inquérito Demográfico de Saúde (IDS, 2011), Moçambique regista taxas de cerca de 43 a 44% de crianças menores de 5 anos que apresentam altura baixa para a sua idade, e, por isso, classificadas como sendo crianças com desnutrição crónica, sendo 6% com desnutrição aguda, dos

quais 2% sofrem de DAG, o que significa que têm baixo peso para a altura que apresentam.

É nesta perspectiva que o Ministério da Saúde (MISAU), visando garantir a redução desta problemática instituiu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN). No âmbito deste programa, dentre outras formas de actuação, providencia-se o tratamento no ambulatório através de suplementos nutricionais como MAE e/ou ATPU. Entretanto, a eficácia da implementação do programa acima descrito, impõe uma estrutura de coordenação bastante segura, de modo a assegurar que as respectivas comunidades deem uma continuidade e que resulte na melhoria do estado nutricional das crianças e se reduzam os problemas relacionados com a desnutrição em Moçambique.

No caso vertente da Província de Maputo, onde se tem tido oportunidade de acompanhar a provisão daqueles suplementos nutricionais, observou-se que havia alguma falta de coordenação na forma como são administrados os suplementos a nível domiciliar, que para além de estar contrária à forma usada em internamento, coloca os responsáveis pelas crianças (normalmente as mães ou outros cuidadores das crianças), em condição de administração inadequada dos suplementos, o que concorre para um fraco resultado no combate a desnutrição infantil.

Um outro aspecto a anotar prende-se com o controlo ou acompanhamento dado aos beneficiários do PRN. Verifica-se que estes não têm conseguido seguir rigorosamente com os calendários estabelecidos no quadro da assistência sanitária e, mesmo quando acertam na calendarização recomendada pelos profissionais de saúde, o facto é que a observação feita às crianças beneficiárias dos serviços de reabilitação nutricional, leva à conclusão de que estas não apresentam uma evolução clínica satisfatória, ou seja, as crianças atendidas pelo PRN seguem desnutridas. Outrossim, mesmo ao nível das unidades sanitárias (unidades de reabilitação) parece não haver uma abertura e explicação correctas sobre a desnutrição. Regra geral, as mães ou responsáveis pelas crianças com desnutrição não têm acatado de forma fácil a informação de que a criança esteja padecendo desta doença, por estas considerarem a doença como sendo de fórum extra-hospitalar, levando a que usem os suplementos de modo inadequado.

Face a estes factos e visando apreender os critérios de suplementação a nível domiciliar e comunitário, pretende-se conhecer a percepção das mães e/ou responsáveis das crianças, relativamente à suplementação com as fórmulas terapêuticas para a reabilitação nutricional, atendendo ao facto de nos parecer **que tanto as mães como outros responsáveis das crianças menores de 5 anos inseridas no Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) não reconhecerem a desnutrição como um problema de saúde**. Sendo assim, para a presente pesquisa avançou-se com a seguinte pergunta de partida:**Qual é a percepção que se tem sobre o fenómeno da desnutrição e uso dos suplementos nutricionais administrados pelo PRN e, que medidas se podem incorporar para a coordenação das acções de reabilitação deste Programa?**

JUSTIFICATIVA

A alimentação inadequada é um problema sério em Moçambique, resultando, na maior parte das vezes, em desnutrição. Não há estudos representativos a nível nacional sobre a adequação da ingestão de nutrientes pelas pessoas. Porém, várias reflexões têm sido feitas em volta do fenómeno da desnutrição constatando-se que o mesmo gera danos graves, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento da população no geral e das crianças, em particular (MISAU, 2012).

No quadro da experiência profissional, tem-se vindo a tomar contacto com várias comunidades, que na sua essência têm demonstrado níveis bastante angustiantes do ponto de vista do seu estado nutricional, sobretudo na camada infantil que se caracteriza como sendo a mais vulnerável[4] para desnutrição. Por outro lado, tem-seacompanhado, de forma directa e actuante, as acções viradas ao PRN (cuidados relacionados com a saúde da criança em atenção primária), consultas de triagem, tratamento da desnutrição, visitas domiciliares, entre outras.

O primeiro aspecto observado mediante este acompanhamento foi o facto de se ter notado que embora os responsáveis no cuidado da criança

[4]Vulnerabilidade –pontos de fragilidade humana,suscetibilidade.

estivessem a receber ou que tivessem recebido os suplementos nutricionais (MAE e/ou ATPU) em ambulatório para as crianças desnutridas, estas não apresentavam uma evolução clínica satisfatória do seu estado nutricional. O segundo aspecto constatado tem a ver com o distanciamento entre o conhecimento do responsável no cuidado da criança desnutrida e o saber técnico dos profissionais de saúde o que provoca barreiras para a educação em saúde, aos responsáveis das crianças.

Foi possível observar ainda que as várias acções desenvolvidas neste domínio não têm tido uma estrutura de coordenação bem-sucedida, o que pode resultar em intervenções desordenadas dos actores envolvidos no combate à fome e desnutrição.

Foi possível observar também posicionamentos sociais e culturais que consideram que o fenómeno da desnutrição não constitui uma doença cujo tratamento cabe a entidades sanitárias, mas sim ao tratamento tradicional.

Ao longo da experiência profissional, e em estágios curriculares realizados em diversas unidades hospitalares, foi possível vivenciar esta realidade, constituindo como um dos episódios que acometem as crianças no nosso país, o que despertou a atenção para desenvolver a presente pesquisa.Importa ressaltar ainda como factor concorrente para a realização deste estudo, o facto de que os determinantes sociais do consumo insuficiente de alimentos não serem percebidos pela comunidade além dos problemas que ocorrem na adesão ao tratamento segundo os protocolos definidos pelo PRN.

Tal como se fez alusão na nota introdutória do estudo, Moçambique faz parte dos países cuja economia depende essencialmente da agricultura, que no caso vertente tem sido uma agricultura familiar. Comumente, esta agricultura depende essencialmente das condições atmosféricas para trazer uma produção que responda aos anseios alimentares das comunidades, o que muitas vezes culmina com bolsas de fome nas famílias. Estas famílias, como forma de sair da situação de fome, recorrentemente acometem-se à venda dos seus pertences, bem como produtos resultantes de actividade pecuária, que por si denotam-se exíguos uma vez também dependerem das condições climáticas.

É neste contexto que surgiu o desafio de levar a cabo um estudo desta natureza, com o qual sepretende, dentre outros, trazer elementos que possibilitem melhoria na capacidade coordenativa para advogar, gerir e

implementar um plano de acção para a redução da desnutrição crónica em Moçambique.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Tendo em consideração os pressupostos acima arrolados, o presente estudo, para além da nota introdutória, na qual se apresenta, dentre outros, a contextualização do tema, o problema, a justificativa e os objectivos, comporta essencialmentecinco capítulos, conforme vem descrito a seguir.

O Capítulo I traz a revisão de literatura, onde se debruça sobre os principais conceitos e teorias em volta do fenómeno da desnutrição e (in)segurança alimentar, bem como sobre os actores envolvidos no programa de reabilitação nutricional.

De seguida, apresenta-se o Capítulo II que contém a metodologia seguida no estudo, em que se descreve a área de investigação, a natureza do estudo, unidade de pesquisa, entre outros aspectos relevantes no trabalho.

O Capítulo III traz a apresentação dos resultados do trabalho de campo, onde, com base nas entrevistas efetuadas e observação levada a cabo no terreno, apresenta-se aquilo que é o perfil e caracterização dos participantes nos domínios social, cultural e económico. A análise crusada da informação colhida, tendo em atenção as diversas teorias que cobrem o fenómeno em análise, bem como a forma como os participantes interpretam a desnutrição.

Por fim, traz as considerações finais do estudo seguidas das recomendações, não só para estudos futuros na área, mas acima de tudo, para a melhoria da implementação de todo o Programa de Reabilitação Nutricional em Moçambique.

OBJECTIVOS

OBJECTIVO GERAL

- Identificar e discutir o processo de determinação social da desnutrição e suplementação nutricional nas comunidades do distrito de Marracuene, Província de Maputo - Moçambique.

Objectivos Específicos

- Analisar os mecanismos de coordenação adoptados para a suplementação com fórmulas terapêuticas nas crianças menores de 5 anos atendidas no ambulatório no distrito;
- Realizar um diagnóstico local dos factores económicos e produtivos que interferem na alimentação no seio daquelas comunidades;
- Auscultar a percepção de responsáveis e outros informantes chave no cuidado de crianças menores de 5 anos nas comunidades deMarracuene, Província de Maputo em relação ao fenómeno da desnutrição;
- Avaliar a percepção de cuidadores e de outras pessoas de referência cultural na comunidade sobre o programa de suplementação nutricional com (MAE e/ou ATPU).

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

1.0 CONTEXTUALIZAÇÃO

O ser humano do ponto de vista biomédico, é um ser vivo biológico, sendo que em outros paradigmas, ele pode ser percebido como um ser sociocultural, com os seus saberes e uma identidade própria na qual se identifica no meio do seu grupo social. Nesse contexto, com uma visão diferente sobre o processo de saúde, doença e seu tratamento, o processo de aceitabilidade e procura de serviços de saúde é predeterminado por hábitos e costumes socioculturais.

Na verdade, no nosso seio, é comum notar que a procura pelos serviços de saúde só é feita quando o indivíduo estiver a se sentir mal no seu organismo, quando tiver alguma enfermidade, ou seja, quando estiver com algum sintoma de anomalia no organismo, hábitos e/ou costumes que de certa forma prejudicam a saúde da população no geral.

Tendo em atenção o foco desta pesquisa, é justo indagar sobre os processos adoptados nas comunidades moçambicanas no quadro das práticas alimentares, que num caso podem culminar na desnutrição e noutros em obesidade. Por isso, neste capítulo foram tomados em consideração vários conceitos e teorias, sendo um dos principais pontos de abordagem a desnutrição.

Contudo, outros elementos pertinentes foram também priorizados ao longo desta secção, como sejam: os critérios de classificação do estado nutricional, componentes de reabilitação, políticas públicas no quadro do Programa de reabilitação nutricional, cuidados de saúde tradicional, cultura e práticas alimentares, Inseguranca Alimentar em Mocambique, Avaliação dos Programas de Saúde.

1.1 A DESNUTRIÇÃO

O termo desnutrição (ou subnutrição) segundo a Organização Mundial da Saúde (2004) refere-se a um estado patológico que pode ser causado pela

faltade ingestão ou absorção de nutrientes pelo organismo. Podendo ser aguda ou crónica dependendo da sua gravidade e do quadro clínico (OMS,2004).

De acordo com a OMS (2010), o Estado Nutricional Óptimo de um indivíduo é reflectido pela manutenção dos processos vitais de sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e actividade. Qualquer desvio do estado nutricional óptimo resulta em distúrbios nutricionais referidos como malnutrição.

Malnutrição: é o estado patológico resultante tanto da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo (desnutrição ou sub-nutrição), como da ingestão e/ou absorção de nutrientes em excesso (sobrenutrição).

As diferentes formas de desnutrição que podem aparecer isoladas ou em combinação incluem: Desnutrição aguda: manifesta-se através de baixo peso para altura e/ou edema bilateral; Desnutrição crónica: manifesta-se através de baixa altura para idade; Desnutrição de micronutrientes: as formas mais comuns de desnutrição de micronutrientes estão relacionadas com as deficiências de ferro, vitamina A, iodo e das vitaminas do complexo B.

O crescimento insuficiente (CI) é diagnosticado numa criança, quando esta não apresenta ganho de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses, o que significa curva de crescimento horizontal ou em declínio, da curva no Cartão de Saúde da Criança.

A desnutrição aguda é causada pelo deficiente consumo alimentar e/ou aparecimento de uma enfermidade, num passado recente, resultando na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral.

De acordo com a condição clínica, a desnutrição aguda pode ser classificada em ligeira, moderada ou grave. A desnutrição aguda grave manifesta-se através nas condições clínicas Marasmo (emagrecimento grave), Kwashiorkor (edema bilateral) e Kwashiorkor-marasmático, ou emagrecimento grave com edema bilateral.

Os indicadores nutricionais chave para o diagnóstico da desnutrição aguda são: Perímetro braquial (PB), Peso para estatura (P/E) para crianças dos 6-59 meses de idade, Edema bilateral (edema em ambos os pés).

Os indicadores do P/E e IMC/Idade mostram como o peso e estatura (altura ou comprimento) das crianças se comparam com o peso e estatura das outras crianças da população padrão da OMS, do mesmo sexo e idade.

Actualmente, são usados os parâmetros de Z-score ou a unidade de desvio padrão (DP) como “padrão de ouro”, com base nos novos padrões de crescimento da (OMS, 2010).

QUADRO 1 - PARÂMETROS DE CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA

Indicadores Nutricionais	Edema Bilateral	P/E ou IMC/Idade	Perímetro Braquial (PB)
Desnutrição aguda grave (DAG)	Presente	< -3 DP	6-59 meses: < 11,5 cm 5–10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm
Desnutrição aguda moderada (DAM)	Ausente	≥ -3 e < -2 DP	6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm 5–10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5cm 11-15 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm
	Ausente	≥ -2 e < -1 DP	

FONTE: Adaptado de OMS (2010).

Alguns autores como Lochset al.(2006), Sobotka (2008), entre outros, consideram a desnutrição como uma patogenia que traz sequelas para o desenvolvimento, crescimento e sobrevivência do indivíduo e, consequentemente, das famílias.

Definir desnutrição em crianças menores de 5 anos torna-se algo complexo, em virtude da variação do quadro clínico e da relação multicausal. Ainda assim, ela pode ser definida como sendo o estado nutricional em que ocorre deficiência provocando desequilíbrio de energia, proteína e outros nutrientes, causando alteração física, tecidual, funcional e reflectidos em resultados clínicos. A desnutrição engloba um conceito amplo que pode não ser apenas proteico-calórico, pois envolve deficiência de micronutrientes e macronutrientes (LOCHS *et al*, 2006; SOBOTKA, 2008).

Os autores acima enaltecem ainda que, a desnutrição reflectida por indicadores antropométricos do estado nutricional é altamente prevalente em regiões menos favorecidas sócio-economicamente, a qual resulta no aumento substancial da mortalidade e incidência de doenças em geral. Entre as causas básicas e subjacentes de desnutrição encontram-se os factores ambientais, económicos, sociopolíticos, em que a pobreza tem um papel central, facto

corroborado por Monteiro (2009) que considera a doença como um mal aliado a questão da pobreza.

Segundo Martins (2004), a baixa qualidade da habitação, associada a outros factores como condições de saneamento, abastecimento de água, pobreza absoluta, agrava a vulnerabilidade da população o que torna o fenômeno da desnutrição como um problema de saúde pública.

O fenómeno da desnutrição é multicausal e um dos fatores intimamente relacionado é a questão da (in)segurança alimentar e nutricional. Neste contexto, a luta contra a fome e a desnutrição torna-se uma prioridade nas agendas dos governos comprometidos com o desenvolvimento da sociedade.

A desnutrição aguda é causada pelo deficiente consumo alimentar e/ou aparecimento de uma enfermidade, num passado recente, resultando na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral, (FANTA, 2011).

Segundo Oliveira (2003), nos países em desenvolvimento são aplicadas algumas estratégias a fim de assegurar a reabilitação nutricional de crianças. Deste modo, várias alternativas são desenvolvidas com o objectivo de reduzir a prevalência do baixo peso e desnutrição. Uma das estratégias mais utilizadas, como é o caso de Moçambique, é a suplementação alimentar, variando desde produtos altamente calóricos até misturas mais simples.

Historicamente, a distribuição de alimentos para grupos populacionais vulneráveis por meio dos serviços de saúde tem sido a estratégia adoptada para melhoria das condições de vida e saúde (GOULART, JÚNIOR & SOUZA, 2007).

De facto, as experiências das duas últimas décadas, indicam que crianças com simples desnutrição aguda moderada ou grave podem ser tratadas com sucesso em ambulatório, recorrendo a um tratamento adequado baseado em fórmulas terapêuticas, tal é o caso dos suplementos nutricionais como MAE, ATPUe uma dieta alimentar enriquecida com base nos alimentos localmente disponíveis (BROWN et al, 2009).

1.2 CONDICIONANTES SOCIAIS OU DETERMINANTES DA DESNUTRIÇÃO

A OMS (2014, p.78), num documento de recomendações de uma das Comissões de Especialidade, definiu os determinantes sociais da saúde como “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e

envelhecem, tendo em conta os factores estruturais dessas condições, isto é, a distribuição de poder, renda e recursos". Ressalta ainda que, embora cuidados médicos de boa qualidade sejam essenciais, a menos que se enfrente as causas sociais básicas que minam a saúde das pessoas, não se alcançará o seu bem-estar.

Jiménez-Benítez et al (2010) atribuem a falta de educação, cultura, pobreza, emprego, género e diferenciação étnica e outros determinantes sociais como um facto real no desencadeamento da desnutrição.Estes autores consideram que um bom nível de escolaridade melhora o conhecimento sobre nutrição e sobre saúde no geral, outrossim, habilita o indivíduo a desenvolver atitudes e hábitos alimentares mais saudáveis.

Importa referir que a educação materna tem impacto para um melhor estado de saúde e nutrição das crianças. No entanto, por um lado, a pobreza e o desemprego, constituem elementos que limitam a disponibilidade de recursos para o poder aquisitivo e acesso aos alimentos.Por outro, a localização dos terrenos em algumas áreas geográficas, as questões ambientais, a altitude, dificuldades de acesso, alterações climáticas, desastres naturais ou as diferenças entre zonas rurais e urbanas, conferem-se como elementos concorrentes para a ocorrência do fenómeno da desnutrição.

De acordo com os autores citados anteriormente, Jiménez-Benítez et al (2010), o género e a diferenciação étnica desempenham um papel social muito importante para a condição de saúde e nutrição, pois a mulher em quase toda a parte do mundo assume a responsabilidade para a alimentação de suas famílias, sobretudo as mulheres pobres que vivem nas zonas rurais. Atente-se ainda ao facto de na maior parte dos casos o aspecto cultural estar fortemente ligado a questões étnicas[5].

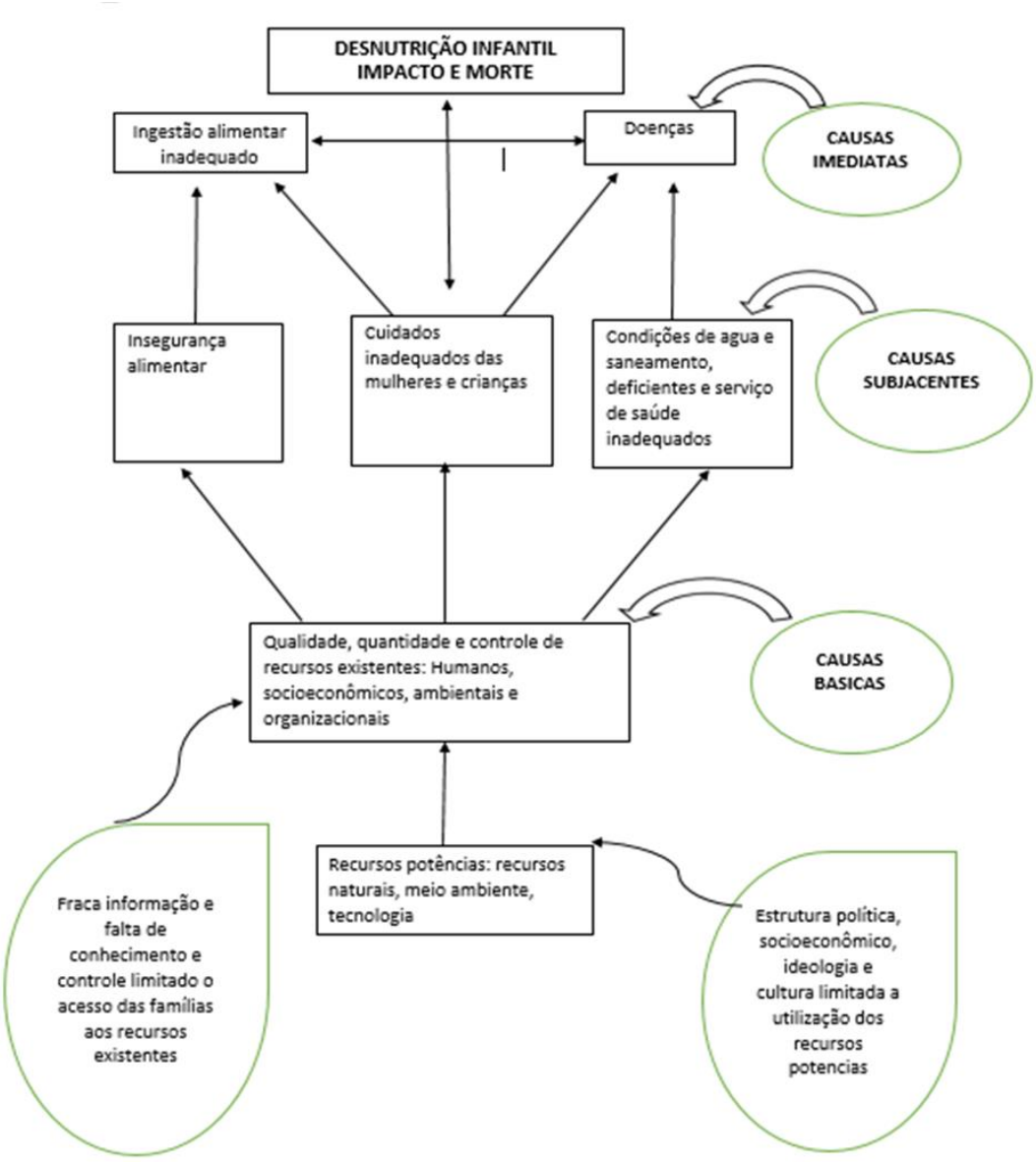
De acordo com Huhn (2009), a África Subsaariana é a única região do mundo que ainda sofre emergências nutricionais agudas, aliadas a uma dieta alimentar inadequada que está cada vez mais se expandindo no mundo,

[5] É comum encontrar famílias que elegem certo tipo de alimentação somente por determinação de índole étnica, podendo correr o risco de acometer as pessoas em alimentação inadequada. Isto é, as pessoas dessas comunidades acabam ter uma alimentação desequilibrada porque a suas praticas alimentares, hábitos custumes e crenças lhe iduzem para tal.

assumindo uma função de subnutrição e não de sobrenutrição, o que significa que há baixo consumo de alimentos ricos em calorias e proteínas.

Veja-se, de seguida, a estrutura que apresenta as causas da desnutrição infantil em Moçambique:

FIGURA 1 – ESQUEMA GERAL DAS CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO EM MOÇAMBIQUE



FONTE: Adaptado de UNICEF (2010).

1.3 DESNUTRIÇÃO, (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E POLÍTICAS PÚBLICAS

O fenômeno da desnutrição é multicausal e um dos fatores intimamente relacionado é a questão da (in)segurança alimentar e nutricional. Neste contexto,

a luta contra a fome e a desnutrição torna-se uma prioridade nas agendas dos governos comprometidos com o desenvolvimento da sociedade.

1.4 QUESTÕES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

A abordagem sobre segurança alimentar começa a ganhar novos horizontes quando é ampliada e incorporada a questão da produção agrícola, abastecimento, incluindo as dimensões do acesso e da qualidade dos alimentos, bem como das carências nutricionais (CONSEA, 2014).

No Brasil, por exemplo, em 1990-1991 é reconhecida a questão da segurança alimentar como um marco de referência para políticas públicas e com um modelo de delineamento de desenvolvimento que, entretanto, experimentou seus obstáculos, o que concorreu para que em 1993 se decretasse a criação do CONSEA (Conselho Nacional de Segurança alimentar). O Conselho foi integrado e composto por representantes de oito ministérios e representantes da sociedade civil indicados pelo Movimento pela Ética na Política, sendo definido seu papel para coordenar a elaboração e implementação do Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria dentro dos princípios da solidariedade e da descentralização (VALENTE,2002).

Após a criação do Conselho em referência, em 1994 realizou-se a Iª Conferência Nacional de Segurança Alimentar, durante a qual foram discutidas e definidas algumas diretrizes básicas para a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, incluindo três eixos e dez prioridades (CONSEA, 2004). Dentre eles, a questão da redução do custo dos alimentos e o encargo no orçamento familiar; ampliação das condições de acesso aos alimentos e redução do peso do orçamento familiar; aumento da disponibilidade dos alimentos; garantia da saúde e nutrição a grupos populacionais vulneráveis; combate à desnutrição e redução da mortalidade materno infantil; proteção da saúde e do estado nutricional do grupo materno- infantil; fortalecimento do programa de alimentação dos trabalhadores; ampliação do programa de alimentação escolar; proteção de grupos específicos; zelo pela qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e o seu aproveitamento estimulando práticas alimentares e estilo de vida saudável; e assegurar a qualidade higiênico-sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos.

Nesta perspectiva torna-se imprescindível um olhar minucioso no cumprimento de preceito jurídico do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), além da soberania alimentar e segurança alimentar. O DHAA baseia-se no fato de que toda pessoa deve estar livre da fome como pré-requisito para a materialização ou reivindicação de outros direitos humanos. No Brasil, a não observância implica uma violação da lei previsto pela constituição federal(ABRANDH, 2010) citado por(BEZERRA & ISAGUIRRE 2015).

Falar do direito humano a alimentação (DHAA) visa fundamentalmente promover o acesso permanente ao alimento em quantidade suficiente e qualidade a todo o momento, de forma a ter uma vida ativa e saudável, contribuindo, assim, para uma existência digna. De forma mais ampla, abarca outros elementos como ser um alimento sustentável do ponto de vista agroecológico, social, econômico e cultural, com vista a garantir a segurança alimentar e nutricional (SAN) das próximas gerações. Reconhece-se que existem fatores que determinam a alimentação e que os hábitos alimentares são diversificados (BRASIL, 2013).

No Brasil assume-se que a soberania alimentar, é um direito de o país definir suas próprias linhas e estratégias de produção sustentáveis de distribuição dos alimentos bem como consumi-los de maneira a garantir o direito à alimentação para toda a população respeitando suas próprias culturas (BRASIL, 2013).

Um dos pilares fundamentais da segurança alimentar e nutricional é a qualidade dos alimentos consumidos do ponto de vista higiênico-sanitário, biológico, tecnológico e da ausência de qualquer produto prejudicial à saúde como por exemplo, os aditivos químicos, agrotóxicos, produtos geneticamente modificados entre outros e que se relaciona com um modelo de produção sustentável social e ambientalmente (CONSEA, 2004).

Para Pollan (2008), atualmente o ato de comer foi dissociado da dependência da natureza, mas mesmo com a imposição da indústria no que temos que comer, precisa-se recordar que a natureza requer cuidados e preservação, sobretudo no que tange ao critério de produção de alimentos.

O mesmo autor reconhece que, pensando-se na demanda e no tempo de vida de prateleira do alimento, a indústria tem um papel fundamental, mas que não retira o direito de questionar “o que é esse alimento?De onde vem? bem

como, até que ponto a ciência potencializa a valorização desse alimento para o contexto de segurança alimentar.

Do ponto de vista critico, a questão da produção insuficiente de alimentos foi estrategicamente utilizada para explicar a existência da pobreza sobretudo nos ″países do terceiro mundo″ (RIGON & BÓGUS, 2016). Posto isso, foi intensificado o aumento da produção agrícola baseada em tecnologias e modernização, denominada ″revolução verde″.

Apesar do aumento significativo da produção dos alimentos, o número de vítimas da fome e desnutrição persiste e em algumas regiões está aumentando e, por consequência, intensificou-se o êxodo rural nesse período, o desemprego e a pobreza (GREEN,2009).

Rigon & Bógus (2016), ressaltam o surgimento da crise de alimentos a partir de 2006 onde se visualiza uma crise decorrente da questão estrutural e do modelo de produção e consumo de alimentos.

Segundo Deschurtter& Oliver (2012) a globalização traz consigo uma gama de condições e seus efeitos no que concerne às mudanças econômicas e tecnológicas, políticas e institucionais porque coloca o Estado numa situação de perda de capacidade de regulação setorial e nacional, o que obviamente não é bom para a questão da soberania alimentar. Gera ainda mudanças sociais e culturais o que propicia a geração de interdependência e novas relações de produção e consumo, afetando diretamente a alimentação.

Esses efeitos devem ser vistos em várias vertentes. De um lado de forma positiva e de outro lado deve-se olhar para as consequências que trazem consigo.

Souza, (2006) reitera que é fruto da globalização que permite a criação de leis e políticas que interferência nas decisões das políticas públicas que de certa forma impõe modelos de produção como base da soberania alimentar.

Diante desse pressuposto encontramos dois modelos dominantes em relação à soberania alimentar de acordo com Machado et al (2016), a agricultura camponesa, caracterizada por uma cadeia curta de produção e consumo de alimentos adequados e saudáveis e o agronegócio, caraterizada por uma cadeia longa de produção, comércio e consumo, com impacto negativo na sociedade.

Moçambique, um país do terceiro mundo, tem vindo a experimentar os modelos acima referenciados. Aliás, o Governo nos últimos dias tem estado a

incentivar a prática de agricultura familiar, equivalente à Agricultura Camponesa, como forma de suprir as necessidades básicas alimentares. No outro prisma, fruto da globalização, o Governo de Moçambique promove o agronegócio e este vem crescendo no país, visto pelo governo como estratégia de luta contra a pobreza. Este último modelo é fundamentalmente caracterizado pelo uso excessivo de adubos químicos e novos equipamentos na produção, sobretudo na região sul do país concretamente na província de Maputo com o cultivo da cana-de-açúcar (AIM, 2011). Estimula-se aí a participação de pequenos agricultores na produção da cana-de-açúcar, com vista a promover o desenvolvimento rural e o crescimento econômico da camada mais pobre, por meio do PROAGRI (Programa Nacional de Desenvolvimento Agrícola de Moçambique), no entanto, o programa acaba esbarrando com o aparente abandono da produção das culturas alimentares que, como se afirmou anteriormente, é a base para segurança alimentar e nutricional.

Contudo, como estratégia para a motivação destes agricultores, o Governo oferece assistência técnica, incluindo o fornecimento de todos os insumos agrícolas necessários para a produção de cana-de-açúcar e, coloca à disposição dos agricultores uma gama de sementes para garantir o sucesso nas campanhas agrícolas, (JELSMA; BOLDING; SLINGERLAND, 2016).

Considera-se certo e de relevo o objetivo de acabar com a fome existente no mundo e em Moçambique em particular, entretanto, a questão em causa é a forma na qual está sendo materializado este objetivo. Segundo, orientações desenvolvimentistas e o modelo da revolução verde, devem ser utilizados os componentes do pacote tecnológico da agricultura moderna, ou seja, máquinas, implementos agrícolas, fertilizantes sintéticos, sementes geneticamente modificadas e os agrotóxicos.

Essa tecnologia imposta pela “Revolução Verde” e disseminada entre os agricultores, em todo o mundo, criou uma estreita dependência, aumentando o custo de produção na agricultura. O uso ampliado e irrestrito das técnicas e produtos dessa agricultura industrialtem ocasionado sérios problemas ao ser humano e ao ambiente (PASCHOAL, 1979).

No caso vertente de Moçambique, não há registo de estudos representativos a nível nacional que ilustram o ponto de situação em termos de uso de agrotóxicos, porém várias reflexões têm sido feitas pelo aumento da

procura dos pacotes tecnológicos na agricultura, sobretudo em algumas associações de agricultores que se dedicam ao cultivo de culturas de rendimento, como são os casos da cana-de-açúcar, tabaco e algodão. Contudo, informações levantadas pelo Instituto de Investigação Agrária de Moçambique (IIAM), revelam que há um crescente cenário de impacto ambiental e contaminação sobre as águas fluviais e subterrâneas ao longo do Corredor de Nacala nas localidades de Nampula, Ribaue, Malema, Gurue, Cuamba, Mandimba, Ngauma, Lichinga, Unango e Luambala, decorrentes da expansão das atividades agropecuárias devido ao uso de agroquímicos (IIAM, 2012).

Importa referir que actualmente a comunidade camponesa de Moçambique tem vivido situação conflituosas com o governo devido a implementação do projecto ProSavana.

Dado ao modelo de agricultura que está a ser implementado no Corredor de Nacala, esta comunidade sente que é um modelo prejudicial para os camponeses e, por isso, têm vindo a contestar.

De acordo com Moçambique (2013) o projeto ProSavana está sendo realizado a partir da cooperação trilateral entre os governos do Brasil, Japão e Moçambique, com objetivo de desenvolver a produção do setor rural através do incremento da capacidade de pesquisa e extensão rural e a realização de investimentos em energia, armazéns e transportes.

Para atingir tais objetivos, o projeto irá fortalecer a capacidade e inovação técnica em áreas estratégicas para o desenvolvimento agrícola e rural, além de melhorar a competitividade do setor em matéria de segurança alimentar e de geração de excedentes exportáveis.

Há que se reconhecer que a agricultura está ligada às raízes da história do campesinato e, na visão da Nazareth (2009), os povos originários se destacaram com modosde vida particulares através da prática de agricultura tradicional.

O campesinato enquanto grupo social, é formado por camponeses que se dedicam à prática de agricultura em pequena escala (agricultores e agricultoras familiar), na qual se identificam com a forma de produção em que geralmente é formada pela família (Nazareth ,2009).

Do ponto de vista social os agricultores e agricultoras possuem uma relativa autonomia no mundo global, porém, olhando para a questão do mercado

internacional tem pouca influência sobre eles, trazendo então a necessidade de criação de políticas públicas que pautem pela valorização desta camada.

Grande parte dos camponeses não tem o título de propriedade da terra por várias razões, mas não significa que a terra não lhe pertença. Porém, verifica-se, na realidade moçambicana, que o Governo atribui o Direito ao Uso e Aproveitamento da Terra (DUAT), com uma referência clara de que a terra pertence ao Estado, sendo que se por alguma necessidade o Governo pretender usar determinada parcela de terreno atribuída a qualquer cidadão moçambicano, para a implantação de qualquer projeto de benefício social, a parcela em referência é imediatamente retirada das mãos do cidadão, sendo atribuído a este, uma outra em forma de compensação para desenvolver as suas atividades agrárias. Os camponeses familiares têm um sistema de produção que atende as suas necessidades, acima de tudo no que comer e o que é culturalmente aceito.

É importante, porém, salientar que o modelo de modernização da agricultura anteriormente descrito, coloca o agricultor familiar em situação de desfavorecimento devido ao poder dos sistemas agroalimentares.

Segundo Geoffrey (2009) refere, os sistemas agroalimentares são um universo complexo que envolve uma série de processos de transformação permanente e dinâmica com dimensões globais do sistema de produção, modificação e consumo, centrada na concentração do capital e do alimento fazendo parte dos negócios de bolsas de valor.

1.5 A INSEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE

O relatório da FAO (2015) sobre o estado da ″Insegurança Alimentar no Mundo″, confere que 795 milhões de pessoas passam fome extrema no mundo. Na última década, mais de 167 milhões saíram desta situação, e em 25 anos o número será reduzido em 216 milhões. A América Latina e a Ásia registraram progressos particularmente positivos. Já o continente africano continua em alerta vermelho. Na África, mais de 220 milhões de pessoas estão subalimentadas, o que representa 23.2% da população do continente. Ressalta-se que esta é a taxa mais elevada de prevalência de qualquer região do mundo (FAO, 2015). Atualmente, 24 países africanos enfrentam crises alimentares, o dobro do que em 1990. De outro lado, o Brasil foi retirado do Mapa da Fome da FAO devido à

redução da Prevalência de Subalimentação que atingiu 5%, abaixo do qual a organização internacional considera que um país superou o problema.

Ainda no Brasil, em 10 anos houve umaumento da oferta de alimentos, e a disponibilidade de calorias para a população cresceu 10%; houve um aumento da renda dos mais pobres com o crescimento real de 71,5% do salário mínimo e geração de 21 milhões de empregos, alémda recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

O conceito brasileiro de segurança alimentar e nutricional foi reconhecido mundialmente pela sua amplitude e pelas políticas que procuram abarcar vários elementos, ao contrário do conceito da FAO.

No caso de Moçambique, segundo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) o país predominado pela região rural, e que tem enfrentado grandes mudanças socioeconômicas nas últimas décadas ocasionadas por mais de 15 anos de guerra civil, o que culminou em um dos países mais pobres do mundo.

A história da medicina em Moçambique inicia com a própria constituição do Estado moçambicano já quando da Independência Nacional em 1975 que, como é sabido, o país esteve sob dominação colonial por cerca de 500 anos. Sendo um processo dinâmico, foi assumindo características e ajustamentos próprios decorrentes da evolução que o nosso País foi sofrendo, desde a nossa independência até ao presente momento.

Após alcançar-se a independência, onde se pensava que todo o processo de cuidados de saúde seguiria mecanismos lineares, eis que o país se vê mergulhado em mais um momento de desestabilização, caracterizado pela guerra dos dezesseis anos, o que coloca enorme retrocesso em todas as esferas da vida social em Moçambique.

Começa-se, então, a se privilegiar um tipo de produção de alimentos localizados, aparecendo regiões que promovem o cultivo de determinadas culturas, como por exemplo, o chá na Zambézia, o feijão e o gergelim em Manica, a criação do gado caprino em Tete, o gado bovino em Gaza, a batata em Niassa, só para dar alguns exemplos.

Porém, a distribuição destes produtos por todo o país, nunca teve o sucesso necessário, devido a instabilidade política acima referida que, aliás tem vindo a caracterizar o momento actual do país, o que acaba favorecendo a insegurança alimentar no país.

Mercados e estradas também interferem significativamente no acesso físico aos alimentos permanecendo como um grande desafio para a segurança alimentar, principalmente nas áreas rurais. O fraco poder de compra é um dos principais obstáculos para o acesso aos alimentos em áreas urbanas, especificamente em tempos de aumento de preços dos alimentos. Dificuldades de acesso ao transporte significam que, por vezes, a escassez de alimentos em algumas regiões do país precisa ser cobertaspor meio da importação de países vizinhos ao invés de compras de outras regiões do território nacional, (UEM, 1982).

Apesar dessas dificuldades, Moçambique vem desenvolvendo estratégias de integração dos esforços setoriais no âmbito do combate à pobreza, sendo que nas últimas duas décadas, regista-se um fortalecimento institucional e consolidação da democracia que concorrem para o crescimento econômico, apesar das instabilidades políticas no país.

Mesmo com esses avanços consideráveis, Moçambique continua a enfrentar grandes desafios, uma vez que o crescimento econômico, por si só, não consegue responder ao problema da insegurança alimentar. Estima-se que 60% dos 24,4 milhões de moçambicanos vivem nas áreas rurais, que é caraterizada por mais de 80% dos pobres, e com 54% da população vivendo abaixo da linha de pobreza nacional, (MOÇAMBIQUE, 2010).

No caso, a agricultura, que é de pequena escala, é responsável pela maior parte da produção nacional em todo o território, no entanto, as receitas provenientes da agricultura não são significativas para suprir as necessidades nutricionais para a maioria da população.

De acordo com o programa mundial de alimentação (PMA), Moçambique é o terceiro país mais afetado na África por riscos relacionados alterações climáticas, por conseguinte, torna o país particularmente vulnerável em termos de segurança alimentar (FAO et al, 2010). A destruição dos termos de troca devido ao aumento dos preços internacionais dos alimentos e dos combustíveis também constitui um dos obstáculos para aumentar a renda dos pequenos agricultores no país.

Várias oportunidades continuam a surgir na medida em que parte do seu potencial agrícola é explorada e que tem melhorado significativamente a produção reduzindo a dependência de remessas de ajuda alimentar.

Apesar do progresso nos últimos anos, a FAO considera que Moçambique continua a ser um país que sofre com a insegurança alimentar e que consideráveis melhorias ainda são necessárias para aumentar a disponibilidade de alimentos, melhoria do acesso e utilização dos mesmos. A insegurança alimentar, a desnutrição crônica e a pobreza são os principais desafios, pois segundo informações obtida no relatório do secretariado técnico de segurança alimentar e nutricional de Moçambique SETSAN (2016), cerca de 1.500.000 pessoas vivem uma situação de Insegurança Alimentar Aguda devido à seca, 35% da população está sujeita à insegurança alimentar crônica, 43% das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crônica e 6% de desnutrição aguda (DA), dos quais 2% afetado pela desnutrição aguda grave (DAG).

Apesar dos elevados números relacionados à insegurança alimentar e subnutrição, num outro relatório da FAO, também publicado em 2010, considerava a situação de segurança alimentar em Moçambique satisfatória, sendo que os principais desafios estão relacionados não só com a insuficiência em termos de quantidade, mas também com a diversidade de alimentos disponíveis.

Dados do Ministério da Saúde (MISAU, 2011), indicam que a oferta de alimentos ricos em proteínas e micronutrientes continua a ser muito pobre e baixa em comparação com os outros países da região.

A agricultura Familiar é uma atividade econômica extremamente valorizada em Moçambique e cerca de 70% de toda a terra cultivada é ocupada por pequenas propriedades, com tamanho médio de 2 hectares, as “machambas”, onde são produzidos frequentemente a mandioca, milho e leguminosas. (SETSAN, 2013).

O Secretariado Técnico de Seguraca Alimentar e Nutricional (SETSAN) enaltece ainda que um dos desafios enfrentados pelos pequenos agricultores relaciona-se com baixa produtividade agrícola, o que pode ser atribuído à insuficiência de apoio para o comércio de seus produtos em mercados confiáveis e os tornam particularmente vulneráveis em caso de escassez e desastres naturais. Neste caso, os agregados familiares são sujeitos a adotar algumas estratégias de sobrevivência, como por exemplo, reduzir consumo alimentar de adultos em benefício das crianças ou também recorrendo a formas de vida

atípicas, como a venda de alguns bens em sua posse, o que pode levar a perda de tudo que tinha conquistado.

O secretariado técnico revela também que da avaliação efetuada no primeiro trimestre do ano de 2016, em algumas regiões do país aumentou a proporção de agregados familiares que estão a usar estratégias de sobrevivência consideradas de crise para cobrir o déficit de alimentos sendo registados na Província de Sofala, nos distritos de Caia (Sena), Chemba (Mulima), Cheringoma (Inhaminga e Nhamitanga) e Marromeu (Chupanga) onde os agregados familiares estão a consumir nkoka, nhica, cunde, magundo e malambe[6].

Na Província de Tete, nos distritos de Marara, Marávia, Doa, Chifunde e Changara, respectivamente nos postos administrativos de Chioca, Kazula, Manje e Mphennde os agregados familiares estão a consumir malambe, kassongo e tomarinho.

Na Província de Gaza, no distrito de Mabalane, nos postos administrativos de Combomune e Matxele, os agregados familiares estão a consumir massala, macuacua e tindziva; em Chicualacuala, no Posto Administrativo Eduardo Mondlane estão a consumir macuacua e xicutsi. A crise segue afetando as províncias de Tete, Manica, Sofala, Gaza, Inhambane e Maputo província.

No que concerne à agropecuária, na região Sul e em alguns distritos do Centro do país, o relatório indica que cerca de 4.500 bovinos e 68 mil caprinos morreram devido à seca. Os alimentos referenciados, cuja população consome como estratégia de sobrevivência, são frutas silvestres que a natureza lhes oferece que em nenhum momento poderão suprir suficientemente as suas necessidades nutricionais e nao fazem parte de alimento de base para essas comunidades, refugiam se no seu consumo devido a falta de disponibilidade dos alimentos.

Um dos indicadores importantes do acesso aos alimentos é o preço praticado para os consumidores, numa avaliação do custo da cesta básica de alimento, num agregado familiar composto por 5 membros necessita-se de algo

[6] Trata-se de nomenclatura de certos frutos silvestres que contêm determinado valor nutritivo de pouca duração. Isto é, o consumo de tais frutos silvestre não cobre nem 1/3 das necessidades nutricionais que o organismo precisa para se satisfazer.

acima de 10.500 meticais/mês[7], sendo mais alto nas províncias de Gaza e Maputo província (SETSAN, 2016).

Estes dados levam a inferir que a insegurança alimentar e nutricional está a piorar. Tendo em consideração esta situação, algumas intervenções na área de nutrição devem priorizar essas províncias num âmbito de emergência.

Neste contexto, o quadro da insegurança alimentar e nutricional é prova cabal de que a denominada ″revolução verde″ nunca acabou com a fome no mundo e nem sequer garantiu a segurança alimentar dos povos, apesar do valor do per capita de produção ter aumentado (VALENTE,2002).

De uma forma geral pode-se inferir à questão da insegurança alimentar é devida às relações determinantes exercidas pelas grandes desigualdades sociais, a pobreza e desemprego e a dificuldades de acesso a uma alimentação adequada.

A FAO em 2012 reconheceu que globalmente ainda persistem elevadas taxas de insegurança alimentar grave, necessitando-se de uma avaliação baseada em elementos críticos para os grupos de risco e identificação dos mais vulneráveis, de modo a implementar-se medidas que permitam resolver este problema de forma mais efetiva.

Ainda na mesma perspectiva, a FAO (2012) sublinha que, tendo um indicador e bases sólidas que melhore a compreensão do fenômeno em questão, permitiria também uma melhor comunicação entre sociedade civil, formuladores de políticas, agências de desenvolvimento e as instâncias de tomada de decisão. Ressalta também que a falta de acesso a nutrientes adequados que permitem aos indivíduos cobrir as suas necessidades nutricionais para uma vida ativa e saudável tem sido uma preocupação constante a comunidade internacional.

1.6 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR

Para a medição de insegurança alimentar têm sido tradicionalmente usados indicadores econômicos dos métodos de produção e disponibilidade de alimentos a nível nacional e regional. Como a segurança alimentar baseia-se na capacidade de acesso a alimentos, a medição da insegurança deve também

[7]Equivalente a 420 reais

incidir sobre o acesso aos alimentos e não apenas em algumas das suas causas da insegurança alimentar. A título de exemplo, tem-se tomado em consideração a falta de disponibilidade de níveis de alimentos ou apenas alguns de seus efeitos (a desnutrição crônica em crianças, a baixa diversidade alimentar) como elementos chave para avaliar a ocorrência ou não da insegurança alimentar.

Em 2002, ocorreu em Roma o Simpósio Internacional que definiu a Medição e Avaliação da Insegurança Alimentar baseada na privação de alimentos e desnutrição, recorrendo a metodologia para avaliar a experiência dentro das famílias que incluia componentes associados como: 1) quantidade suficiente de alimentos; 2) qualidade de alimentação adequada; 3) segurança e previsibilidade na aquisição de alimentos; 4) aceitabilidade social na forma de aquisição dos alimentos e; 5) a segurança alimentar em casa para adultos e crianças, A avaliação resulta em nível que pode ser leve, moderado e grave (FAO,2012).

Vale lembrar que o ser humano tem necessidades nutricionais em forma de nutrientes e energia que devem ser garantidos no seu dia-a-dia de modo a manter as suas funções vitais, a capacidade de trabalho e de estabelecimento de outras necessidades relativas à reprodução e desenvolvimento da vida humana (WHO,2012, RIGON & BÓGUS, 2016).

Neste contexto, a comprovação da existência da interdependência entre a alimentação, nutrição e saúde constitui um fator relevante para a priorização do assunto na agenda política dos governos, e que requer vários mecanismos de intervenção para facilitar e garantir o acesso a alimentação sem esquecer que esse processo sofre mais influência de ordem social, cultural, econômica, política e ambiental do que propriamente uma determinação biológica (VALENTE, 2002).

Para Maluf (2011) a insegurança alimentar está intimamente relacionada com a questão de falta de acesso à terra, modernização agrícola excludente, falta de emprego, péssimas condições de vida, para além dos fatores ambientais.Portanto, como se pode depreender, no âmbito da avaliação do estado nutricional, torna-se premente considerar como critério de medição e avaliação da insegurança alimentar a situação em que um indivíduo passa por períodos concretos de restrição na disponibilidade de alimentos para o consumo. Ou seja, a situação em que um adulto ou até mesmo uma criança passe um dia

ou dias seguidos sem comer por não ter condições de produzir alimentos ou por falta de dinheiro para comprá-los.

1.7 INTERSETORIALIDADE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

No caso do Brasil, nas últimas décadas, a partir do governo do Presidente Lula da Silva, mais de 120 ações e programas intersetoriais foram desenvolvidos por (12) doze ministérios na perspectiva de dar corpo a consecução do que foi proposto na reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Isso constituiu um momento de extrema importância para a segurança alimentar e nutricional no país após um longo período de dez anos sem se realizar uma consulta pública sobre o tema (RIGON & BÓGUS, 2016). É importante referir que este fato foi resultado de uma conferência realizada em 2003 no início do governo de Lula, tendo em 2004 a nova gestão do CONSEA apoiado o governo na materialização da discussão sobre o tema (CONSEA,2004).

Na visão do CONSEA, a SAN deveria ser atendida como um dos objetivos estratégicos para o desenvolvimento sustentável a nível nacional, construído em bases distintas do modelo econômico em vigor, gerador de produção concentrada de riquezas que se traduzem em grandes níveis de desigualdade social e criação de dependência de um sistema agroalimentar estruturado segundo interesses privados de transnacionais e que na verdade são grandes promotores de problemas sociais, ambientais e de saúde pública (CONSEA, 2007).

Como se pode depreender as políticas públicas de SAN e sua materialização,passam a ser responsabilidade exclusiva dos governos contando com a contribuição da sociedade civil, e tornando-se um desafio Intersetorial na demanda da apropriação e atendimento do seu conceito por todas as áreas envolvidas, (desde a produção, disponibilidade do alimento, distribuição,comercialização e acesso ao alimento, no que se refere a nutrição, práticas alimentares e utilização do alimento pelo organismo humano) (RIGON & BÓGUS, 2016).

As mesmas autoras referem que em função do vislumbrado, a maior parte dos países necessitam refletir sobre as estruturas da sociedade, no campo

social, político e econômico, redefinindo mecanismos de maior participação social nas decisões governamentais.

Torna-se necessário repensar nos modelos de desenvolvimento e estratégias da intersetorialidade no âmbito do cumprimento do conceito da soberania alimentar e segurança alimentar e nutricional em que as estruturas tradicionais que detém o poder de decisão se tornem mais descentralizadas e flexíveis e que os sistemas de informação possibilitem que os atores tenham uma compreensão compartilhada dos problemas. A criação de espaços de interação entre os setores auxiliaria na identificação de intervenções estratégicas (BURLANDY, 2009).

Cassarino (2012) considera que a valorização do meio rural e biodiversidade, consumo dos alimentos tradicionais e de referência cultural, produção de forma ecológica dos alimentos pelo agricultor familiar e construção de circuitos que priorizem o abastecimento local e regional, tornam-se estratégias que podem estabelecer uma agenda política e integrada pautada pelos governos e sociedade civil no que concerne a política de SAN como uma política ampla.

1.8 AÇÕES DO GOVERNO DE MOÇAMBIQUE PARA GARANTIR A SAN

Moçambique, à semelhança de alguns países da região austral de África, adotou um plano de ação multisetorial para a redução da desnutrição no ano de 2010 (PAMRDC). Ainda que se tenham registrado resultados significativos, há que referir que há setores que se destacaram com ações bem definidas como forma de responder aos objectivos traçados. Segundo o PAMRDC (2010) são definidas determinadas atribuições para os diferentes setores.

Para o setor agrário coube reforçar o aumento da produção e da produtividade, alargando a diversidade das culturas para assegurar dietas nutricionalmente ricas e acessíveis aos Agregados Familiares (AFs); Intervenções de bio-fortificação alimentar e fomento de culturas locais e ricas em micronutrientes (ex: fruteiras e hortícolas).

Para aumentar o consumo de proteína de origem animal está sendo promovida a produção de animais de pequena espécie. Por exemplo, aves e

pequenos ruminantes assim como a produção de peixe (piscicultura e aquacultura).

O sector de indústria e comércio assegura o funcionamento da cadeia de valor dos alimentos que compõem a cesta básica, tendo em vista o melhoramento no processamento (incluindo a fortificação alimentar), comercialização, escoamento e armazenamento de alimentos ao nível local.

No âmbito da promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo, em Mocambique foi instituído o pacote nutricional básico, que prevê dar cobertura as acções de apoio ao aleitamento materno, baseada em palestras, configuração de mães modelos e educadores de par.

Em 2008 entrou em vigor o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, área assegurada pelo setor da Saúde. Para garantir a implementação e monitoria do Código, em 2008-2009, o Ministério da Saúde (MISAU) formou cerca de 90 monitores em todas as províncias do país, e iniciou também a formação de monitores distritais nas províncias de Niassa, Inhambane e Cabo Delgado, com capacidade de controlo e zelo pelo comprimento das normas das vendas dos substitutos de leite materno.

Este sector está expandindo também os programas de educação nutricional em todo o país com priorização para as zonas Norte e Centro que têm maiores proporções de AFs com baixa qualidade da dieta. Para a zona Sul, os grupos mais vulneráveis a serem atendidos são as crianças com enfoque para aquelas que se encontram nos primeiros mil dias, as adolescentes e as mulheres entre 15 a 49 anos e a atenção a todos os cuidados de saúde que contribuem para impedir o flagelo da desnutrição.

O sector de obras públicas e habitação,assegura as ações de melhoramento das vias de acesso, distribuição de água potável e gestão do saneamento do meio.

O sector de administração estatal, em articulação com entidades responsáveis locais, apoia na disseminação dos programas de educação das comunidades e particularmente das mães em aleitamento materno exclusivo e boas práticas de alimentação e nutrição infantil, utilizando meios de comunicação de massas como a rádio, o cinema móvel, a televisão, teatro amador, os panfletos, entre outros, utilizando, para além do português, as línguas locais.

O Sector de educação, reforça a integração da temática de nutrição nos currículos e, em paralelo, incentiva a implementação dos programas de Alfabetização funcional para diminuir a taxa de analfabetismo, ao mesmo tempo em que se realizam massivamente programas de promoção e educação em segurança alimentar e nutricional e hortas escolares e nos centros internatos (SETSAN,2013).

Apesar dos aspectos positivos apontados acima, o Governo sente a necessidade de buscar experiência noutros países de modo a aprimorar as ações com vista a alcançar os objetivos do milênio e fortalecer as estruturas de coordenação no domínio da implementação do programa de reabilitação nutricional bem como erradicar a desnutrição.

Reduzir as taxas de mortalidade neonatal, reduzir as taxas de incidência e prevalência de casos de infeção pelo HIV/SIDA, expansão do acesso ao tratamento antirretroviral, redução das taxas de mortalidade infantil entre outros.

1.9 CULTURA, SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O respeito à cultura dos povos é um elemento imprescindível na consolidação da soberania alimentar e segurança alimentar e nutricional. A percepção sobre alimentação e nutrição constitui uma necessidade na definição de políticas e programas de alimentação e nutrição (SANTOS, 2011).

Enquanto fenómeno social, a alimentação humana perpassa diversas esferas, entre elas a cultura. Nessa perspectiva, o aprofundamento dos conhecimentos sobre as ações relacionadas à alimentação, como por exemplo, as crenças alimentares, as mudanças na alimentação relacionadas à urbanização, a história alimentar local, entre outros, pode auxiliar na implementação e no acompanhamento das políticas sociais de forma mais eficaz. (SCHWARTZ, 2000).

De acordo com Maciel(2002) a alimentação faz parte da identidade social e cultural de um indivíduo com suas distinções, reconhecendo-se e vendo-se reconhecido pela mesma. Por meio da alimentação constrói a sua identidade. Nesse contexto, o acto alimentar não deve ser visto apenas como um processo meramente biológico, mas também como integrante de um fenómeno social na

medida em que envolve representações, escolha e simbologias atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza.

Em conformidade com o autor supracitado, os hábitos, costumes e crenças alimentares fazem parte da bagagem cultural de um indivíduo, tornando-o mais complexo.

Segundo Geertz (1978) a cultura não deve ser considerada apenas um conjunto de hábitos e tradições de um grupo, mas sim como um 'programa', 'planos', 'regras', 'instruções' que no fim mostram o sistema simbólico que orienta o comportamento humano numa determinada sociedade. Porém, é importante refletir em volta desses pressupostos para melhor compreender o homem, dentro de processos sociais e culturais específicos no caso concreto da desnutrição.

Na visão do campo de saúde, uma boa alimentação pode se reflectir pela qualidade da saúde e no estado nutricional, neste sentido é importante buscar o saber oculto dos actores envolvidos neste processo de alimentação como seres culturais e do valor e visão do alimento para a saúde.

Para Carvalho, Luz e Prado (2009), a ciência da Nutrição atribui um sentido ao acto de comer, tornando-o racionalizado e biologista e caracterizado pela concepção biomédica da saúde. Neste paradigma, o alimento aparece resumido em nutrientes e a Nutrição é vista essencialmente como uma Ciência dos Nutrientes, que responde pelo bom funcionamento do organismo humano. A ideia de ter uma dieta adequada e estar bem nutrido é encarada de acordo com a sua função principal: de prevenção e cura de doenças e a manutenção da saúde reduzida à sua dimensão biológica.

Certamente que outras abordagens sobre a Nutrição e sobre o Alimento, podem ser convergentes ou divergentes a esse campo, portanto é imperioso buscar estas representações sociais para melhor apreender e correlacionar ao nosso enfoque no processo da desnutrição.

Pode-se inferir que a cultura é um factor determinante da conduta alimentar, obviamente que as consequências derivadas de comer ou não comer alguns alimentos são fundamentalmente biológicas; visto que são os alimentos que proporcionam os nutrientes que o organismo humano necessita para uma vida activa e saudável (GARCIA&CONTRERAS, 2015).

Abordando sobre a matéria, Huhn (2013), considera que as populações africanas, na sua maioria, são dotadas de crenças, tabus alimentares e são conotadas como usuárias da mitologia africana – “feitiçaria e bruxaria”.

Referindo ao caso específico de Moçambique, a autora afirma que no norte deste país, há uma série de proibições alimentares fundamentadas de significados morais e da vida social. Neste caso, como em outras partes de África, os tabus alimentares têm sido constantes e perpassam de geração em geração. Na sua maioria, as proibições de certos alimentos como alguns tipos de carne e folhas verdes são aplicadas geralmente para jovens, mulheres ou pessoas em certas condições tais como gravidez, lactação e luto.

Huhn (2013), enfatiza ainda que os tabus alimentares contribuem para o funcionamento normal da sociedade assim como protege e assegura o desenvolvimento físico e comportamental da pessoa, como por exemplo, o uso de dietas de restrição na gravidez e aleitamento, como medida de precaução para proteger o recém-nascido de máles fatais.

Entretanto, apesar do carácter equilibrador que os tabus e crenças têm no quadro da cadeia alimentar, a verdade é que determinadas restrições alimentares têm implicações para a saúde se se atender ao facto de que o organismo pode precisar de algum alimento vital para satisfazer as suas necessidades nutricionais.

É nesta perspectiva que Gusman (2004) considera que a alimentação em Moçambique é caracterizada por uma dieta considerada monótona, (composta basicamente por xima[8], peixe seco, pouco consumo de verduras e frutas sem diversificação) mas com muitos significados e valores tradicionais.

Nos seus estudos, a autora aponta que ao relacionar esses hábitos com a desnutrição, a título de exemplo,refere que é comum numa determinada comunidade nos depararmos com uma situação de desnutrição, sendo que,visivelmente, a família é possuidora de gado bovino, caprino e animais de pequeno porte como aves, celeiro cheio e diversificado. No entanto, as pessoas não chegam a beneficiar-se dos mesmos, privilegiando apenas os hóspedes e/ou usando os mantimentos que a família possui apenas em datas festivas e em rituais tradicionais. Essa situação indica a necessidade de o governo

[8] Preparação na base de farinha de milho (cereais)

intensificar o desenvolvimento e o fortalecimento de ações de educação nutricional, como forma de criar condições de mudança de comportamento para que as comunidades desenvolvam hábitos e costumes alimentares mais saudáveis.

Importa, contudo, salientar que os tabus alimentares não são exclusivamente do continente africano, todos os povos possuem limites mais estritos que proíbem o consumo de alguns alimentos com consequências várias e por vezes físicas para o transgressor, resultados dos rituais e sistemas de crenças profundamente enraizados na culturaque, de certa forma, contribui para a construção e preservação da identidade individual ou do grupo.

1.10 SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE

As práticas de saúde baseadas na cultura dos povos, das nações, muitas vezes denominadas como medicina tradicional, deveriam ser uma componente essencial e incontestável de prestação de cuidados de saúde pelo sistema médico formal (biomedicina ocidental) em todas as partes do mundo.

Antes de se fazer o pré-julgamento dos cuidados de saúde tradicional é importante que o profissional de saúde faça uma breve análise histórica e social sobre as formas de atenção à saúde dessa comunidade, de forma a semear uma boa articulação na preservação da saúde e da vida da pessoa em causa. Comunidades tradicionais locais possuem uma organização social com costumes, línguas, crenças e tradições, relativas às práticas de cuidados tradicionais de saúde reconhecidas e aceites dentro da sua comunidade. Todos estes aspectos remetem a um pensamento de que no meio de um grupo social existem certas doenças com sinais e sintomas caraterísticos e com diagnóstico no paradigma do sistema médico formal, mas que para esse grupo social também é reconhecido com inúmeras denominações, cujo tratamento apenas é possível no seu sistema tradicional.

Reflectindo sobre a questão, conforme Garnelo (2003), se calhar a falta de sucesso em alguns tratamentos em ambulatório, como é o caso da desnutrição, pode-se dever a esse factor em que os actores em causa não olham para a doença como algo tratado no sistema formal de saúde. Portanto,

compreender e respeitar as visões do mundo dos povos quanto ao processo de saúde e doença, deve ser também o entendimento da medicina ocidental.

Em Moçambique, por exemplo, o Estado reconhece a importância dos chamados curandeiros, mas manifesta preocupação em relação a muitos que se intitulam praticantes da medicina tradicional(MISAU, 2011). É comum vivenciar casos de crimes que ocorrem e são protagonizados por pessoas que acreditam que, se eliminarem fisicamente um membro da família tem a possibilidade, por exemplo, de melhorar a sua vida ou de prosperar.

O Governo de Moçambique, através do MISAU (2011), reafirma que em Moçambique assim como noutros países em vias de desenvolvimento, os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) constituem um meio de prestação de cuidados de saúde, paralelo, com conhecimentos e capacidades para educar as comunidades sobre boas práticas de saúde. Em colaboração com Serviço Nacional de Saúde os mesmos poderão ser envolvidos na prevenção de Doença Respiratória Aguda, problemas de Saúde Mental, desnutrição entre outras, com apoio de outras Organizações Baseadas na Comunidade. Por isso, de acordo com a OMS (2002 – 2005) é muito importante que haja uma integração entre a medicina tradicional e os serviços de saúde formal ou convencional, para aumentar a cobertura dos cuidados de saúde, através da colaboração, comunicação e estabelecimento de parcerias entre os dois sistemas. Sem sobressaltos estes têm um papel muito importante nas comunidades ondem vivem.

De acordo com MISAU (2011), os praticantes da medicina tradicional, são indivíduos com o dom divino de se comunicar com os mortos e passar as suas mensagens para os vivos, com o poder de possessão. Tratam vários problemas de fórum social como: Espirituais, Azares, Restauração da sorte e outras que não tem solução na medicina ocidental e, os Maziones, por seu turno, têm o dom divino da cura através de rezas.

1.11 COMPONENTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL

Com o objectivo de assegurar um tratamento e reabilitação nutricional eficientenos casos de desnutrição em Moçambique, o Ministério da Saúde

(MISAU) estabeleceu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), o qual inclui os seguintes componentes:

- Envolvimento comunitário;
- Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI);
- Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA);
- Suplementação alimentar;
- Educação nutricional e demonstrações culinárias.

Em função do nível de gravidade da desnutrição, o tratamento pode ser feito em ambulatório, sendo designado de Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA), ou no internamento, designando Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI). Um programa de TDA deve ser bem integrado nos programas e redes comunitárias já existentes.

Importa sublinhar que o manejo de casos de desnutrição dentro do Serviço Nacional de Saúde começa na rede primária, isto é, nos Centros e Postos de Saúde onde se deve fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Deve-se fazer a avaliação nutricional através da medição do peso e altura (ou comprimento) das crianças e dos adolescentes, para obter os índices de peso pela estatura (P/E). O índice de P/E é o indicador nutricional para detecção de casos de desnutrição aguda.

Os activistas comunitários de saúde devem fazer a triagem na comunidade medindo o perímetro braquial e referir os casos de desnutrição (de acordo com o perímetro braquial para faixa etária, presença de edema ou sinais de magreza ou perda rápida de peso) para avaliação e tratamento adequado na US.

As crianças com DAG com complicações devem ser sempre internadas. As crianças e adolescentes que forem internados e, após as duas primeiras fases do tratamento (Fase de Estabilização e Fase de Transição) com os leites terapêuticos F75 e F100, já tiverem recuperado (sem edema, complicações tratadas e um bom apetite) podem também, se necessário, receber um Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU) na Fase de Reabilitação do tratamento, sendo assim administrado em Ambulatório.

As crianças com DAG sem complicações médicas podem receber o seu tratamento em ambulatório (em casa), com um seguimento regular da Unidade de Reabilitação Nutricional ou da Consulta da Criança em Risco.

O sucesso depende muito da existência de estruturas comunitárias confiáveis e bem estabelecidas. Deste modo, deve-se garantir a participação activa da comunidade no acompanhamento, identificação e referência precoce dos casos de desnutrição, bem como a existência de uma cooperação estreita entre as Unidades Sanitárias e as respectivas comunidades.

1.12 TRATAMENTOS DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO

Em Moçambique, existe ainda pouca experiência no tratamento da DAG e DAM em ambulatório.Experiências de outros países têm mostrado que, através da abordagem em ambulatório, é possível obter resultados satisfatórios com reduzidos encargos socioeconómicos, contribuindo para a redução dos custos hospitalares de internamento, assim como do impacto psico-social de se cuidar de uma criança fora do seu ambiente familiar.

Visando estimular e encorajar o desenvolvimento deste tipo de intervenção, foi elaborada a abordagem do tratamento da desnutrição em ambulatório, com o objectivo de expandir e padronizar em todo o país. Para o efeito, foram desenvolvidos materiais de formação específicos para os trabalhadores comunitários (Agentes Polivalentes Elementares - APEs e Activistas Comunitários de Saúde - ACSs) e pessoal clínico.

De acordo com a OMS, até 2008 o tratamento em ambulatório vinha sendo implementado através das Organizações Não-Governamentais (ONGs) internacionais, em situações de emergência. Porém, a partir da aprovação do PRN em 2010, o Governo de Moçambique passou a implementar o tratamento da desnutrição aguda em ambulatório através do MISAU.

No âmbito do PRN mostra-se que o TDA oferece vantagens tanto para a família como para os serviços de saúde. Em relação às famílias destacam-se as seguintes vantagens: as mães e as crianças permanecem em casa, no seu ambiente familiar; evitam viagens longas e traumáticas para as crianças desnutridas e a separação da família; permite que as mães continuem a cuidar de outros filhos em casa e; reduz o risco de a criança contrair infecções na US.

Para os serviços de saúde salientam-se as seguintes vantagens: permite atingir níveis de cobertura muito mais elevados na população alvo do que o TDI; apresenta elevada aderência e aceitação devido ao facto de a triagem dos casos e a administração do MAE ou ATPUserem feitas na própria comunidade com um controlo e seguimento regulares nas US; além disso, a identificação da criança com desnutrição ainda na sua fase inicial, permite que ela seja tratada de maneira mais fácil e eficaz e, com menos gastos (recursos financeiros e materiais nos cuidados de saúde).

O TDA é dirigido às crianças sem complicação médica e com apetite ou com DAM e, em última instância, à crianças maiores de 6 meses com DAG, sem edema. Para garantir o sucesso deste tipo de intervenção, é essencial que os casos sejam detectados o mais cedo possível. Quando a condição de uma criança no tratamento em ambulatório se deteriora ou se a criança desenvolve uma complicação, ela deve ser referida para o internamento para a sua estabilização, podendo depois retornar ao ambulatório, logo que a complicação médica estiver resolvida.

Para se realizar o tratamento da criança ou do adolescente com DAM em ambulatório, a mãe ou o provedor de cuidados recebe MAE e/ou ATPU para administrar à criança em casa, sendo esta a primeira linha de tratamento, de acordo com a dosagem recomendada. O controlo e seguimento do tratamento em ambulatório pelos serviços de saúde nas US deve ser efectuado numa base semanal, na Consulta da Criança em Risco (CCR) ou na Unidade de Reabilitação Nutricional (URN). Contudo, as sessões de seguimento podem ser realizadas em cada duas semanas em determinadas circunstâncias, tais como:

- Fraco acesso devido a longas distâncias entre as comunidades e a US, tornando difíceis as visitas semanais por parte das mães ou responsáveis no cuidado;
- Elevado número de casos que sobrecarrega os horários das US;
- Número limitado de pessoal de saúde oferecendo cuidados nas US. As sessões quinzenais podem permitir atendimento em grupos por semanas alternadas;
- Factores sazonais ou eventos que envolvem as mães ou os cuidadores, como época de colheita ou de sementeira, podem impedir a participação semanal deles.

1.13 MENSAGENS-CHAVE PARA O TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO

A decisão para o tratamento da desnutrição em ambulatório deverá ser seguida por uma orientação a mãe e/ou responsável no cuidado a criança. Assim sendo segundo a UNICEF (2008), o profissional de saúde deverá:

- Mostrar ao provedor de cuidados como abrir o pacote de ATPU e como administrá-lo à criança;
- Explicar que as crianças desnutridas muitas vezes não gostam de comer, por isso deve incentivar a criança a comer pequenas refeições regulares de ATPU (até 8 vezes por dia nos primeiros 7 dias do tratamento, e pelo menos 6 vezes por dia depois deste período). Explicar a cada mãe ou provedor de cuidados quantos pacotes deve consumir a sua criança por dia;
- Informar sempre que o ATPU é um medicamento para o tratamento da DAM, e que é vital para a recuperação da criança;
- Se a mãe ainda estiver a amamentar a criança, aconselhá-la a dar o peito antes de administrar cada dose de ATPU. Durante as primeiras semanas de tratamento, aconselhar a mãe a não dar outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU;
- A mãe ou o provedor de cuidados deve entender que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes de lhe dar outro tipo de comida. Após as (2) duas primeiras semanas de tratamento, a criança deve comer também pelo menos uma papa enriquecida[9] por dia;
- Para crianças maiores de 59 meses, a medida que o apetite for voltando deve-se incentivá-los a comer as refeições da família, e o ATPU deve ser utilizado para complementar as necessidades de energia, vitaminas e minerais;
- Explicar também que a criança tem que beber água potável (fervida ou tratada) enquanto come o ATPU, para manter um bom estado de

[9] Papa enriquecida é uma preparação baseanda em farinha de milho numa consistência mole com adição por ex: de amendoim torado, óleo, ovo, cenoura, banana.

hidratação. É muito importante realçar que se a criança beber água imprópria, ela pode ter diarreia;

- Usar sabão para lavar as mãos da criança e o rosto antes de a amamentar;
- Manter os alimentos limpos e cobertos;
- As crianças desnutridas ficam com frio rapidamente. Por isso, é importante manter sempre a criança coberta e aquecida;
- Continuar a alimentar as crianças com diarreia e dar comida e água extra;
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados, para levar a criança imediatamente à US sempre que a sua condição agravar-se ou se ela não estiver a comer suficientemente;
- Quando a criança atingir o P/E, orientar a mãe a dar primeiro a comida da família e depois dar o ATPU.

A mesma organização enaltece que, deve-se pedir à mãe ou ao provedor de cuidados paraque tenta-se assegurar que as mensagens e orientações tenham sido compreendidas, para verificar se entendeu correctamente. Sempre que possível, em colaboração com o PMA[10] e suas ONGs parceiras, verificar a possibilidade de se atribuir ao mesmo tempo, uma cesta alimentar básica às famílias em situação de insegurança alimentar, para garantir que a dieta terapêutica seja dada somente a uma criança ou adolescente desnutrido.

Para crianças menores de 6 meses de idade em Aleitamento materno, devem ser encaminhados para um hospital de referência onde a seu tratamento será em regime de internamento.

1.14 PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS DESNUTRIDAS

Um programa de TDA deve ser bem integrado nos programas e redes comunitárias já existentes. A identificação precoce de casos através da triagem nutricional nas comunidades e nos Centros de Saúde é o ponto-chave para reverter a DAM, prevenir e reduzir a mortalidade por DAG.

[10] Segundo informações colhidas no local onde decorreu a pesquisa o PMA é a organização que financia os suplementos nutricionais.

O sucesso depende muito da existência de estruturas comunitárias fiáveis e bem estabelecidas (com o apoio necessário). Depende também da existência de condições razoáveis no ambiente em que as crianças ou adolescentes vivem (em casa), da existência de activistas comunitários de saúde e outros voluntários que fazem visitas regulares ao domicílio e mantêm uma cooperação estreita com as US, de modo a que as crianças e adolescentes possam ser rapidamente admitidos se desenvolverem complicações ou tiverem falta de cuidados domiciliares adequados.

Deste modo, a comunidade deve ser envolvida através da criação de uma rede de voluntários da comunidade (ACSs, APEs, mães modelo) com o objectivo de se assegurar a sua participação activa nas seguintes acções:

- Triagem nutricional usando o perímetro braquial (PB), avaliação da presença de edema em crianças com mais de 6 meses de idade ou mais de 65 cm de comprimento ou altura, e referência para a Unidade Sanitária se necessário;
- Visitas ao domicílio para o seguimento das crianças em tratamento, em particular as crianças que apresentam problemas;
- Visitas à Unidade Sanitária juntamente com as crianças e suas mães ou acompanhantes para controlo e seguimento;
- Identificação e referência das crianças com complicações ou crianças que abandonaram o tratamento ou faltaram às consultas de controlo na Unidade Sanitária;
- Educação nutricional e sanitária nas comunidades;
- Supervisão e coordenação do trabalho dos voluntários com o apoio do pessoal de saúde, que normalmente vem da Brigada Integrada;
- Mobilização social para a promoção do programa nas comunidades, usando vários canais de comunicação social e recursos disponíveis, para obter elevada cobertura e aderência;
- Manter cooperação estreita com a US ou URN, de modo a que a criança ou adolescente possa ser rapidamente readmitido caso ocorra alguma complicação ou falha de cuidados domiciliários, e para referência dos casos que não podem ser tratados em ambulatório.

Nas zonas de difícil acesso e muito distantes da US, os serviços de saúde deverão utilizar os cuidados oferecidos pelas brigadas móveis, para fazerem o controlo mensal das crianças registadas no tratamento da DAM em ambulatório. Normalmente, estas serão as zonas onde a comunidade não é capaz de alcançar facilmente uma US que oferece todos os componentes do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), isto é, o tratamento no internamento, tratamento em ambulatório e educação nutricional com demonstração culinária.

1.15 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO DOS SUPLEMENTOS

No quadro do Protocolo de Reabilitação Nutricional, os produtos terapêuticos são embalados em forma de pequenas saquetas, que em geral significam as quantidades que a pessoa (sobretudo as crianças) deve consumir durante o dia, conforme se ilustra da figura 1 abaixo.

FIGURA 2 - ALIMENTO TERAPEUTICO PRONTO PARA O USO

FONTE: PRN (2011).

O protocolo determina que no processo da administração dos alimentos terapêuticos torna-se necessário aferir o peso que a criança apresenta, de modo a se definir as quantidades a consumir, que normalmente são expressas em saquetas. Confira-se o quadro que se segue:

QUADRO 2 – ESQUEMA DE DOSE DO SUPLEMETO

Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 14 dias

4,0- 4,9	2	14	28
5,0- 6,4	2,5	17,5	35
6,5- 8,0	3	21	42
8,1- 9,0	3,5	24,5	49
9,1- 10	4	28	56
10,1- 11,4	4,5	31.5	63
>11	5	35	70

FONTE: adaptado de MISAU (2010).

De acordo com a OMS,(2007) O ATPU é uma pasta compacta comestível baseada em lípidos, energeticamente denso, resistente à contaminação bacteriana e não requer cozedura. Os princípios da produção primária incluem moer todos os ingredientes para uma granulometria menor que 200µm, produzir o alimento, sem introdução de água, e incorporar proteínas e glícidos, componentes do alimento, na matriz lipídica. O ATPU mais comum é o Plumpy'nut), contem 30g de leite em pó, 28g de açúcar, 15g de óleo vegetal, 25g de manteiga de amendoim e 1,6g de vitaminas e minerais em cada 100g de produto final. Apresentaa composição nutricional a seguir:

QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DO ALIMENTO TERAPÊUTICO PRONTO PARA O USO

Composição Nutricional do ATPU	
Teor de humidade	2,5% no máximo
Energia	520-550Kcal/100g
Proteínas	10%-12% da energia total
Lípidos	45%-60% da energia total
Sódio	290mg/100g no máximo
Potássio	1.110-1.400mg/100g
Cálcio	300-600mg/100g
Fósforo (excluindo o fitato)	300-600mg/100g
Magnésio	80-140mg/100g
Ferro	14/10mg/100g
Zinco	14/11mg/100g
Cobre	1,4-1,8mg/100g
Selénio	20-40mg/100g

Iodo	70-140µg/100 g
Retinol	0,8-1,1mg/100 g
Calciferol	15-20µg/100 g
∝-Tocoferol	20mg/100g mínimo
Vitamina K	15-30µg/100g
Tiamina	0,5mg/100g mínimo
Riboflavina	1,6mg/100g mínimo
Ácido Ascórbico	50mg/100g mínimo
Piridoxina	0,6mg/100g mínimo
Cianocobalamina	1,6µg/100g mínimo
Ácido fólico	200µg/100g mínimo
Ácido Nicotínico	5mg/100g mínimo
Ácido pantatênico	3mg/100g mínimo
Biotina	60µg/100g mínimo
Ácidos gordos n- energia	6 3%-10% do total de
Ácidos gordos n- de energia	3 0,3%-2,5% do total

FONTE: Adaptado de OMS (2004).

1.16. AVALIAÇÃO DE PROGRAMA NA ÁREA DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

De um modo geral, olhando para as acções viradas para a implementação dos programas do sector da saúde, na sua maioria,pode se considerar que existe uma estrutura teórica bem concebida. Porém, como em qualquer outro programa, exige-se uma atenção redobrada, pois algumas acções podem falhar devido a certos aspectos que as vezes por um lapso passam despercebidos durante o seu desenho. Tal é o caso do protocolo de tratamento da desnutrição em Moçambique, que embora não se tenha muita experiência, reconhece-se o facto de possuir um quadro de pessoal capacitado para a sua condução (PRN, 2010).

Portanto, pela complexidade dos problemas de saúde nem sempre este sector consegue resolvê-los e uma das estratégias adoptadas por esse sector é de buscar sempre a complementaridade recorrendo a uma abordagemmultissectorial.

Outro aspecto é o facto de os profissionais de saúde durante o manuseamento do protocolo diante dos seus pacientes, se excluírem do meio social. Quando deveria ser o contrário, reconhecer o ser humano como ser sociocultural e com valores que podem influenciar no processo de adesão ao tratamento de uma determinada doença.

O Ministério da Saúde (2012), num documento orientador após um seminário realizado em volta das reflexões sobre a implementação do programa de Nutrição para aerradicação da desnutrição, sublinhou a importância das Intervenções Comunitárias para o melhoramento da Nutrição em Moçambique. Este posicionamento remete a que se infira que o MISAU assume que algumas acções preconizadas podem estar a falhar ou que não tenham sido levados em conta no primeiro desenho do programa.

Historicamente, a qualidade da assistência médica nos serviços de saúde tem sido determinada por meio de julgamento individual e dos profissionais envolvidos através da pressão da sociedade (PNASS, 2005).

O programa enaltece a necessidade de Avaliação dos resultados, do impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente; e ainda, a avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho; sendo que estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto.

Por outro lado, há necessidade de fortalecimento constante no elo saúde*versus*comunidade,agricultura eoutros sectores; buscar experiências, de modo a conseguir se alcançar os efeitos positivos e desejados.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1 ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente trabalho de investigação foi realizado nas comunidades do Distrito de Marracuene, sito na Província de Maputo.O distrito de Marracuene localiza-se a 30km a Norte de Maputo, à latitude de 25˚ 44´21˝ Sul e longitude de 32˚ 40´30´´. Este, é limitado a Norte pelo Distrito da Manhiça, a Sul pela Cidade de Maputo, a Leste pelo Oceano Índico e a Oeste pelo Distrito da Moamba e Cidade da Matola (Figura 2). O mesmo encontra-se dividido em dois postos administrativos, nomeadamente, posto Administrativo (PA) de Marracuene que, por sua vez encontra-se dividido em quatro localidades, Vila de Marracuene, Marracuene-sede, Michafutene e Nhangonhane; e PA de Machubo constituído por duas localidades, a de Macandza e a de Thuala (INE, 2013).Tem uma superfície de 883 km2 e uma população de 141.622 habitantes, tendo uma densidade populacional de 143 habitantes/KM^2, sendo 73.380 Mulheres e 68.382 Homens(INE, 2013).

FIGURA 3 - LOCALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

FONTE: Serviço Distrital da Mulher e Acção Social de Marracuene (2016).

2.2 ORIGEM DO NOME, HISTÓRIA E CULTURA DO DISTRITO DE MARRACUENE

A origem da designação Marracuene tem várias versões, tendo como consenso que deriva do nome original de um indivíduo com bastante prestígio na região.

A primeira versão sustenta que a palavra original Muzrakwene aludia a um indivíduo famoso devido aos seus barcos de transporte que eram bastante úteis na travessia do Rio Incomáti para a zona da Macaneta. De acordo com fontes orais locais, este indivíduo seria chefe da segurança do Rei Maphunga e, devido à sua profissão, era conhecido para além das fronteiras da região, tendo passado a constituir nome de referência daquela parcela da província de Maputo.

A segunda versão defende que o nome Marracuene teria a sua origem a partir do Chefe Murraco, cujas terras se localizavam na margem esquerda do Rio Incomáti, e que teria sido expulso pelos portugueses durante as guerras de penetração colonial.Estes teriam instalado no local a primeira administração, passando a designar a região por Marracuene.

A terceira refere que Marhakwene era o nome de um proprietário de embarcações de pesca, exageradamente obeso e que, por esta razão, era bastante conhecido e referência da região. Pelas estórias contadas e testemunhos feitos pelos anciãos locais, esta terceira vertente constitui a que deu origem ao nome do distrito que hoje se chama Marracuene.

Quanto à população originária de Marracuene, esta é considerada Varhonga, sendo os Honwana e os Mahlangwana tidos como primeiros clãs da região.

Os Mabjaia (também conhecidos por Magaia), apesar de não serem originários da região, são o grupo de habitantes dominante. Com um papel preponderante nas guerras de resistência colonial e sendo detentores de armas (azagaias, escudos e facas) e estratégia de guerra superiores às dos nativos da região, não tiveram dificuldade em dominá-los. Reza a história que, para subjugar os Mahlangwana, eliminaram traiçoeiramente o seu Rei.

Segundo fontes locais[11], sabendo da atracção do Rei dos Mahlangwana por raparigas virgens e bonitas, o Chefe Muvetxa Mabjaia, com o pretexto de lhe oferecer duas belas jovens, convidou-o para a aldeia, onde havia montado uma armadilha de paus aguçados no fundo duma cova disfarçada com umaesteira. À passagem para escolher as donzelas, Mahlangwana teria caído na cova, sendo trespassado mortalmente.

Comparado com outros distritos da Província de Maputo, Marracuene apresenta uma homogeneidade linguística significativa. O dialecto Rhonga é falado pela maioria da população, com pequenas variações nas zonas limítrofes com o Distrito da Manhiça, onde se fala Xikalanga,um dialecto do Ronga.

2.3 SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO DISTRITO

[11] Pessoas idosas que preservam a história local

O distrito de Marracuene apresenta-se propensa a períodos de seca, comuma vegetação constituída por savana de gramíneas e arbustos, com o solo recomendado para criação de gado bovino e pequenos ruminantes. Tem solo de grande potencial agrícola e pecuário para o âmbito privado e familiar e, a sua base económica é a agricultura e pesca de pequena escala. O comércio informal ocupa 8% da população activa e 4% das mulheres economicamente activas (INE, 2013).

Ainda de acordo com a mesma fonte, as mães ou responsáveis no cuidado da criança com desnutrição em reabilitação nutricional deste distrito na sua maioria são desfavorecidas economicamente, vivem na base de agricultura de subsistência onde mais de dois terços dos agregados familiares têm dificuldades de satisfazer as suas necessidades alimentares. Cerca de 62% da população professa religião “zione” e o restante com várias crenças. Estima-se que 82,1% são falantes de língua materna denominada por Rhonga, apenas 59% da população tem conhecimento da língua portuguesa, sendo este domínio predominante nos homens.

Em relação ao nível de escolaridade na sua maioria frequentam ou já frequentaram a escola ainda que maioritariamente somente até ao nível primário; vivem em palhotas com pavimento de terra batida, teto de chapas de zinco e paredes de caniço ou paus, em famílias alargadas com uma média de 5-10 pessoas por agregado.

No que diz respeito a abastecimento da água, 54% da população tem como fonte um furo ou poço, 10% fontanárias, 2% rio ou lagos e o restante canalizada. O tratamento de lixo é feito de forma tradicional, que consiste na abertura de covas profundas no quintal ou arredores, sendo que após o seu enchimento o lixo aí depositado é enterrado. A população tem dificuldade de acesso a outros serviços devido á inexistência de infra-estruturas administrativas no distrito e a longas distâncias para o acesso à capital do país, Cidade de Maputo, tendo em conta que é uma população de baixa renda.

Dentre as localidades descritas na localização geográfica do distrito, fazem parte 40 bairros, mas para efeito do presente estudo apenas 7 (sete) deles foram considerados no trabalho de campo, nomeadamente:

- Matimane

- Macandza
- Pussulane
- Mapulango
- Papsides
- Faftine
- Machubo

2.4 REDE SANITÁRIA POR UNIDADE SANITÁRIA E POR TIPO

Este distrito possui 9 unidades de saúde, sendo 1 posto de saúde e 8 centros de saúde[12].

2.5 UNIDADE DE PESQUISA

Unidade da pesquisa foi definida intencionalmente e por conveniência devido a natureza social do estudo. Foi escolhida que a comunidade do distrito de Marracuene seria o nosso foco, dadas as elevadas taxas de desnutrição naquela parcela, que se situam acima dos 23%. Outrossim, o local da pesquisa apresenta-se com cerca de 39%dos agregados familiares em insegurança alimentar (IDS, 2011) e é uma região rural, onde a maior parte da população vive na base de agricultura de subsistência com uma identidade cultural evidenciada.

No que concerne aos participantes desta pesquisa, importa referir que foram as mães ou responsáveis pelo cuidado das crianças, e outros informantes chaves ou de referência cultural (anciões, curandeiros, *mazione*[13] e líderes comunitários).

2.6 TIPO DE ESTUDO

[12]É importante salientar que ao nível do distrito de Marracuene não existe nenhuma unidade sanitária com capacidade de resolver problemas complexos de saúde, circunscrevendo-se apenas aos serviços de maternidade. Em caso de surgimento de casos complexos naquelas unidades sanitárias, a única opção viável é referir os pacientes para as unidades sanitárias da Cidade de Maputo, com recurso a uma única ambulância que existe no Distrito.

[13] Pessoa que tem o dom divino da cura através de rezas

Tendo em atenção a natureza da presente pesquisa, privilegiou-se um estudo com uma abordagem social qualitativa do tipo descritivo. De acordo com Minayo (2010) a abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, consiste em trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Porém, esta abordagem tem a sua especificidade na pesquisa qualitativa da realidade social, ou seja,dicotomia saúde/doença não somente como evento biológico, mas como um fenómeno social, ou seja, manifestação biológica de processos políticos e de desigualdade social.

Autores como Blasco & Perez (2007) defendem que uma pesquisa qualitativa estuda a realidade no seu contexto natural e como isso acontece, levando a interpretar os fenómenos de acordo com as pessoas envolvidas. Usa-se uma variedade de instrumentos de colecta de informações e, no caso concreto deste estudo, recorreu-se a entrevistas, imagens, observações, histórias de vida, em que as rotinas e situações problemáticas são descritas, bem como seus significados na vida dos participantes.

Por seu turno, Fortin (2003) refere que o estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno ou conceito relativo a uma população ou amostra desta, de maneira a estabelecer as suas características. Neste caso, ao longo do estudo tornou-se possível descrever as vivências do público-alvo, permitindo que se fizesse o levantamento das principais características do seu modo de vida.

Por isso, tratando-se de uma pesquisa conduzida para comunidades rurais, onde predomina o uso de línguas locais (vernaculares), as entrevistas foram realizadas na língua local e os discursos decorrentes das entrevistas com os participantes tiveram uma tradução livre por parte da pesquisadora para a língua portuguesa. As terminologias relevantes constam de um glossário, que é parte integrante do presente estudo.

2.7 VARIÁVEIS E CATEGORIAS DE ANÁLISE

Neste estudo foram usadas como variáveis:

- Idade da mãe ou responsável no cuidado da criança;
- Nível de escolaridade;

- Ocupação;
- Diagnóstico clínico da criança;
- Número do agregado familiar;
- Fonte de renda familiar e aspectos produtivos;
- Enquadramento institucional;
- Uso de suplementos nutricionais (MAE e ATPU);
- Aspectos culturais e sociais, práticas alimentares (normas, crenças, valores);
- Conhecimentos locais em relação a desnutrição.

2.8 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA

Para o presente estudo usou-se o critério de saturação. De acordo com Minayo(2010) num estudo qualitativo não há necessidade de se fazer o cálculo amostral,pois o que está em jogo é a capacidade da unidade de amostra em responder satisfatoriamente e em profundidade os objectivos qualitativos da pesquisa. Para Ardila&Rueda(2013) a saturação teórica é o critério que determina a continuação ou não da amostragem. No quadro desta teoria, a saturação teórica é alcançada quando a informação recompilada não apresenta nada de novo ao desenvolvimento das propriedades e dimensões das categorias de análise.

Recorreu-se a amostragem não-probabilística por conveniência. Como forma de incluir os participantes no estudo e no momento de recolha de dados, a escolha da população (características internas capazes de responder aos objectivos) foi mediante amostragem não-probabilística acidental, pois de acordo com Fortin (2003), este método é formado por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, no momento preciso.

No caso concreto recorreu-se à unidade sanitária de Centro de Saúde Marracuene devido à sua maior procura no Distrito, no âmbito da reabilitação nutricional.

Entrevistaram-setambém pessoas chaves ou de referência cultural, pois se acreditou possuirem visões diferentes da realidade estudada, tendo em vista melhorar a compreensão da mesma.

Assim, no momento da realização do trabalho de campo desta pesquisa foram abrangidas 23 mães ou responsáveis das crianças com DAM e em tratamento no ambulatório e7 informantes chaves de referência cultural na comunidade totalizando 30 participantes.

2.9 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o presente estudo tomaram parte as mães ou responsáveis que cuidavam das crianças menores de 5 anos com DAM, há pelomenos 3 meses e que estivessem a receber (ATPU ou MAE), durante o período da realização do trabalho.

Com o apoio dos comitês de saúde identificaram-se as potencialidades das pessoas de referência cultural na comunidade, para os quais foram realizadas visitas em suas casas, após consenso na marcação dia das entrevistas**.**

2.10 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Foram colhidos com base num guião de entrevista semiestruturada previamente elaborado, que permitiu levantar questões e aprofundar a comunicação, sendo que este roteiro actuou como um guia para condução da conversação (MINAYO,2010).

As entrevistas decorreram na unidade sanitária (US), sendo que algumas tiveram a continuidade nas visitas domiciliares, conforme preferência do participante. Saliente-se que foram realizadas entre duas (2) a três (3) visitas domiciliares dependendo da necessidade, visando assegurar mais profundidade na abordagem dos assuntos e também dependente da disponibilidade do participante e a necessidade de possibilitar o vínculo de aproximação entre os participantes e a pesquisadora.

Foi também aplicada a técnica de observação participante.De acordo com Minayo (2010), a técnica de observação participante é aquela em que o investigador realiza de forma totalmente livre, embora deverá estar sempre focado com o seu objecto de estudo. Contudo, devido ao curto tempo da realização da presente pesquisa no campo, de forma estratégica, optou-se pela

técnica de diagnóstico rápido – RAP (*Rapid Assessment Procedures*). Este método consiste em uma metodologia antropológica "simplificada" visando interpretar a realidade do fenómeno, e é aplicado para pesquisar grupo, comportamento individual e familiar considerando as realidades sociais de sua matriz racional e complexo, pois como método adicional permite buscar-se soluções em curto espaço de tempo, (SCRIMSHAW Y GLEASON,1992), citado por (PASARIN et al., 2014).

Como forma de garantir a fiabilidade no acto da descrição dos dados recolhidos, com a devida autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas acompanhando com imagens fotográficas, que constam do anexo ao presente estudo. Importa referir que estas entrevistas e gravações dentro da unidade sanitária decorriam numa sala isolada[14], com uma duração média de 45mim a 1h de tempo, sendo que a sessão de fotos decorria na sala onde se fazia controlo de peso e distribuição de suplementos nutricionais.

O decurso dos trabalhos de entrevista aos participantes teve a grande contribuição dos comitês de saúde, o que facilitou sobremaneira as conversas com os participantes, pois estes eram abordados sobre a presença da pesquisadora antes de entrarem na unidade de reabilitação nutricional.

Vale lembrar que o estudo abrangeu dois grupos de participantes, que eram as mães ou responsáveis no cuidado da criança com desnutrição e o grupo dos informantes chaves que são as pessoas de referência cultural para quem também se produziu o respectivo roteiro de questões.

Como se referiu acima, para o grupo das mães ou responsáveis, os encontros eram realizados na URN, a nível da unidade sanitária. Para o outro grupo, foi possível com a indicação pelas mães e comitês de saúde do líder comunitário da AMETRAMO, que por sua vez conduziu a pesquisadora para a sede da organização para a necessária apresentação e, à posterior, falar na presença de todos os propósitos da inquietação.

[14]De forma estratégica, a pesquisadora se instalava nesta sala da unidade de reabilitação nutricional, onde atendia as crianças que vinham fazer o controlo elevantamento de suplemento, posto isso eram abordados da pesquisa e convidados a participar.

Depois da previa explicação a este grupo sobre os objectivos da presença da pesquisadora, foi possível realizar as entrevistas, gravação e fotografias, na sede, bem como conduzir as entrevistas de forma individual no mesmo local, mas também continuadas em suas residências, com uma previa marcação, de acordo com a disponibilidade do participante.

Outro aspecto relevante a indicar é que todas as sextas feiras deslocava-se até a sede, pois foi assim que a maioria preferiu que o local de encontro fosse lá para facilitar, uma vez que as suas atividades colocavam-lhes em situação de falta de tempo suficiente para participar da entrevista, dado o facto de se verificar muita procura por parte dos seus pacientes, o que poderia inviabilizar a conversa.

O tempo de duração de entrevista era mais prolongada na sede, que durava 1h e em suas residências era em média 30 a 45 minutos devido a suas tarefas.

Os conteúdos das entrevistas gravadas assim como as anotadas no diário do campo foram transcritos na íntegra, numa tradução livre, sendo que a identificação dos participantes foi mantida em sigilo com recurso a uma codificação.

Atendendo ao facto de a autora da pesquisa ser uma agente social e com possibilidade de jogo da ciência, e por ter incorporado alguns hábitos e crenças ao longo de uma trajectória social geral e específica, recorreu-se a algumas ferramentas fornecidas pela ciência da sociologia que permitiramque a pesquisadora se libertasse, pelo menos em parte dessas restrições inspirada na teoria de Bourdieu (2007).

Para o efeito, procurou-se um certo abandono(distanciamento)das suas práticas costumeiras, procurando apenas criar-se um vínculo de relacionamento intelectual com o objecto, substituir o relacionamento prático com a prática pela relação do observador com seu objeto, buscando sempre um posicionamento distanciado, ou seja, afastando-se das realidades vividas no campo de estudo e restringir-se no domínio dos meios científicos disponíveis.

2.11 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A análise de conteúdo das entrevistas foi feita segundo a modalidade temática sugerida por Bardin (2009), a qual obedece (3) três etapas, sendo a pre-análise, exploração do material e a inferência ou interpretação dos resultados.

A primeira etapa consistiu na organização das ideias iniciais colocadas aos participantes tendo em conta o enquadramento teórico previamente constituídode maneira a estabelecer os indicadores para a interpretação das informações coletadas. Portanto, este momento compreendeu a leitura minunciosa do material colhido sem, no entanto, proceder-se à sistematização de dados, mas sim visando a familiarização dos conteúdos, permitindo a apreensão geral das ideias. (BARDIN, 2009).

A segunda etapa, a da exploração do material, consistiu no tratamento dos dados colhidos que, com recurso ao processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar-se outra significação ou outra mensagem, permitindo transformar os dados brutos do texto numa representação de seu conteúdo (FOSSÁ, 2003, BARDIN, 2009).

Foi nesta etapa que se realizou a categorização dos dados a partir da análise temática como resultado de uma leitura exaustiva das entrevistas num processo dedutivo e em consonância com os objetivos do estudo.

A partir das unidades de significância/núcleos de sentido, construíram-se a frequência e presença de temas na comunicação. (MINAYO,2010).

Por fim, a terceira etapa compreendeu a interpretação dos resultados que consistiu numa discussão organizada em forma de unidades categóricas e subcategóricas a partir dosconteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, gravações e observação participante). Procedeu-se a operação de recortes e justaposições, agrupamento dos aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes com vista a facilitar a análise do material, o que conduziu o processo de construção das categorias de análise.

Na pesquisa qualitativa pode se trabalhar com categorias apriorísticas ou não apriorísticas.Neste estudo foi utilizada a categoria apriorística que

permitiu um certo balizamento, que emergiu dos dados empíricos a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa.

As unidades de análises ou categorias podem ser percebidas como grandes enunciados que abarcam vários temas oriundos de grau de aproximação entre si, por isso, foi possível exprimir os significados das falas dos sujeitos a partir dessa análise de categoria e gerar conhecimento a partir das interpretações do material estudado.

Este processo é comumente chamado de tratamento dos resultados ou inferência pois permite a criação de novos conhecimentos articulados por meio de teorias que emergem a luz de estudos realizados (CAMPOS,2004).

2.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigadora principal foi responsável por garantir que este estudo, o formulário do consentimento informado e outra informação relevante fossem revistos e aprovados pelo Comite Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique.

Todos os procedimentos de estudo foram explicados aos participantes antes de assinarem o consentimento informado, o qual foi lido pelapesquisadora e traduzido para língua local, num ambiente sossegado e sem limitação de tempo, usando uma linguagem clara e acessível ao destinatário.

A proposta para a realização do presente estudo foi submetida a comissão de avaliação para a devida apreciação, aprovação e autorização, acto que mereceu uma análise positiva e anotado sob o número **IRB00002657**. Após sua aprovação e autorização, foi submetida à Direcção Provincial de Saúde, que igualmente avaliou favoravelmente a realização do estudo.

Por outro lado, e para a prossecução do estudo, a proposta sucessivamente aprovada pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e AcçãoSocial, pela Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), ao nível do Distrito em alusão, Comités de Saúde e pelos Líderes Comunitários, que para além de facultar a realização da pesquisa, providenciaram seu apoio em disponibilizar todo o tipo de informação e indicação dos principais locais para a realização das entrevistas.

CAPÍTULO III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS / ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO OU PERFIL DOS PARTICIPANTES

3.1.1 MÃES OU RESPONSÁVEIS NO CUIDADO DAS CRIANÇAS

Tal como indicado no capítulo metodológico, o estudo foi conduzido entre as comunidades rurais do Distrito de Marracuene, na Província de Maputo, uma das onze províncias de Moçambique.

Dado o enfoque da pesquisa, foram contactados dois grupos diferentes de participantes, designadamente responsáveis pelo cuidado das crianças menores de cinco anos e as pessoas de referência cultural ao nível daquelas comunidades.

Assim, foram contactados 23 responsáveis pelo cuidado das crianças durante o trabalho de campo. Destes, 22 eram do sexo feminino distribuindo-se pelas seguintes idades: duas participantes referiram ter 13 anos, outras duas com 14 anos, seis mulheres eram da faixa etária acima dos 20 anos e, doze mulheres tinham acima de 60 anos de idade. O único homem contactado no local tinha 36 anos de idade.

É importante salientar que por razões de carácter organizacional, procurou-se saber a sua proveniência, tendo-se apurado que aqueles 23 participantes eram provenientes de sete (7) comunidades, designadamente: 4 da Comunidade de Possulane, 12 provenientes deMacandza, Fafitine e Matimane (três comunidades que vivem muito próximas uma da outra, chegando a partilhar os mesmos espaços comunitários), 5 de Papsides, 1 de Mapulango e outra de Machubo.

De sublinhar que os bairros ora descritos são alguns que perfazem a zona banhada pela vila de Marracune e seus arredores, tendo em consideração que em termos de extensão o Distrito apresenta outros bairros relativamente afastados da vila.

Quanto à caracterização baseada em nível académico[15], os dados colhidos apontam que doze (12) dos participantes não tinham frequentado qualquer nível académico, 6 informantes mostraram que tinham concluído o nível elementar, quatro (4) que tinham o nível básico e um (1) que referiu ter o nível superior.

Quanto ao grau de parentesco das pessoas contactadas no campo do estudo, apurou-se uma diversidade pouco chamativatendo em conta que dos 23 respondentes, 9 pessoas, todas entre os 13 até pouco acima dos 20 anos, referiram que cuidavam dos seus próprios filhos, ou seja, eram mães das crianças que estavam sob sua responsabilidade.

Uma das respondentes que se enquadra na mesma faixa etária referiu que era madrasta.; 12 pessoas participantes que se identificaram acima dos 60 anos, todas referiram que eram avós das crianças, referindo várias razões para que fossem elas a cuidar das crianças, com destaque para abandono das mães radicando-se em outros países, como é o caso da África do Sul, um país vizinho de Moçambique, ou em outros locais dentro do território nacional, morte dos pais vitimas de HIV/SIDA ou outras doenças[16], bem como submissão dos filhos aos avôs para efeitos de desmame com leite materno para além da separação dos progenitores.

O único participante envolvido no estudo que era do sexo masculino, referiu que era pai da criança, no entanto, indicou que a sua criança estava na responsabilidade dos avôs maternos, sendo que ele apenas apoia nos dias em que deve levar a criança ao hospital uma vez que o avô não consegue percorrer distâncias longas pelo facto do hospital estar distante da área de residência.

No que diz respeito ao tipo de residência (habitação), os respondentes apontaram, na sua maioria, que viviam em casas de caniço com cobertura de chapas de zinco, outros indicaram que viviam em casas do tipo palhota cuja cobertura é feita de capim. Apenas 6 dos participantes indicaram que viviam em casas de blocos, com cobertura de chapas de zinco.

---

[15]De acordo com o Sistema Nacional de Educação de Moçambique, os níveis académicos estão distribuídos em Elementar (1ª a 5ª classes), Básico (6ª e 7ª classes), secundário (8ª a 12ª classes) e superior.

[16]Esperança de vida em Mocambique é era de 42 anos em 2000 e de 53 anos em 2015 esta a registar um aumento. (MOÇAMBIQUE, 2016)

Ainda no tocante à natureza da habitação, os dados apontam que 20 dos participantes referiram que as respectivas casas não tinham corrente eléctrica, recorrem a água do poço ou dos furos, mas também água do Rio Incomáti, para as famílias que vivem nas zonas ribeirinhas e, dependem também das águas das chuvas.

Apenas três (3) participantes contaram que viviam em casas com corrente eléctrica e consomem água canalizada, embora esta também seja canalizada dos furos. No que concerne à ocupação, os dados recolhidos apontam que dos 23 participantes, apenas uma (1) apontou que estava num emprego formal, uma (1) vendedeira ambulante e os restantes 21 participantes indicaram que eram desempregados, coma actividade camponesa como sendo a única que garante o seu sustento.

QUADRO 4 - PERFIL DAS MÃES OU RESPONSÁVEIS NO CUIDADO DAS CRIANÇAS

Total dos participantes				**23**	
Distribuição por de sexo					
Feminino -22				**Masculino – 1**	
Distribuição por de sexo e idade				**Nível acadêmico**	
Feminino		**Masculino**			
N®	**Idade**	**N®**	**Idade**	**N®**	**Nível**
2	**13**	**1**	**36**	**12**	**Nenhum**
2	**14**	**0**	**0**	**6**	**Elementar**
12	**60**	**0**	**0**	**4**	**Básico**
				1	**Superior**
Grau de parentérico				**Tipo de habitação**	
N®	**Parentérico**			**N®**	**Casa**
9	**Mães**			**Maioria**	**Caniço sem corrente elétrica, água de furos**
12	**Avos**			**3**	**Chapas com corrente**
1	**Pai**			**Memoria**	**Usa água dos rios e poços**
N®	**Ocupação**				
1	**Emprego formal**				
1	**Vendedor ambulante**				
21	**Desempregados (camponês)**				

3.1.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES DE REFERÊNCIA CULTURAL

Relativamente aos participantes de referência cultural, ao longo do trabalho de campo foi possível contactar sete (7) respondentes, três (3) dos quais do sexo masculino e outros quatro (4) do sexo feminino. Em termos de sua faixa etária, todos os participantes de referência cultural encontram-se acima dos 36 anos, com o limite máximo 58 anos de idade.

É importante salientar que em termos de sua proveniência, os sete participantes eram de sete bairros diferentes, justificando-se esta opção pelo facto de em cada bairro ter-se procurado apenas um representante das pessoas de referência cultural que, no seu conjunto constituiriam então o grupo de referência cultural a nível do distrito aqui estudado.

Quanto ao nível de escolaridade, foram apurados dois (2) participantes que não tinham qualquer nível académico, outros dois (2) com nível elementar e outros tantos com o nível secundário (1 básico e 1 médio) e, por fim, um (1) participante que referiu ter concluído o nível superior[17].

Relativamente à sua ocupação, todos identificaram-se como estando ocupados como curandeiros, com as distinções que cada orientação do curandeirismo toma e é aceito naquelas sociedades, como se poderá descrever mais adiante.

Todos os participantes de referência apresentaram-se como independentes, ou seja, sem qualquer relação de parentesco com os demais membros das respectivas comunidades.

[17]É importante salientar que este participante que concluiu o nível superior apontou que não exerce actividades resultantes da sua formação académica dado o facto de os espíritos e seus antepassados o exigirem a praticar o curandeirismo.

QUADRO 5 - PERFIL INFORMANTES CHAVES DE REFERENCIA CULTURAL

Total de participantes - 7					
Distribuição por de sexo e idade				**Escolaridade**	
Masculino		**Feminino**		**N®**	**Nível**
N®	**Idade**	**N®**	**Idade**	**2**	**Nenhum**
3	**36-58**	**4**	**36-58**	**2**	**Elementar**
Sem qualquer relação de parentesco				**1**	**Básico**
				1	**Médio**
				1	**Superior**
Ocupação				**Curandeiros**	

Tendo em atenção os dados acima descriminados, nesta secção vai-se apresentar uma análise crítica dos resultados do trabalho de campo.

Nesta perspectiva, o presente relato, visa, entre outros aspectos, apresentar as principais causas da desnutrição em Moçambique, sobretudo na Província de Maputo, com enfoque para a camada infantil, tendo em conta todo o quadro da Insegurança Alimentar e Nutricional vivida no país, bem como trazer a forma como a doença é descrita naquelas comunidades. Cabe salientar que se olhou sobremaneira a intervenção comunitária no processo de tratamento da desnutrição, para além das acções levadas a cabo pelo Governo.

Do ponto de vista metodológico, a análise é feita de acordo com as categorias adoptadas na condução do trabalho de campo deste estudo. Contudo, antes desta análise categorizada, importa trazer uma breve avaliação em volta da questão da faixa etária dos informantes, e sua influência no cuidado das crianças com as idades em referência.

Os resultados colhidos no campo de estudo apontam que em muitos casos a forma como o fenómeno de desnutrição é encarado pelas comunidades locais concorre para o agravamento da doença. Com efeito, olhando primeiro para a caracterização da população estudada, que na verdade compreende uma parte de um todo, mas que apresenta o mesmo modo de vida, sobretudo no que diz respeito ao cuidado das crianças com as idades em análise neste estudo, verifica-se uma série de adversidades para o cuidado de saúde das crianças.

Da amostra, constatou-se que a maioria (12 participantes) encontrava-se na faixa etária acima dos 60 anos de idade, quase todos eles sem qualquer nível de escolaridade. Constatou-se também o inverso, onde foi possível

encontrar (4) participantes abaixo dos 20 anos (entre 13 a 14 anos), igualmente sem qualquer nível de escolaridade e, muito poucos participantes do estudo (7), situavam-se nas faixas etárias intermédias (pelo menos entre 25 a 45 anos), idades consideradas adequadas para imprimir maior atenção no cuidado das crianças (MISAU,2011).

Sublinhe-se que a inclusão da componente idade para este estudo, justificava-se com a necessidade de avaliar o grau do cuidado que a mãe ou acompanhante pode prover à criança em situação de desnutrição ou em tratamento desta,sobretudo, em ambulatório.

Como vimos, e abordando especificamente a questão das idades acima descritas, cruzando com a questão em análise no estudo, a maior parte das crianças está sob cuidado de uma pessoa acima dos 60 anos de idade, com destaque para crianças que vivem com os seus avôs. As razões apontadas para este facto indicam que, na maior parte dos casos, os legítimos pais perderam a vida por vários motivos, salientando-se a SIDA[18] e, outros, indicam que os pais abandonaram as crianças sendo que os pais se encontram debilitados estando em fase da mesma doença e em Tratamento Antiretroviral (TARV).

Por outro lado, descreveram também como razão para as crianças estarem sob responsabilidade dos avôs o abandono dos progenitores radicando-se em outras zonas e países vizinhos como África do Sul[19], supostamente à procura de melhores condições, mas sem retorno na vida da família, o que propicia um nível de cuidado, muitas das vezes aquém do recomendado pelo MISAU, sob comando da OMS.

Na outra vertente, os dados trouxeram participantes que se encontram entre os 13 e 14 anos de idade ou um pouco abaixo dos 20 anos, um facto relativamente comum nas comunidades rurais de Moçambique, que cuidam das suas próprias crianças como mães. Tal como se pode esperar, se por um lado, as próprias mães são ainda consideradas adolescentes e, por isso, sem qualquer

[18] Estima-se existirem 1,8 milhões de órfãos em Moçambique, dos quais 510.000 devido à HIV/SIDA UNICEF (2010)

A Percentagem de morte por HIV– província de Maputo 28.8% para ambos os sexos

[19]9,26% de moçambicanos / 1000habitantes por ano migram para a vizinha África do Sul a procura de melhores condições de vida (Moçambique 2010)

responsabilidade social, por outro, não estão em condições de poder se responsabilizar pelo cuidado de uma criança como seu filho.

Portanto, o que nos pode ressaltar é o facto de que as próprias mães deviam, no mínimo estar sob tutela dos respectivos progenitores, o que à partida, reduz o nível de cuidados que estes terão para com as suas crianças em razão da dependência e estado de pobreza a que muitas vezes estão sujeitos.

Passemos então a apresentar e descrever os resultados do estudo tendo em conta as categorias encontradas no trabalho de campo.

3.1.3 OCUPAÇÃO OU PROFISSÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL NO CUIDADO DA CRIANÇA

Antes de se aprofundar a descrição sobre a ocupação dos participantes, torna-se importante abordar a questão do nível de escolaridade, se entender este como um elemento chave no processo da convivência social.

Como foi apontado, pelo menos 12 participantes referiram não ter frequentado qualquer nível académico, e mesmos os poucos que frequentar algum nível, tal não confere habilidades satisfatórias para a gestão das solicitações que a sociedade impõe, como é o caso do processo de Tratamento da Desnutrição Aguda (TDA).

Como se pode constatar, a falta de escolaridade constitui uma situação muito preocupante no TDA em crianças, visto que, por um lado, as orientações que se passam oralmente nas URN, regra geral, têm a sua continuidade em folhetos ou boletins que exigem umacerta leitura. Por outro lado,a administração dos suplementos recebidos na URN contêm instruções que exigem um seguimento escrupuloso, algo que pode não lograr o sucesso esperado em razão de se não poder ler.

Retomando a posição de Jiménez-Benítez et al (2010) que consideram a falta de educação, cultura, pobreza, emprego, género e diferenciação étnica e outros determinantes sociais como um facto real no desencadeamento da desnutrição, pode-se entender que um bom nível de escolaridade melhora o conhecimento sobre nutrição e sobre saúde no geral, como também habilita o indivíduo a desenvolver atitudes e hábitos alimentares mais saudáveis.

Aliás, mesmo com um pouco de formação, como alguns dos participantes referiram, o facto é que esta por si só não se justifica como condição básica para prevenir ou tratar a desnutrição. Com efeito, como confere (UNICEF, 2011), mesmo que a pessoa esteja formada, é necessário que esta seja exposta à informação, pois a falta ou fraca informação estão relacionadas às causas básicas da desnutrição.

Em função das habilitações académicas que foram descritas anteriormente, e de acordo com os dados, constatou-se que quase a totalidade dos participantes do estudo estavam desempregados, com a excepção de duas informantes que referiram cada uma ser vendedeira ambulante e empregada formal, respectivamente.

Como foi possível apurar, a única actividade largamente apontada como forma de ocupação dos participantes do estudo é a prática de agricultura. Por via disso, constitui a forma impreterível que concorre para prover alimentos naquelas comunidades. Tal como foi anotado no capítulo da revisão de literatura, e que importa aqui sublinhar, Moçambique é um país cuja economia depende essencialmente da agricultura, aparecendo outros sectores como auxiliares ao desenvolvimento económico nacional, tais são os casos do Turismo, Mineração, Pesca e Transporte.

Estima-se que cerca de 60% dos 24,4 milhões de moçambicanos vivem nas áreas rurais, que é caraterizada por mais de 80% dos pobres, e com 54% da população vivendo abaixo da linha de pobreza nacional, (MOÇAMBIQUE, 2010).

De acordo com SETSAN (2009), os agregados familiares vivendo em zonas rurais, têm na agricultura a sua principal fonte de renda, operando em áreas aproximadamente de 1hectare que dependendo da extensão da área utilizada podem se descortinar os seguintes subgrupos: (i) agregados familiares com agricultura marginal, aqueles que têm acesso muito limitado ao capital produtivo, portanto com produção marginal; (ii) agregados familiares com agricultura de subsistência, que se concentram na produção de culturas alimentares de subsistência (como milho e mapira), com venda do excedente, e (iii) agricultores familiares, aqueles que se concentram na produção de culturas alimentares e de rendimento, e actividades pecuárias.

A população estudada nesta pesquisa enquadra-se justamente no primeiro grupo descrito, que na verdade é parte da grande maioria da população moçambicana. Portanto, nestas zonas pratica-se a agriculturade de pequena escala, que é responsável pela maior parte da produção nacional em todo o território nacional, no entanto, as receitas provenientes desta agriculturamarginalizada não são significativas para suprir as necessidades nutricionais para a maioria da população.

Concorre para resultados aquém das expectativas desta camada o facto de a sua agricultura depender essencialmente das condições climatéricas, colocando as populações em total vulnerabilidade.

De acordo com o programa mundial de alimentação (PMA), Moçambique é o terceiro país mais afetado na África por riscos relacionados com alterações climáticas, por conseguinte, torna o país particularmente vulnerável em termos de segurança alimentar (FAO et al, 2010).

Neste contexto, é de capital importância que o sistema político defina uma estratégia de assistência às camadas mais necessitadas. Aliás, o SETSAN (2009) refere mesmo que as "políticas agrícolas, fundiárias e de uso da terra podem ser instrumentos de aumento ou diminuição da vulnerabilidade a desastres". De facto, a protecção e o bem-estar das pessoas dependem dos sistemaspolíticos, com responsabilização dos agentes públicos, leis e normas, sistema jurídico funcional e provisão de serviços públicos.

Na verdade, o papel da governança informal torna-se frequentemente mais importante onde a governança formal é fraca ou entra em colapso. As instituições locais podem ter um papel positivo na manutenção da ordem pública.

Portanto, chama-nos atenção à necessidade de potencializar as estruturas locais no processo de gestão da vida das comunidades, com efeito, questões de insegurança alimentar podem melhor ser abordadas se se tomar em linha de conta a existência de forças locais.

Face a estas adversidades, as participantes[20] contactadas referiam que muitas vezes recorrem a alternativas diversificadas para encontrar o seu sustento e dos seus dependentes.

[20]É importante reter que todas as participantes envolvidas no presente estudo referiram que eram elas que se responsabilizavam pelo resto dos membros, ou seja, como chefes de família.

Confira-se os seguintes depoimentos:

> *"Não trabalho, as vezes tenho tido biscatos, vou lavar roupa em casa de algumas pessoas e me pagam na hora, as vezes 100mtn[21i] ou 75mtn depende da quantidade da roupa que me dão para lavar"*.
> *"Desempregada, dependo de um filho meu que está na África do Sul"*.
> *"Biscateira e tenho machamba, costumo ir trabalhar nas casas para me dar algum dinheiro para me ajudar a comprar sabão, as vezes mepagam 100mtn ou 75mtn pelo trabalho*".

Tal como se pode observar, as participantes apontam as várias opções para conseguirem gerir as suas vidas junto dos respectivos agregados familiares. De acordo com Cossa& Acosta(2009), as estratégias e formas de vida são combinações de atividades e escolhas que as pessoas fazem em tempos estáveis para lançar os seus objetivos de vida. Estas podem ser baseadas em recursos naturais (cultivo de terra, criação de animais, garimpo, tecelagem, mineração, etc.) e não baseadas em recursos naturais (comércio, serviços, remessas, entre outras) desde que estas apoderem os agregados familiares a adquirir comida suficiente e renda para satisfazer as necessidades básicas. Em suma sãо resultados do fraco poder aquisitivo, que levam as comunidades a diversas formas de vida que culminam em subnutrição e taxa de mortalidade.

No entanto, para este caso em especial, a região estudada e a grande maioria do território nacional, pode-se inferir que a vulnerabilidade parece inevitável, sobretudo se se atender que na realidade moçambicana a mulher, em si, ainda não tem um espaço devidamente definido no contexto social, pelo que, como chefe de família, acaba encontrando várias barreiras para o alcance dos alimentos para sustentar a família.

Aliás, o próprio SETSAN(2013) confirma que grande parte dos casos de desnutrição em Moçambique, sobretudo em crianças, observa-se em famílias chefiadas por mulheres.

3.2 AGREGADO FAMILIAR

[21]Valor equivantente a 4 reais e em dólares corresponde a 1.43 USD - 0.99, 4 USD

Na abordagem sobre a (in)segurança alimentar, a questão do agregado familiar tem um papel a considerar, sobretudo no que tange ao componente de provisão de alimentos que sustentam o cardápio do respectivo agregado.

Como se pôde apurar, as mães ou acompanhantes das crianças com desnutrição contactadas no terreno, são oriundas de agregados onde vivem entre 4 a 16membros, com maior ênfase nestas circunstâncias para participantes em agregados de 8 membros, sendo de capital importância algum equilíbrio em termos de rendimentos no agregado, de modo a acautelar a segurança alimentar na família.

Em contacto com os participantes do estudo, ficou patente que em circunstâncias onde o número de pessoas por agregado fosse maior, os critérios de gestão da alimentação constituíam sempre uma angústia, sobretudo se se tiver em conta que a maioria destes agregados era chefiada por mulheres.

É importante reter aqui que para além do facto de o custo de vida em Moçambique significar um retraimento do poder de compra, o país em si não oferece grandes oportunidades para acomodar os procedimentos de aquisição de alimentos. A título exemplificativo, um dos indicadores importantes do acesso dos alimentos é o preço praticado para os consumidores.

Uma avaliação do custo da cesta básica de alimentos num agregado familiar composto por cinco (5) pessoas necessita-se de algo acima de 10.500,00[22] meticais por mês, sendo mais alto nas províncias de Gaza e Maputo, (SETSAN, 2016).

Pelo contrário, o salário mínimo nacional, praticado pelo Governo é de cerca de 3.996,00 meticais[23] e a maça laboral, sobretudo no Estado é de cerca de 500.000 funcionários e agentes do Estado, considerando-se que o Estado é o maior empregador.

Portanto, apesar de se ter referido que o agregado tem um responsável superior, podendo ser mãe ou pai ou ainda um irmão mais velho, apresentando subdivisões com base no parentesco que se estabelece entre os membros da

[22]Este valor corresponde a pouco mais de 420 reais. Em dólares corresponde a 142 USD

[23]Este valor corresponde a pouco mais de 159,84 reais. Em dolares corresponde a 53.21USD

família, o facto é que a gestão da cesta básica no agregado constitui ainda um enorme desafio.

Como se pode observar, se o membro responsável pela aquisição e confecção dos produtos alimentícios não tiver tal capacidade de cobrir as quase 15 ou 16 pessoas dentro do agregado, o resultado é inevitavelmente, uma alimentação desequilibrada e não saudável, o que transporta consigo consequências nefastas, uma vez que a família é sujeita a recorrer aos suplementos fornecidos para a criança desnutrida e em reabilitação para cobrir as necessidades alimentares dos outros membros da família.

Sobre esta questão, fazendo-se uma análise crítica entre a ocupação e o agregado familiar, constata-se que as famílias estudadas apresentam dificuldades para conseguir prover uma cesta básica compatível com o número de membros na família. Junta-se aqui a questão da idade e do nível de escolaridade apresentado pelos participantes, pois, se por um lado, pelo facto de apresentar idades muito avançadas ou muito novas não podem conseguir cultivar grandes porções de terra para produzir alimentos que cubram o número das pessoas que convivem no mesmo agregado, por outro, os membros não têm possibilidade de enquadramento num emprego razoável por falta de nível escolar.

Por isso, num estudo virado para a população Paranaense no Sul do Brasil, Apolinário et al. (2003), consideram que a combinação de indicadores como sexo, escolaridade, ocupação e contribuição para a renda familiar são variáveis que concorrem para a organização e provimento da renda familiar.

3.3 CONHECIMENTO EM RELAÇÃO A DOENÇA QUE APOQUENTA A CRIANÇA

Reza a literatura que o sucesso de qualquer programa ou intervenção depende do conhecimento que se tem sobre qualquer matéria. Por isso, visando compreender se as mães ou responsáveis no cuidado das crianças sabiam ou não descrever a doença com que padeciam, foram lançadas perguntas em volta do assunto.

Os resultados sobre esta pergunta denotaram uma convergência em termos do tratamento dado à doença naquelas comunidades, com todos os participantes a *emprestar* o cunho tradicional à desnutrição.

Efectivamente, conforme se pode constatar dos depoimentos abaixo, os participantes mostraram que não tinham qualquer informação sobre a doença, como se pode observar:

> *"Meu filho sofre de xilala e maus espíritos procurado pelo avô, que há muito tempo enquanto ainda era jovem procurou ser rico e grande machambeiro, foi a um curandeiro que lhe tratou, mas ele não terminou de pagar a dívida e agora ele está a entregar o meu filho nesses espíritos para pagar as dívidas dele".*
>
> *"Essa criança sofre de muita coisa, tem xilala, nhocana que é doença da lua(wehti) e disco, os maus espíritos também seguei a ele e aqui no hospital também mee disseram que ele não pesa bem".*
>
> *"Sim, tem xilala, nhocana porque a minha avó é que descobriu, eu não sabia só via que a minha criança não está a desenvolver como outras, mas já está em tratamento, num nhyanga que sabe tratar".*
>
> *"Essa criança sofre de xilala, mas aqui no hospital me disseram que também tem falta de vitaminas".*
>
> *"Sofre de doença criada com pessoas, xilala, e também e muito prosseguido com os maus espíritos que vem dos seus bisavós que contraíram dividas num curandeiro a muito tempo, isto lhe afeta por que foi dado o nome do tal bisavó que nem o pai conheceu, agora já lhe mudamos o nome talvez vai aliviar o nosso sofrimento".*
> *"Sei que meu neto sofre coitadinho de xilala xalee ndzene, e ximawa. Aqui no hospital ninguém me diz o que acriança tem, só vejo que me dão comida e alguns xaropes".*

Tal como se pode notar nos vários depoimentos acima transcritos, em nenhum momento se considera o retardamento do crescimento físico sendo visto como doença. Aliás, Santiago (2006) afirma que doença é um nome que se dá a todo um conjunto de sinais e sintomas que o corpo ou a pessoa apresenta. Para este autor, o nome da doença é dado em função dos sintomas e sinais que a pessoa apresenta de forma a reflectir esses mesmos sinais e sintomas.

Na verdade, para os participantes do presente estudo, o retardamento do crescimento físico não é visto como doença meritória de atenção hospitalar, associando-o a construções sociais, daí a designação comum de *xilala*, para se referir à desnutrição.

Ou seja, como enfatizam Santiago (2006), para identificar uma doença há que conhecer os seus sinais e sintomas e tem de se ter um bom conhecimento acerca disso, para se conseguir determinar exactamente qual é a doença existente de modo a se reflectir na forma do seu tratamento.

Como pudemos aferir no campo de estudo, uma vez que os participantes não olham para o abaixamento de peso das crianças como uma ameaça, muito menos pensar na sua condição de vida como uma das causas do problema, pouco ou quase nada fazem para assegurar que as crianças tenham uma alimentação adequada, leva-se tempo a se tentar descobrir o tipo de espírito que acometem as crianças pelo facto de se acreditar na bruxaria e/ou feitiçaria, levando ao desenvolvimento da desnutrição nas crianças.

Abordando este aspecto, Menezes e Sousa (2008) consideram que “na cultura africana a feitiçaria é apresentada como o modo mais comum de alcançar sucessos, riqueza e prestígios em época de declínio económico e escassez de oportunidades e promoção social”. De facto, como constatamos, foi comum encontrar depoimentos que denotam a crença de que a situação de *desnutrição* (*xilala*) em que as crianças se encontram é resultado de algum mal criado por supostos antepassados que na vanguarda do enriquecimento não conseguiam cumprir com as suas responsabilidades no pagamento dos tratamentos, acabando por os seus netos, à custa de serem do mesmo sangue serem preferencialmente os alvos dos espíritos que vão seguindo os pergaminhos de quem os deve, influenciando de forma decisiva o modo de vida das respectivas comunidades.

É por isso que Uchôa & Vidal (1994) afirmam que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. Com efeito, as comunidades envolvidas no presente estudo desenvolvem um modo de vida em que o sistema de saúde convencional não constitui sua prioridade, levando em consideração aspectos de cunho tradicional.

Pesa, eventualmente, para esta realidade, a fraca divulgação dos sistemas de saúde no país, sobretudo se se assumir que em Moçambique grande parte da população vive na zona rural onde o acesso aos principais meios de comunicação social (Rádio, Televisão e Jornal) ainda constitui um desafio, aliado ao facto de se usar a língua portuguesa nesses meios, sendo que a maior parte da população usa línguas vernaculares.Igualmente, não se tem notado o desenho e implementação de um programa de educação de caráter preventivo nas comunidades, facto que remete a uma reflexão no quadro da implementação de vários programas de saúde, não só no quadro do PRN.

Importa referir que durante as entrevistas foi usado a palavra desnutrição que no final desaguava em xilala.

Aliás, a este respeito, Gaspar (2011) considera que a educação para a prevenção é o meio mais efectivo disponível para enfrentar os problemas de saúde primário nas comunidades.

Entretanto, é importante reconhecer e sublinhar que a divulgação da informação requerida é que constitui um fenómeno a melhorar, uma vez que, não podendo reconhecer a doença como desnutrição e que a mesma é passível de ser tratada na medicina convencional, a população local recorre irremediavelmente à medicina tradicional para tentar solucionar o problema, o que denota que circula algum tipo de informação no seu seio.

Tendo em conta as realidades constatadas no terreno, e em função das conversas mantidas com as participantes, constata-se que a informação sobre a doença não tem encontrado uma divulgação efectiva.

Confira-se as seguintes afirmações, extraídas das participantes sobre o seu **conhecimento em relação à desnutrição:**

> "*Não sei e nunca ouvi falar, talvez aminha criança também tem porque em todo sítio que vamos sempre acusa alguma doença, eu ando por causa desta criança*".
>
> "*Nunca ouvi falar, talvez se me explicar um pouco talvez tenha outro nome..."*
>
> "*Não sei o que é, nunca ouvi falar dessa doença*".

Como se pode depreender dos depoimentos acima, as mães e cuidadoras de crianças contactadas mostraram-se distante da informação sobre a desnutrição, no quadro dos indicadores que os serviços de saúde têm como doença. Mas como se pode observar, fica subjacente que naquelas comunidades as pessoas não têm tido oportunidade de estar expostas à esta informação.

Entretanto, um dos grandes elementos defendidos no Plano Anual de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC) é assegurar que as acções chave do plano sejam implementadas nas áreas críticas a nível nacional, como é o caso da área dos participantes deste estudo. Na verdade, dentre vários objectivos do PAMRDC, consta a necessidade de "Fortalecer a capacidade nacional para a advocacia, coordenação, gestão

implementação do Plano", para além de "Fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional".

Ora, olhando para a realidade que se vive no terreno, pode-se inferir que os objectivos acima arrolados têm corrido riscos frequentes de sua operacionalização, pois não se sente uma continuidade entre as políticas da área de saúde e as metas definidas pelo Governo no quadro da segurança nutricional.

Quer dizer, se por um lado o Governo através do MISAU procura fazer desenho de programas virados à comunidade, promove campanhas de sensibilização em saúde para as comunidades, por outro, estão as condições e critérios pouco claros que facultem uma implementação efectiva de tais programas, aliando-se à questão da exiguidade da rede sanitária e dos profissionais de saúde.

Como se pode compreender, na implementação dos vários programas de saúde virados para a comunidade, como é o caso da desnutrição, em grande medida cabe ao profissional de saúde clarificar que se tratava de desnutrição e que ao mesmo tempo constitui uma doença tratável numa US, concretamente na URN.

Porém, como pode ser do nosso domínio, é normal nas unidades sanitárias registar-se um fluxo maior de procura dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o profissional de saúde acaba entrando num cenário de pressão para responder a todas as solicitações de forma conseguida, o que propicia algum distanciamento entre ele e o paciente, quer em termos de transmissão de orientações para seguimento do tratamento em ambulatório quer para o aconselhamento no geral.

Facea este aspecto, e retomando as questões de natureza socioculturais anteriormente mencionadas, as mães ou responsáveis no cuidado das crianças acabam saindo das US ou URN sem uma direcção precisa sobre os procedimentos para a reabilitação da criança, bem como manterem a associação da doença afenômenos sobrenaturais ou mítico-religiosos, definindo os suplementos como uma ajuda alimentar para a família, uma vez que ainda no contexto da reabilitação recebe-se também a cesta básica.

Tendo em conta que o presente estudo visava trazer à superfície as opiniões sobre o tratamento dado ao fenómeno da desnutrição nas comunidades rurais, houve necessidade de se explorar o seu conhecimento de várias formas.

Para o efeito, aos participantes foi feita **descrição das características da desnutrição vista no contexto da medicina convencional**, tendo-se apurado, dentre outros, os depoimentos que abaixo se transcrevem.

> "*Não sei se é mesma coisa, como não sei e nunca vi, pode até ser mas não sei o que é. O que sei é que xilala, acriança fica magra mas muito magrinho mesmo e dá para contar até o número de costelas, tem cabelo pouco fica parece de branco,ou mulato e muitopouco, isso quando e xilala de xale dzene, tem também xilala da cabeça, dá para ver que os ossos da cabeça não se encotram pode até crescer e ficar muito grande quando não recebi num tratamento de imediato, na mesma fica todo corpo lambido, a criança não cresce bem, não brinca, e não e agradável de ver o aspecto, tem também xilala de xamuzimba, a criança não emagrece pode até te enganar oku xotikulukela fica gorda mas que em de inchaço da cara, das mãozinhas e dos pés, até as suas costelas não são muito visíveis, e esse tipo e mais perigoso minha filha, a criança morre mesmo na brincadeira. Precisa de pessoas experiente que tenha bom medicamento para o seu tratamento''*.
>
> "*Hawau... Pela sua explicação muita coisa é parecida sim com xilala, criança fica muito magra sim*".
>
> "*Não sei mas o que é essa doença? Ok! É mesma coisa sim... tudo que me falou é tudo que meu filho passa e tem*".
>
> "*Não sei se é mesma coisa mas xilala a criança fica muito magra, não agrada ver, fica fraca, não come bem, e às vezes costuma sair muito para a casa de banho, fica com cabelo parecido com cabelo de uma pessoa de raça branca, muito leve e pouco avermelhado, as vezes quando se demora descobrir a doença, a criança pode ficar inchada nos pés e nas mãos*".
>
> ''*Oou! Parece sim ser mesma coisa, com outro nome em português mas no hospital não tratam, só fiquei de baixa em vão que tratam são pessoas com dom e tradicionalmente, ele me transferiram para a que disseram para vir dar continuidade enquanto estou em casa*''.
>
> "*Não sei dizer, mas acho que não porque xilala é uma doença tradicional não tem nada háver com doença de* **xilungu**[24]".

Os pronunciamentos acima foram extraídos dos discursos dos participantes do estudo, por se configurar necessário aprofundar a sua situação enquanto cuidadores das crianças com desnutrição. Como se pode aferir dos mesmos, o entendimento que se pode obter é que na verdade o problema subjacente tem a ver com a fraca transferência da mensagem dos serviços de saúde para as comunidades, sobretudo nesta componente da desnutrição.

De facto, como sugerem os extractos dos participantes, as pessoas só não conseguem descortinar que o problema que apoquenta as crianças trata-se

[24]Doença de *xilungu* refere-se àquela enfermidade que se identifica com base no diagnóstico hospitalar, cujo tratamento só é possível na medicina convencional.

de uma enfermidade de fórum hospitalar e não tradicional somente, pois após uma breve explicação deixaram, entre linhas, a perceber que na verdade é a mesma doença (desnutrição). Portanto, com base nas características que foram recebendo na explicação puderam reconhecer que o estado de saúde das respectivas crianças não é normal, carecendo-lhes a informação de que a situação pode ser tratada numa unidade sanitária.Neste sentido, torna-se importante recuperar a ideia de Uchôa & Vidal (1994) segundo a qual os comportamentos de uma população frente aos seus problemas de saúde são construidos a partir de universos sócio-culturais específicos.

Para isso, face à situação de perda de peso com um emagrecimento assentuado, edemas bilaterais, apatia, cabelo ralo e crespo, diarreias, falta de apetite, entre outras manifestações que conferem se tratar de desnutrição, as populações locais, segundo os autores acima citados, ficam irremediavelmente sujeitas à utilização dos serviços médicos disponíveis que, no caso concreto, são os serviços da medicina tradicional.

Ainda neste contexto, Taylor et al. (1987) consideram que em situações similares fica evidente a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adopção de comportamentos de prevenção, tratamento ou de riscos e sobre a utilização dos serviços médicos.

Portanto, como se pode inferir, para as populações daquelas comunidades rurais estudadas, assim que a criança manifeste qualquer dos sinais ou sintomas que se relacionam ao *xilala/*desnutrição, a sua primeiraatitude é de se aproximar a um *Nyanga*[25]local para efeitos de tratamento, ou mesmo antes de a criança começar a manifestar tais sinais ou sintomas numa acção meramente preventiva.

3.4 CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO USO DOS SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Uma vez que o foco da pesquisa era em crianças desnutridas e em assistência na unidade sanitária junto das comunidades rurais locais, o estudo apurou que quase a totalidade dos participantes tinha conhecimento do uso dos

[25]*Nyanga* é um dos nomes dados às pessoas de referência cultural nas comunidades rurais, também designado por curandeiro.

suplementos nutricionais. Importa recordar que o principal local de contacto com os informantes era a unidade sanitária, daí o reconhecimento da existência de algum tipo de "apoio do Governo" para com as crianças com *xilala* (desnutrição).

Um dos problemas iniciais constatados tem a ver com o nível de informação que a cuidadora das crianças transportava consigo para a unidade sanitária relativamente à acção dos serviços de saúde quanto à assistência da criança com desnutrição. De facto, para aqueles participantes, os suplementos fornecidos tinham como função primária ajudar na alimentação dos membros dos agregados, com destaque para as crianças, razão pela qual a maioria os aplicava várias formas de nomenclatura, como adiante se apresenta.

> ''*Sei o que é isso, meu filho recebe aqui mesmo no hospital, é papinha de djamo de amendoim*''.
>
> ''*Não conheço suplementos, mas sei que a minha filha é dada papinha de amendoim aqui no hospital*''.
>
> ''*Conheço sim, é papinha de amendoim que o meu filho recebe*''.
>
> ''*Não, mas a minha criança recebe jamo de amendoim aqui no hospital*''.
>
> ''*Esse nome de suplemento nunca ouvi falar, minha criança recebe jamo de amendoim, que lhe ajuda para ter vitaminas que estão em falta no corpinho dela*''.
>
> "*Conheço são essas vitaminas que me deram para lhe dar, a enfermeira que me atendeu lá no hospital central quando estava de baixa, me disse que essa papinha ia ajudar a aumentar o peso da criança, o peso está a aumentar, falta a parte de xilala, mas também estou a tratar já foi* ***lhavelado[26] toda a cabeça".***
>
> "*Afinal esta papinha serve para tratar xilala, eu não sabia que hospital também já sabe tratar, mas tenho medo de parar o outro tratamento porque todo mundo me diz que xilala não se trata no hospital*".

Observando atentamente os extractos acima expostos nota-se que os participantes percebem que a sua presença na unidade sanitária visa debelar alguma situação anormal na vida das crianças. O que não percebem é que os suplementos que recebem na unidade sanitária são produtos terapêuticos cujo objectivo primordial é restabelecer o estado nutricional adequado.

Por isso, dada falta de conhecimento sobre o real objectivo dos produtos recebidos, os participantes consideram que o Governo, através do MISAU, desenhou o programa de assistência à criança desnutrida, providenciando, como

[26]lhavelado toda a cabeça significa vacina tradicional feito através de corte com lamina e aplicação de medicamento tradicional na cabeça da criança ou em outras partes do corpo.

denominam *papinha ou comida de bebé, jamo de amendoim, pinabat,* entre outras designações.

Por um lado, esta posição deve-se à falta de conhecimento sobre a doença, mas por outro, deve-se à crença de que a doença que apoquenta a criança só pode ser de fórum tradicional, dado o *modus vivendum* que se construiu nas respectivas comunidades. Neste domínio, Gaspar (2011) refere que as comunidades têm costumes, valores, crenças e práticas transmitidas de uma geração para a outra, uma realidade que aliada à reduzida rede sanitária, cria espaço para a não priorização da medicina convencional.

Como refere ainda Gaspar (2011), abordando a situação sanitária do continente africano, considera que a África enfrenta muitas dificuldades para garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde, pelo que apenas metade da população africana tem acesso aos serviços de saúde formais. Neste contexto, a funcionalidade que se pretende com os suplementos nutricionais distribuídos entre e para as crianças desnutridas acaba tendo um efeito aquém das expectativas, por várias razões.

A primeira razão tem a ver com os modos de administração dos suplementos aos reais destinatários. Tendo em conta os factos descritos na categoria relativa ao perfil da população em causa, aliado a falta de conhecimento de que os suplementos recebidos têm um fim terapêutico, quase a totalidade dos participantes do estudo mostraram que usam os suplementos de forma adversa às indicações hospitalares. Confira-se alguns dos pronunciamentos sobre esta componente.

> "*Uso em toda a comida do bebe a enfermeira disse para dar ele assim mesmo, come 2pacotinhos por dia dependendo da vontade dele pode ser menos ou, mais que isso".*
>
> *"Misturo com papa de mbila ou de farinha de milho, dou 2vezes ao dia (1) uma saqueta".*
>
> "*Dou(2)duas vezes ao dia misturo com papa de mbila. Metade da saqueta por dia"*.
>
> "*Misturo com papinha de mbila ou farinha e dou 1-2vezes ao dia. Em relação a quantidade depende da vontade da criança, mas não acaba uma saqueta*".

Na verdade, como se pode depreender dos trechos ora apresentados, o modo de administração não obedeceos ditames definidos pelo MISAU, uma vez que se conota o suplemento como um produto aditivo em qualquer tipo de prato

do dia na família, ou seja, considera-se o suplemento como um tempero para dar algum sabor à comida.

Neste caso, facilmente se pode constatar que do ponto de vista terapêutico, os suplementos não se traduzem no resultado pretendido na reabilitação da criança desnutrida. Por um lado, a forma como a criança consome os suplementos não é adequada tendo em conta que ao ser misturada com outros produtos não mantém o seu valor nutritivo, mas por outro, a criança acaba recebendo uma dosagem bastante reduzida em relação à média diária que lhe é recomendada.

Aliás, de acordo com o Novo Protocolo de Esquema de Administração, segundo FANTA & MISAU (2016), à cada criança é recomendada uma saqueta de ATPU por dia, independentemente da idade e do peso. Como se pode observar, mesmo em situações em que a mãe ou cuidadora da criança tenha referido usar uma saqueta por dia, o facto é que todo o conteúdo da tal saqueta foi virada na panela, misturando-se com a comida (prato do dia) ou, pelo contrário, as mães ou cuidadoras que referiram usar duas saquetas, também utilizaram de maneira adversa o suplemento no processo de sua administração.

O outro aspecto aliado ao facto de se administrar inadequadamente os suplementos relaciona-se com o reconhecimento do próprio valor terapêutico dos suplementos fornecidos nas unidades sanitárias. De facto, conforme depoimentos recolhidos no campo de estudo e que abaixo se transcrevem, o entendimento é que os suplementos servem de auxílio ao cardápio da família. Confira-se a seguir:

> "*Todos nós comemos afinal! Não é ajuda do hospital! Eu mesma descobri que tem bom sabor quando provei porque na nossa tradição uma mãe nunca deve dar alguma coisa de comer ao seu filho sem experimentar, ou!! Quando provei senti que era bom passei a dar os outros irmãos e todos nós passamos a comer com ele*".
>
> "*Sim dou aos outros irmãos eu também costumo comer*".
>
> "*Sim, come com os priminhos e como gostam o dono nem gosta só come por insistência*".
>
> "*Sim, com o avô e o irmão que gostam, comem como se fosse um chocolate ou gelo doce porque as vezes compram gelo e gelam dizem que émuito bom quando está gelado*".
>
> "*Sim, todos comem dizem que é bom, eu é que não gosto*".
>
> "*Sim, o dono das papas não come, comem os irmãos*".

> "*Sim, comemos todos, para as crianças meto napapa e nos adultos comemos com o pão*".

Como se pode observar, fica notável, o fato é que o suplemento não é visto com finalidade específica da medicina ocidental.As comunidades contactadas são de uma maioria pobre economicamente que, como foi indicado anteriormente, dependem essencialmente de agricultura para a sua sobrevivência, sendo esta por sua vez de pequena escala e marginal, não podendo por isso suprir as necessidades básicas de alimentação das comunidades.

Por outro lado, e mais uma vez, está a fraca qualidade da rede de comunicação entre os profissionais de saúde e as comunidades, pois não se tem o espaço necessário para explicar aos acompanhantes de que os suplementos fornecidos são de exclusiva administração à criança desnutrida e que em nenhum momento deve ser parte integrante da ementa da família e muito menos alimentos para acompanhar no consumo do pão ou outro tipo de alimentos, como ficou patente dos respectivos depoimentos.

De facto, a realidade acima descrita contraria a ideia defendida por FANTA (2011) que defende que o ATPU é um remédio só para as crianças doentes e não deve ser partilhado com outras crianças na casa. Aliás, esta é na verdade a linha defendida pelo PRN enquanto um programa no seu todo. Contudo, a sua condução parece necessitar de recursos humanos capacitados para fazer face algumas incongruências, como aquelas constatadas nos extractos da população estudada. Sendo que por outro lado a alimentação familiar é tão insuficiente, em paralelo ao programa de suplementação seria necessário lançar mão de outros dispositivos como Transferência de Renda (como o Programa Bolsa Família brasileiro por exemplo) ou integrar mecanismos de geração de renda, fortalecimento da agricultura e da diversidade de produção de modo a melhorar a qualidade de vida dessas comunidades e também como estrategia de reduzir a expansão de uso de suplementos para os demais membros da familia.

Ademais, em FANTA (2011) podemos encontrar uma ideia bem vincada, segundo a qual, o ATPU é a única comida que a criança com desnutrição aguda grave sem complicações precisa nas primeiras duas semanas de tratamento,

enquanto se está a recuperar no programa de tratamento da desnutrição em ambulatório.

Neste estudo observou-se que o suplemento recebido é repartido por todos os membros do agregado, sobretudo entre as crianças da casa. Neste contexto, ao partilhar esses produtos recebidos no hospital, a criança não chega a receber a dosagem recomendada para o tratamento, para além de concorrer para que o produto terapêutico termine antes do período previsto para as consultas.

Por via disso, não se reconhecendo o valor terapêutico dos suplementos nutricionais, o desenvolvimento físico da criança com desnutrição fica *hipotecado* e muito menos se dá a crença de que tais suplementos actuam como remédio no organismo da criança.

Confere-se os trechos abaixo:

> "*Acho que não trata xilala, porque a criança com xilala precisa de tomar medicamento tradicional das folhas vindo de alguém com boa mão e que sabe bem tratar precisa de, mas a papinha ajuda a matar a fome das crianças e uma boa ajuda que todos comemos e sentimos que é bom...".*
>
> "*Acho boa coisa, porque alimenta os meus filhos e graças a ela (criança desnutrida) que temos esse direito, mas xilala já está sendo tratada lá na comunidade com alguém que sabe tratar que minha mãe procurou para mim*".
>
> "*É bom para alimentar as crianças mas não trata xilala, disco mesmo doença da lua*".
>
> "*Acho que é bom oproblema eque aqui no hospital dizem que trata xilala mas na verdade não trata so nos fazem perder tempo com isso tenho que vir sempre as consultas, e vivi longe e tal tratamento não muda, só o!! Pelo menos nos dão essa papa que todos gostam*".
>
> "*Acho muito bom, mas, também fui explicada que tem vitaminas com a enfermeira e como a minha criança está com esse problema vai-lhe ajudar, pelo menos o outro problema de xilala já está a tratar com uma boa senhora que já tratou muitas crianças até mais graves que a minha criança*".

Como se pode constatar, a provisão dos suplementos nutricionais nos hospitais é vista de forma positiva pelos respondentes. Contudo, a acção não é vista no quadro da principal preocupação que os leva a procurar a unidade sanitária, que é a reabilitação do estado nutricional da criança, uma vez que não se olha para o estado físico como um problema solucionável na unidade sanitária.

Quase de forma unânime, os participantes do estudo classificam a acção governamental de prover os suplementos como mais uma acção humanitária

apenas, dando-se apenas o cunho de apoio das famílias carentes. Fazendo-se uma avaliação precisa das declarações recolhidas, pode se inferir que a presença de uma criança na família com problemas de desnutrição, funciona como uma condição para que o agregado reuna os requisitos para beneficiar de apoios do Governo, mormente a facilidade de obter os nutrientes para a reabilitação física das crianças.

Este posicionamento contraria os objectivos do PRN, pois as famílias mantêm a criança desnutrida em casa, não observam todas as recomendações emanadas no quadro do Programa e ficam sempre expectantes em voltar à unidade sanitária com o intuito de reforçar o *stock*, visto como apoio das autoridades hospitalares. E, como resultado, não se observa qualquer desenvolvimento corporal da criança em tratamento, as crianças tornam-se residentes nas unidades sanitárias, cria-se um esforço maior para as autoridades pois, regra geral, as mesmas crianças em tratamento ficam longos períodos nas unidades sanitárias criando ruptura de *stock* previsto.

Ao que fica subjacente do posicionamento das mães ou cuidadoras das crianças, apenas se leva a criança ao hospital para se examinar sobre outras possíveis enfermidades, e não necessariamente o problema da desnutrição, uma vez que acreditam que o estado físico e nutricional da mesma é motivado por outras razões de caráter tradicional, daí que o seu tratamento só é possível na linha tradicional e não na medicina convencional.

No quadro do PRN, estima-se que uma criança em tratamento de desnutrição em ambulatório tenha um máximo de seis (6) visitas hospitalares quinzenais ou semanais, dependendo do estado nutricional da criança, sendo que findo este período espera-se que a mesma tenha alta e esteja reabilitada com 85% do peso ideal, podendo assim abrir espaço para que outras crianças sejam abrangidas pelo programa.

Abordando sobre o tratamento da desnutrição em ambulatório, Goulart et al. (2007) referem que para as crianças em tratamento no ambulatório e no domicílio,como foi o caso das crianças estudadas, o departamento de nutrição preconiza recuperação nutricional entre dois (2-3) e três meses, desde que se consiga repassar efectivas orientações as mães e dar-lhes apoio e supervisão directa.

No mesmo âmbito, e é importante aqui referir, em parte, a aparente ineficácia da implementação do PRN não é motivadaapenas por falta de educação comunitária, o fato de que só a compreensão mental e racional das orientações não é suficiente para eficácia do programa. Porem de acordo com dados apurados no campo, a xilala não é reconhecida como desnutrição pois seriam doenças de ordens diferentes não podendo ser tratada com suplementos.Por isso, Gazzinelli et al (2005) reitera que a Educação em Saúde deve se processar por meio da transferência de saber instituído e redefinição de valores numa direção pré-definida. A mesma autora, enaltece que no horizonte de pensar uma intervenção em Educação e Saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, e devem ser entendidas como noções com modos de pensamento construídos ao longo das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados pela experiência comum, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir na vida cotidiana dessas comunidades.

Debrusando sobre a matéria de desnutrição. Por isso, FANTA & MISAU (2016), referem que a Educação Nutricional das mães e dos cuidadores é parte integrante da recuperação da criança, facto que não se materializa nas comunidades estudadas. Neste contexto, tendo em conta a realidade vivenciada no terreno, constata-se que uma forma mais adequada para lograr o sucesso desejado no PRN seria privilegiar a realização de sessões de palestras com as mães e cuidadores das crianças, aproveitando a sua aproximação nos centros de saúde.

Por esta via, seria interessante que os coordenadores do PRN tomassem as acções de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo os que estão directamente ligados ao programa, para privilegiar uma interação directa com as mães, antes de se avançar para a distribuição de suplementos nutricionais.

O resultado imediato da falta de informação é aadministração inadequada que as mães e cuidadoras de crianças tomam com os produtos recebidos, ainda que reconheçam a importância dos suplementos, como se pode ver de alguns trechos abaixo.

> "*Penso que é muito importante o hospital nos ajudar em dar papinha a criança, porque também ajuda a toda família lá em casa, até estou preocupada porque marcam para vir*

levantar outra papinha depois de 15 dias e esse tempo e muito nos nem acabamos uma semana com a papinha porque todo de casa gostam".

"*É importante sim porque mata a fome das minhas crianças e dá para ver que e comida forte deve ter boas vitaminas porque as crianças desde que começaram a comer ficam bonitos*".

"*É importante sim porque ajuda na alimentação das crianças e mata fome por muito tempo*".

''É importante sim porque mata a fome, ajuda a família nas despesas".

"*São importantes porque tiram a fome das crianças, fazem a pele da criança ficar bonita, vi o outro irmão logo que começou a comer em poucos dias começou a mudar*".

Nos pronunciamentos acima é possível constatar uma posição de relevo quanto à importância dos suplementos, ou seja, considera-se relevante receber os suplementos nutricionais. Todavia, tal como foi mencionado, os suplementos são vistos meramente como meio auxiliar para alimentação na família. Por isso, a totalidade dos entrevistados consideraram ser importante que se continue com a acção de distribuição das saquetas de ATPU, pois funciona como elemento de apoio à cesta básica das famílias; consideram mesmo que os suplementos até funcionam para a melhoria da dieta alimentar.

É importante, contudo, salientar que os respondentes não olham para a importância dos suplementos do ponto de vista terapêutico, como era de esperar, mas sim como alimentos alternativos para suprir situações de crise. Com efeito, da análise feita aos pronunciamentos daqueles respondentes infere-se que os suplementos nutricionais são valorizados como concorrentes para as poupanças económicas que daí advém, demonstrando-se claramente a dependência de toda a família em relação aos suplementos. Aliás, foi por unanimidade que os respondentes afirmaram que até os mais velhos do agregado procuram alimentar-se destes nutrientes.

Nesta perspectiva, fazendo uma avaliação em relação aos efeitos dos suplementos no tratamento da desnutrição, percebe-se logo a razão da sua ineficácia, pois a sua concepção visa auxiliar a satisfação das necessidades nutricionais em 60% na pessoa desnutrida. Como confere Alves (2000), os suplementos alimentares surgiram por volta dos meados do séc. XX, destinadas às pessoas que não conseguiam suprir as suas necessidades somente com a alimentação. No seu estudo constatou que o uso dos suplementos trazia benefícios na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, com isso houve

uma grande procura por academias e outros espaços de debate sobre a matéria, tendo ganho seu ápice nos anos 80.

3.5 INFORMAÇÃO SOBRE (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

No quadro da segurança alimentar, como se fez referência ao longo deste trabalho, o Governo de Moçambique coloca a Agricultura no centro das suas prioridades. Neste domínio, quando da realização do trabalho do campo foi prioridade também procurar saber qual era a situação das comunidades em análise quanto à provisão de produtos alimentares.

Como corolário das conversas mantidas e constatações feitas no terreno, os inquiridos mostraram que tinham conhecimento da sua responsabilidade no processo de provisão dos mantimentos das respectivas famílias, apontando a produção agrícola como a principal fonte de aquisição dos produtos. Como se pode ver dos pronunciamentos abaixo, foram enumerados uma série de produtos alimentares básicos que sustentam as refeições diárias das comunidades em análise nesta pesquisa.

> "*Milho, batata doce, mandioca, peixe, algumas aves e carnes de Caça,feijão nhemba quando é época, quiabo, nhagana, matapa, cacana.Essas coisas só temos quando há chuva, quando não há,não tem nada*".
>
> "*Milho, todo tipo de verduras, arroz, amendoim, feijão nhema, é possivel tambem ter peixe tirado do rio, temos também galinhas*".
>
> "*Arroz, verduras, mandioca, milho, quiabo piripiri, feijão nhemba, amendoim*".
>
> "*Milho, arroz, todas as verduras, isso temos quando e época*".
>
> "*Mandioca, batata doce, todo tipo de verduras, milho, feijão nhemba, arroz, mas cada coisa tem sua época, temos quando é sua época e quando não morrem com seca e agua da chuva*".

Como se pode aferir dos dados acima transcritos, praticamente todos os produtos apontados são localmente produzidos, alguns dos quais com um poder nutritivo bastante forte. Porém, dadas as características do país, a produção daqueles alimentos não tem tido uma resposta do desejável para as necessidades alimentares das comunidades.

De facto, no seu todo, Moçambique é um país cuja economia depende da agricultura, contudo, esta actividade por sua vez é altamente dependente das

condições climatéricas para a sua prática. Aliás, o PMA (2010) afere mesmo que Moçambique é o terceiro país mais afectado na África por riscos relacionados a alterações climáticas, por conseguinte torna o país particularmente vulnerável em termos de insegurança alimentar.Com efeito, há um aspecto importante a ressaltar que se relaciona com as calamidades naturais. É comum as populações apresentarem porções de terra cultivadas e com plantas devidamente projectadas, mas devido às emergências do tipo cheias e estiagem essas culturas acabam sucumbindo, acometendo as comunidades a bolsas de fome, como podem documentar algumas das imagens anexas a este estudo.

Tal como referiram os participantes do estudo, nem todos os produtos listados como sendo de produção local estão efectivamente assegurados e disponíveis para responder à situação da segurança alimentar nas comunidades, porquanto a produção de cada um dos produtos tem uma época específica. A título de exemplo, o arroz, o milho, a verdura (sobreduto a hortaliça que produz o feijão nhemba) e o próprio feijão nhemba, produtos básicos de cultivo local, são alimentos cuja época de sementeira acontece a partir dos meses de Setembro/Outubro, terminando a época em Dezembro de cada época agrícola.

Na verdade, por estas alturas, apenas poucas zonas no país registram precipitação razoável para a sementeira e, mesmo quando a precipitação registra níveis aceitáveis para o efeito, poucas são as circunstâncias em que durante a germinação e o crescimento das sementes é acompanhado por queda das chuvas regulares, resultando na maior parte dos casos em perda da produção.

É importante sublinhar que tomando em consideração as condições sócioeconómica das comunidades em análise, tal como descrito anteriomente, nas épocas em que as condições climatéricas favovorecem e, por conseguinte, propicia um nível de produtividade relativamente aceitáveis, as comunidade locais recorrem a técnicas tradicionais para a conservação dos seus excedentes, como forma de salvaguardar as necessidades alimentares dos seus agregados em tempos de crise, que na verdade são frequentemente vivenciados. Por exemplo, produtos como milho, feijão nhemba, o amendoim, o peixe (quando

possível), bem como a própria nhangana[27], passam por um processo de secura por forma a durar o tempo necessário em conservado em condições apropriadas para o consumo.

Relativamente a outros produtos como batata doce, a mandioca, a cacana, o quiabo e algumas vezes o gergelim, são alimentos cuja produção acontece a tempo certo. Neste caso, impreterivelmente devem acontecer quando da queda regular das chuvas, sendo também o seu consumo feito de forma imediata, o que não favorece a sua conservação por longo período. Portanto, estes produtos dificilmente podem ser inclusos no cardápio diário das comunidades, sobretudo tendo em conta que também a sua administração deve acontecer de forma intercalada com outros tipos de alimentos.

Conforme explicação dos participantes, naquelas comunidades o consumo de carne é demasiadamente reduzido, pois por um lado, dificilmente se pode pensar na carne de caça, uma vez que a sua aquisição implica empreender custos elevados, tendo em conta que não existe no distrito zonas criadas especificamente para a actividade da caça. Por outro, o consumo de carne de aves também se afigura difícil, tendo em conta que as comunidades em causa não reunem condições para assegurar a criação de frangos, sendo que as poucas galinhas identificáveis nas comunidades são do tipo cafrial, com um nível de produção bastante baixo. Na verdade, neste tipo de galinhas, as comunidades não empreendem qualquer esforço uma vez que as galinhas vivem ao ar livre e têm auto-alimentação[28].

Como se pode depreender, o nível da gestão do cardápio daquelas comunidades torna-se bastante debilitado, fazendo com que as necessidades básicas da alimentação dos agregados não sejam decisivamente satisfeitas, contrariando, por um lado aquilo que são desígnios do Governo ao colocar a Agricultura como a base de alimentação das famílias. Aliás, e no entanto,o

[27]Hortaliça de feijão, ou por outra, um tipo de verdura que cresce em forma de rama e que após o seu crescimento dá como fruto o chamado feijão *nhemba*.

[28] Consideram-se cafriais porque geralmente dormem nas árvores em redor das residências ou noutros locais na casa e, logo pela manhã, saem recorrendo à rapina para procurar alguns alimentos para encerem o seu papo, onde se podem contar também os insectos como alimentos das galinhas em causa. O que, naturalmente, não implica a intervenção dos residentes locais na alimentação e/ou criação destas galinhas.

Governo reconhece que as populações têm direito à uma alimentação adequada e o seu papel de prover esta alimentação, conforme orientado pela FAO(2008) no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional. Por outro, as lacunas descritas acima colocam em risco o alcance dos objectivos do PAMRDC no que tange à alimentacão adequada e equilibrada da pessoa, especialmente porque advoga a redução da desnutrição crónica em menores de 5 anos, de 44% em 2008 até 30% em 2015 e 20% em 2020.

Olhando para os factos descritos acima, no quadro do ciclo de alimentação das famílias contactadas, como consequência imediata da falta de alimentos, confira-se os relatos seguintes em termos de número de refeições por dia.

No Resto do Agregado:

"*2– 3 vezes ao dia dependendo da quantidade de alimentos que temos*".
"*2 vezes por dia*".
"*2- 3 vezes depende; quando há comemos 3 vezes*".
"*2 vezes por dia, quando voltamos da machamba e no jantar*".

Nas Crianças:

"*Come 3-4 vezes, xiquento[29], chá[30], papinha do hospital e a comida da família*".
"*2– 3 vezes, dou papinha do hospital, xiquento, e o que nós comemos, as vezes chá*".
"*3 vezes, come papa de hospital 2vezes e comida que nos comemos*".
"3 vezes (papas, sopas e comida da família)".
"*3 vezes, come papinha do hospital de manhã e à tarde e à noite come o que nós comemos*".

Os relatos extraídos apontam para um número de refeições aquém do recomendado para uma alimentação adequada numa pessoa normal. Na verdade, MISAU (2014) refere que para se considerar uma alimentação adequada, a pessoa deve passar entre 5 a 6 refeições por dia.

Ora, tendo em conta os dados extraídos, ainda que se reconheça o facto de os residentes daquelas comunidades eminentemente rurais terem uma vida campesina, no mínimo a média de refeições devia ser em número de 3, ou seja,

[29]Xiquentoé comida do dia anterior que foi consumida no jantar e restou, e no dia seguinte demanha ela e aquecida e consumida aquela hora.

[30] O chá para aquelas comunidades é considerado como refeição na verdade funciona como almoço da família porque ela e feita a partir das 12h da tarde.

a refeição da manhã, da tarde e da noite, algo que não foi largamente referido pelos participantes.

Numa situação de desnutrição, como é o caso em reflexão neste estudo, e tendo em atenção os números das refeições indicados para as crianças, muito aquém ainda se afigura estar o comportamento alimentar naquelas comunidades.Com efeito, como que demonstrando o desequilíbrio alimentar a que as crianças estão acometidas, FANTA (2011) começa por confirmar que por regra, crianças doentes têm a tendência de comer muito pouco. Neste contexto, o ideal é fraccionar a sua alimentação em pequenas quantidades, sobretudo o ATPU, estimulando-as a comer frequentemente incluindo o período da noite, num número de oito refeições por dia.

Como se pode observar dos dados, nem a primeira muito menos esta segunda norma em pouco se cumprem, justificando-se esta situação pelo fraco poder aquisitivo que os participantes apresentaram. Por esta via, ainda que se tenha demonstrado neste estudo que as estruturas sanitárias fazem todo o esforço para a distribuição de suplementos nutricionais, o facto é que o efeito que se espera no quadro da reabilitação física e nutricional das crianças dificilmente vai surtir na proporção desejada. Consequentemente, a bolsa estipulada pelos serviços nacionais de saúde fica sufocada reduzindo assim a atenção que se tem em relação ao despiste da nutrição.

Um dos aspectos bastante importante no quadro da reabilitação nutricional está relacionado com o modo de preparo dos alimentos. Por isso, ao longo do trabalho de campo e, apesar das dificuldades que os participantes foram apresentando, foi intenção procurar entender como preparavam os alimentos que lhes eram disponíveis.A seguir alistam-se alguns trechos que resultaram das conversas com os participantes do estudo.

“Utilizamos tudo que a natureza nos oferece e o que tem disponível nessa época, conforme vê, temos a nossa lenha que não compramos, usamos, e gosto de comida de amendoim”.

> *“Preparo de acordo com o que tem nesse dia, cozinhamos com lenha ou carvão temos o hábito de fazer svhitsacatos[31] porque não gosto de muito amendoim, nem de óleo, com xima ou arroz”.*

[31]Refere-se a um tipo de comida que se prepara com muito pouco amendoim.

“Preparao de acordo com todos os ingredientes disponíveis, usando todas as regras que fui ensinada com a minh avo”.

“Uso o que tenho em casa ou o que consigo comprar, preparo como fui ensinada desde criança com os meus pais e avós”.

Subentende-se dos extractos acima que não se vislumbra uma indicação uniformizada muito menos padronizada na forma de confeccionação da comida, sobretudo em razão da (in)disponibilidade dos produtos alimentares. Outro aspecto a considerar nas respostas obtidas prende-se com o rigor da cozinha tradicional que as confeccionárias foram indicando, pois, a preocupação primária é a cozedura dos produtos disponíveis apenas para a sua alimentação, facto em que não se observa qualquer tipo de especificidade dos potenciais beneficiários das refeições preparadas. Portanto, ao que se percebeu, a preparação dos alimentos decorre de acordo com os ensinamentos que vão sendo adquiridos de tempos em tempos, obedecendo o rigor da aprendizagem.

Santilli (2015), falando especificamente sobre a gastronomia, considera que esta é definida e reconhecida pela UNESCO como um modelo cultural abrangenteque compreende a agricultura, práticas rituais e celebrações, costumes, habilidades e técnicas culinárias tradicionais, e que envolvem a participação colectiva em toda a cadeia alimentar, desde o plantio e a colheita dos alimentos até o seu preparo e consumo. Ou seja, no quadro de toda a cadeia de projecção da gastronomia, existem ideias claras do que se deve fazer do princípio até ao fim do processo de prepação dos alimentos que vão sustentar os agregados.

Por isso, abordando ainda sobre a matéria, Santilli (2015) argumenta que a cultura alimentar tem sido compreendida como sendo o conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas que estão associadas à alimentação e são compartilhadas pelos indivíduos de uma dada cultura ou de um grupo social determinado. Neste contexto, as mães responsáveis pela confecção dos alimentos apenas se vergam às práticas aprendidas ou seguindo um determinado legado familiar no processo.

Por exemplo, tendo em conta que são mães ou cuidadoras das crianças com desnutrição, seria de esperar que no seu dia-a-dia entendessem a necessidade de diferenciar a sua forma de estar quanto ao modo de preparação das refeições, se atendermos às necessidades específicas das crianças com

desnutrição.Santilli (2015) considera que “os produtos alimentares bem como os objectos e conhecimentos usados na produção, transformação (preparação) e consumo de alimentos têm sido identificados como objectos culturais portadores da história e da identidade de um grupo social”.

Ademais, no quadro dos poucos produtos providos e disponíveis nas respectivas comunidades, e reconhecendo-se o facto de possuirem crianças com problemas de saúde de índole alimentar, seria importante as cuidadoras entenderem que a forma de cozedura de determinados alimentos deveria merecer um tratamento especial para assegurar que as crianças consumam os produtos com as proteínas ou vitaminas aconselháveis à sua situação nutricional.

A título de exemplo, foi intencionalmente questionado como é que tratam a batata doce, sabendo-se que este tubérculo transporta consigo uma carga nutricional bastante elevada, para além da tipologia deste tuberculo (batata-doce de cor branca e de polpa alaranjada) exigir igualmente um tratamento diferenciado.

Em resposta, os participantes apontaram basicamente uma forma de preparação, designadamente a cozedura. É importante salientar contudo, que esta forma de preparação transporta consigo algumas desvantagens do ponto de vista da conservação das vitaminas contidas na batata-doce, sobretudo na batata-doce de polpa alaranjada, com destaque para a vitamina A. Como se sabe, durante o momento da fervura, algumas vitaminas são desperdiçadas pois evaporam e, para o momento de consumir a polpa, muitas vezes, recorre-se à retirada da casca superior (descasque), o que reduz o poder nutritivo.

Por esta via, avança-se como outra forma de preparação a fritura. As literaturas apontam que esta forma de preparação da BDPA é a mais recomendada uma vez que ao se fritar a batata há maior conservação e concentração dos nutrientes facultando, assim, aumento da absorção do betacaroteno pelo organismo. (Low et al, 2000).

Um estudo realizado na Ásia, por exemplo, mostrou que a biodisponibilidade de β-carotêno na batata-doce de polpa alaranjada é maior em batata-doce crua do que em batata-doce frita, no entanto, a biodispondibilidade em batata-doce de polpa alaranjada frita era 2 vezes melhor do que em BDPA cozida ou assada, (Low et al, 2000).

Contudo, estas pequenas práticas de confecção pouco foram referenciadas nas respostas dos participantes do estudo, facto que colocaria em exposição a criança a uma alimentação que pudesse responder à sua situação nutricional.

Mas polo fato de o consumo de batata doce de polpa alaranjada nao ser uma cultura tradicional, ele começou a ser incentivado o seu cultivo e consumo, através do Ministério da Agricultura e da Saúde como forma de responder a deficiência de vitamina A no país, apesar das inúmeras vantagens nutricionais que a batata possui e poder ser preparada de diferentes formas as comunidades nao prevelegiam o seu consumo.

Como alternativa à sua condição reduzida de alimentação, os participantes do estudo apresentaram como meio auxiliar à prática de agricultura para a aquisição dos produtos as seguintes situações:

"Compramos quando há dinheiro".

"Compramos ou pedimos emprestado aos amigos que tem, ou fazemos a troca".

"Vendemos alguns pertences e de ajuda de familiares mais próximos como irmão".

"Dependo da ajuda de alguns familiares, vendo alguns pertences para ter algum dinheiro para ver se consigo por comida na mesa".

"Dependemos da oferta de pessoas de boa vontade, as vezes vendo cabrito ou galinhas quando tenho, ou corto um talhão vendo para poder ter dinheiro".

"Pedimos emprestado aos que tem ou ficamos à espera de pessoas de boa vontade, e na última instância vendo alguns pertences que tenham algum valor".

"Dormimos com fome, ou dependemos de ajuda de outros familiares, sabe nem! Não é possível alguém te dar comida todos os dias se também tem a sua família para cuidar".

Relativamente a esta componente, como se pode perceber das respostas dos inquiridos, fica claro o reconhecimento de que a única forma possível e alternativa de aquisição de produtos que não se consegue por via de cultivo é a compra. Entretanto, como ficou demonstrado no início do presente capítulo, trata-se comunidades que vivem com menos de um dólar por dia, o que significa entrar numa situação atípica da sua vida.

Aliás, olhando para as respostas fornecidas, fica notória a ideia de sujeição face à sua situação económica e a dependência a que os agregados entram, passando por momentos em que para se ultrapassar uma determinada necessidade torna-se imperioso a venda de alguns bens da família.

É assim que o SETSAN no seu estudo realizado em 2016, constatou que os agregados familiares das comunidades moçambicanas, incluindo as comunidades em referência neste estudo, dadas as dificuldades que experimentam no processo de aquisição dos produtos alimentares, são sujeitos a adoptar algumas estratégias de sobrevivência, como são os casos de redução do consumo alimentar nos adultos em benefício das crianças, a venda de alguns bens em sua posse, às vezes levando à perda de todos os seus pertences, que por sinal levaram muito tempo a conquistar (SETSAN,2016).

Contudo, a situação continua longe de estar resolvida, uma vez que findo determinado período e, reconhecendo que os valores monetários obtidos com a venda dos seus bens não foi aplicado em qualquer projecto com retorno, as necessidades de aquisição de comida acrescem, colocando em risco de exposição à desnutrição todo o agregado, mas com particular ênfase para as crianças menores.

De facto, tendo em conta o aspecto físico-emocional dos entrevistados, ficou subjacente uma vida muitosofrida, visível no semblante das participantes, que levou a se questionar sobre a sua posição em caso de crise acentuada. As respostas que se seguem, quando questionados se a provisão e consumo de comida teria diminuido ou se se sentiam aflitos face à situação, denotam um ambiente desolador que em nada abona ao sucesso nem do PRN nem do PAMRDC, conforme se pode conferir.

> *"Sim, e como diminuiu, porque as cheias nos fizeram perder grande parte das culturas, outras que tiramos ainda não estavam prontos para serem colhidos por isso não rendemos quase nada, quase todos da comunidade perdemos tudo".*
> *"Sim, muitas vezes, sobretudo agora que todo o distrito perdeu tudo por causa das cheias, isso ja virou moda quase sempre vivemos essa aflição, agora por causa das cheias, na época passada foi por causa das secas, acho que já é o tal fim do mundo minha filha! Já não sabemos como viver porque deus já nos abandonou"!*
>
> *"Sim quase sempre, agora piorou porque tudo o que tínhamos na machamba foi levado pelas aguas de chuva".*
>
> *"Sim, várias vezes, agora nem digo virei criança vivo de dependência total, não tenho nada na minha machamba tudo que cultivei foi com as cheias".*

Como se pode aferir daqueles trechos, grande parte da situação de pobreza é justificada pelas calamidades que assolam frequentemente o país, mormente as cheias e a seca. Aliás, o próprio Instituto Nacional de Gestão das

Calamidades Naturais (INGC[32]), num relatório publicado em 2017 a nível do Conselho de Ministros, reconhece que país é sazonalmente atingido por cheias, fenómeno justificado pela sua localização geográfica, à jusante da maioria das bacias hidrográficas da África Austral, o que tem deixado milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar no país.

Por isso,dada a situação de emergência em que se encontra maior parte da população, o Governo através daquele Instituto, desenhou um Plano de Acção, juntamente com os parceiros de cooperação para assegurar a assistência das vítimas das calamidades naturais no país, incluindo cheias e secas. O plano em referência consistia na identificação de locais seguros para a acomodação, fazer o registo dos afectados com base nas fichas, programação do resgate, garantir a aquisição de alimentos, assistência ao saneamento do meio e prestação de cuidados básicos de saúde.

Fazendo uma avaliação cuidadosa do plano, pode-se inferir que do ponto de vista macro, contudo a sua materialização parece aquém das reais necessidades vividas pela população carenciada. É importante, contudo, enaltecer que o Governo tem desenvolvido trabalho de relevo no domínio da assistência às vítimas das calamidades, mas tal intervenção acontece de forma directa no momento de pico de determinada emergência, ou no momento de cheias abundantes ou no momento de alta estiagem, findos os quais, não se tem verificado um plano de assistência contínua nas comunidades carenciadas.

Neste contexto, tendo em consideração a acção coordenativa do INGC, e de acordo com o plasmado pelo SETSAN, o papel do Governo central (formal) seria efectivo se se mantivesse uma conexão com os governos informais – que seriam entidades que junto das comunidades necessitadas estivessem credenciadas para a monitoria e reportagem das prioridades nessas comunidades. Ou seja, o INGC, dada a sua área de actuação, deveria ser a entidade de interligação entre a comunidade e o governo, montando no terreno indivíduos capazes de influenciar a definição de políticas que concorressem para uma assistência adequada aos carenciados.

[32]O INGC é vocacionado a quatro áreas principais de actuação, designadamente: a coordenação das acções de prevenção e mitigação de desastres; Coordenação de desenvolvimento das zonas áridas e semi-áridas; Coordenação das acções de emergência e Coordenação das acções de reconstrução pós-calamidades.

Face à situação de desnutrição, que por sinal constitui uma das grandes preocupações em zonas de reassentamento, o Programa de Reabilitação Nutricional – PRN- orienta que as famílias que albergam crianças em desnutrição devem receber uma cesta básica. No entanto, conforme o PAMRDC, esta constitui um peso financeiro ao Estado, pois os custos da desnutrição crónica foram estimados em 110 milhões de dólares anuais em 2004 e, este valor pode estar muito aquém dos custos reais. Na verdade, em alguns círculos, estima-se que em Moçambique as perdas de produtividade estão na ordem de 2 a 3% do produto interno produto, ou seja, entre 300 a 500 milhões anuais. Por isso, o Programa acrescenta que há necessidade de se desenvolver um pacote de intervenções que complementem as acções contidas noutros planos e estratégias relevantes, tais como a Estratégias da Segurança Alimentar e Nutricional. Esta seria a forma mais cabível de assegurar que as estratégias contínuas de segurança alimentar e nutricional nos agregados familiares fossem efectivamente materializadas.

Como consequência, todo o desiderato do Governo acaba por não surtir o efeito desejado. Pois, regularmente são reportados casos em que mesmo após os resgates e reassentamentos das populações que tenham sido afectadas pelas calamidades, verifica-se um regresso massivo às regiões de risco, como por exemplo nas planícies e zonas ribeirinhas, com o intuito único de encontrar terras aráveis para a agricultura, uma vez que a assistência governamental cessa logo que a situação crítica termina, ou seja, não acontece a necessária assistência contínua das comunidades reassentadas, ainda que tal fosse em quantidades redimensionadas de produtos.

Sublinhe-se por outro lado que, a par da falta de provisão da cesta básica às famílias carenciadas, o que se constatou no campo de estudo como fracasso no quadro da assistência às crianças desnutridas foi a ruptura do *stock*de MAE[33], resumindo-se a suplementação nutricional ao ATPU. Outrossim e, como factor concorrente para o fracasso da reabilitação das crianças desnutridas, constatou-se o uso de formulas terapéuticas (F100 e F75), que embora sejam suplementos nutricionais, o facto é que o protocolo do PRN recomenda seu uso em exclusivo

[33]Houve falta de suplento num certo período da colheita de dados no campo, nesse caso que era o MAE que e a mestura alimentícia enriquecida

no internamento. Ora, aliado ao fraco grau de intercomunicação entre os profissionais de saúde e as mães cuidadoras das crianças que procuram os serviços de saúde, a administração daqueles suplementos constitui uma violação da norma do funcionamento do Protocolo. Contudo, é importante frisar que esta falha começa do nível central, pois vezes sem conta têm-se incinerado medicamentos do PRN (suplementos), por serem considerados estar próximos de expirar o prazo.

Neste contexto, parece irreversível que os resultados do PRN no seu todo não sejam satisfatórios. De acordo com o PAMRDC a falta de resultados satisfatórios relativos à desnutrição crónica tem implicação não apenas no comprometimento do desenvolvimento sócio-económico, mas também representa uma falha por não fazer valer progressivamente os direitos humanos dos moçambicanos, especialmente o Direito Humano à Alimentação Adequada e o Direito à Saúde.

3.6 SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR NA VISÃO DOS PARTICIPANTES DE REFERÊNCIA CULTURAL EM MOÇAMBIQUE

Como forma de traduzir o pensamento tradicional ao estudo, procurou-se extrair o entendimento de participantes cujo extracto social é visto como referência no seio das comunidades estudadas.

Refira-se de passagem que esta referência cultural, ao que foi possível constatar, deve-se à posição que tomam em torno da atenção primária que dão aos residentes daquelas comunidades, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de saúde.

Com efeito, foi intenção do estudo perceber dos participantes qual era a sua inclinação no cuidado de saúde que providenciam às comunidades, ao que ressaltou nos trechos que abaixo se resumem.

"Xilala[34], ximofana[35], wethi[36], nhocana[37], disco[38], xireve[39], kuloia[40], maus espíritos, dzedzedze[41], kuvuielela[42], nkolhola de kutxinga[43], xiphuva[44]".

"Wuloi, xilala, dzedzedze, tose do kutxinga, xipandza, disco, xireve, kuvuielela, maus espíritos, phipilapila[45], nkolhola, chequeta[46], kutsamiwa[47], wethi".

"Trato xilala, xiphuva, kuvuielela, nkolholo, wtheti, nhocana, nombo, Xireve, guisua[48], phitselua[49], muna[50], xitsinana[51], maloi, maus espíritos".

Como se pode vislumbrar, nota-se muita similaridade em termos do tipo de doenças que afirmaram saber tratar, sendo que *Xilala* (desnutrição), o foco desta pesquisa constitui para todos a sua atenção básica. A interpretação que se pode dar sobre este facto é que em qualquer nascimento que se registra na comunidade, ocorre uma espécie de obrigação que a família procure por um

[34]Nome dado a desnutrição pelas comunidades estudadas, doença que so acomete as crianças.

[35]Nome da doença dado a hidrocefalia.

[36] Atribui-se a alguma turbulência que se regista em determinado período na criança. Algo igual a epilepsia.

[37] Parasita intestinal.

[38] Nome tradicional atribuída a hidrocefalia.

[39] Ato de feitiçaria, abdomen distendido/ aumento de tamanho de fígado.

[40] Feitiçaria, bruxaria.

[41] Malária/ febres dores de articulações.

[42] Vômitos.

[43] .Tuberculose provocado por incuprimento de ato de purificação da família após uma morte na família, que consiste em a viúva manter relações sexuais com um cunhado, irmão do falecido esposo

[44]Nome atribuído a asma.

[45]Feitiço procurado nos curandeiros para enriquecer.

[46]Dores ao urinar.

[47] Doença que surge na mulher em idade fértil que pode a impedir de ter filhos caso não seja tratada tradicionalmente por um curandeiro.

[48] Comida supersticiosa que o indivíduo come ser ver sem se aperceber e provoca mal-estar ao corpo.

[49]Algo administrado de feitiçaria que so pode sr visto e diagnosticado pelo curandeiro.

[50]Nome atribuída a libertação de leite durante as ultimas semanas da gestação, por ser libertação precoce e donominada como doença que deve ser tratado pelo curandeiro.

[51] Nome atribuído ao sarampo.

membro de referência cultural na zona, de modo a submenter a sua criança ao tratamentode qualquer uma das doenças que referiram saber tratar.

Aliás, houve mesmo pronunciamentos de que torna-se hábito na zona levar a criança recém-nascida para um tratamento de carácter preventivo sobre as várias doenças que se acredita serem recorrentes na zona, com destaque para *xilala*.

No seguimento, procurou-se perceber o que causa as várias doenças com que padecem as crianças, sobretudo no que diz respeito à desnutrição. Em resposta, apresentaram os elementos elencados abaixo:

> *"Pode acontecer quando a mãe da criança não cumpri com alguns rituais tradicionais como por ex: kudjambela[52], ou não seguimento de tratamento tradicional quando ocorre okukweva[53], também pode acontecer por causa de kutsamiwa[54] da mãe, feitiço, maus espíritos e não ter feito o kutsivelela[55] antecipadamente".*
>
> *"Pode ter como origem, kudjambela, não comprimento de alguns rituais tradicionais como kutsivelela, feitiçaria, maus espíritos, kukweva, Tumbuluco problemas familiares partindo dos seus antepassados".*
>
> *"Pode ser ter como causa, falta de cumprimento de alguns rituais e normas, da parte da mãe durante a graves, pode ser feitiçaria, kudjambela, Kukweva, kutsamiwa, maus espíritos".*

Como se pode depreender, no que tange às causas que se indicam para a ocorrência da desnutrição, os resultados do campo de estudo evocam elementos de índole sócio-cultural, com carácter tradicional, relegando-se ao segundo ou terceiro planos o facto de a desnutrição ter origem na carência alimentar que as comunidades experimentam, o que se fortaleceria no rigor da ementa ou cardápio familiar.

Aliás, é importantereferir que no seio do grupo alvo estudado, a desnutrição nem sequer é vista como uma doença cujo tratamento careça de

---

[52] Concepção de uma nova gravidez antes de idade de desmame, ou seja, antes de a outra criança atingir 1 ou 2anos.

[53] Inalação de secreções do bebé durante o parto.

[54] Doença que surge na mulher em idade fértil que pode a impedir de ter filhos caso não seja tratada tradicionalmente por um curandeiro.

[55] Ato meramente preventivo que consiste em usar capim, amendoim, pelos de animais e outras plantas medicinais, colocados em nua cova e em fogo onde o recém-nascido deve ser atirado no meio da fumaça para o outo lado da cova.

intervenção de serviços médicos ou hospitalares, mas que seja uma situação de intervenção meramente tradicional.

Para Garnelo& Wright (2001) práticas sociais e representações geradas pela cosmologia produzem elementos cognitivos que orientam a ação dos sujeitos onde estas ações comportampráticas sociais orientadas pela tradição, capazes de redimensionar a produção mítica que opera como estruturante no grupo.

Por isso, como avança Gewehr et al.(2017) na história da humanidade, sempre existiram associadas práticas ritualísticas fortemente carregadas de aspectos simbólicos em que o adoecimento e a cura estão presente, e ao quebrar esses rituais simbólicos pode acarretar o aparecimento de uma enfermidade, sobre isso estando ligada a superstição e a magia do homem curador das enfermidades.

Na verdade, os participantes de referência cultural naquelas comunidades indicaram, comumente, que *Xilala* (desnutrição) é a doença que surge na criança quando a mãe desta não cumpre com alguns rituais tradicionais, ou que não cumpre com algum tratamento tradicional logo após a nascença do bebé, feitiço ou maus espíritos, conforme foi se mencionando.

Para o efeito, apontam por exemplo um fenómeno localmente conhecido por *kudjambela*, que pode significar antecipar o processo de concepção dum bebé prematuro ou precipitadamente, após o aparecimento de um outro bebé. Naquelas comunidades, acredita-se que a criança recém-nascida que lhe é seguida por uma gestação feita prematuramente, impreterivelmente irá manifestar o *xilala*, independentemente de lhe ser ou não definida uma alimentação específica.

Outra causa que se aponta designa-se por *kukweva*, que pode equivaler à situação em que o feto (bebe) inala as secreções durante o trabalho do parto. Para aquela comunidade, o desenvolvimento retardado que o bebé for manifestando ao longo do seu crescimento é somente imputado àquele momento descrito.

Um outro elemento apontado tem a ver com os maus espíritos que se acredita poder se manifestar em crianças, tendo em conta o seu grau de desenvolvimento. Para aqueles participantes de referência, quando a criança regista um crescimento retardado, com sequelas de má nutrição, interpreta-se

como sendo a manifestação de maus espíritos familiares, que por um lado pode ser exigência de algum familiar falecido (defunto) exigindo que aquela criança deveria ter recebido o seu nome e não o nome pelo qual responde. Esta situação alia-se também a um outra causa que se aponta para a ocorrência de *xilala* (desnutrição), que é o feitiço.

Sendo comunidades eminentemente tradicionais, a prática de feitiçaria constitui um fenómeno socialmente aceito, pois acredita-se que o sucesso ou o insucesso de uma determinada família é devido à insatisfação de uma outra família. Neste contexto, acredita-se que as principais formas de manifestação da feitiçaria no seio de determinada família visualizam-se através do crescimento retardado da criança, assumindo-se que só com uma intervenção tradicional se torna possível o tratamento de tal situação.

Num outro depoimento, aponta-se como causa a falta de uma prática preventiva do *xilala* designado de *kutsivelela,* que consiste em expor a criança recém-nascida numa fumaça, preparada com todos os condimentos tradicionais para o efeito, como sejam; pelos de animais, amendoim em casca, determinadas raízes, entre outros, que ao se juntar com capim e determinado medicamento tradicional se queima criando uma fumaça forte.

Neste acto, a mãe é sujeita a fazer atravessar o seu bebé recém-nascido por meio desta fumaça, de um lado para o outro, sendo que a criança ao cair do outro lado, e para se aferir o sucesso do tratamento, esta deve impreterivelmente fazer xixi, pois, caso não faça, impõe-se que o acto seja repetido.

Tendo em atenção a referência tradicional dada à doença, tornou-se premente ouvir as possíveis técnicas ou formas de tratamento de Xilala ao nível daquelas comunidades. Neste contexto, foi possível encontrar os posicionamentos que se transcrevem abaixo.

> *"O tratamento da xilala,vai depender da sua origem, mas de uma forma geral é tratada com a combinação de diversas raízes, depois de verificar se esse xilala não está ou se está associada a outros problemas espirituais, caso esteja relacionada com problemas espirituais deve se fazer o kufemba[56]. No caso de serem seus antepassados, os pais deverão cumprir com os pedidos e no caso de serem maus espíritos o curandeiro deve trabalhar para afastar e "fechar as portas" para que não atormentem mais a criança. No*

[56]Isto significa que o curandeiro vai entrar em possessão e os espíritos vão fazer um checape e ainda vai se falar com os espíritos de modo a dizerem o que querem na criança.

fim os espíritos orientam como deve ser efectuado o tratamento e, que combinação de raízes deve se usar, neste processo nunca falta o kutsivelela[57]".

"O tratamento da xilala tem várias linhas dependendo da causa, primeiro começo fazendo o kuhlahluva[58], para saber qual e a causa, e depois dependendo da necessidade, pode se fazer o kufemba, onde os espíritos são que me orientam no tratamento, faço assim para ter garantia que vou administrar o medicamento orientado pelos meus espíritos e enquanto a criança já passou de kubasiciwa[59], outro aspecto que tenho em conta e a localização e a forma de manifestação de xilala, há que estar localizada na cabeça(xahloku) da criança ou na coluna vertebral (xanhlana) e xamuzimba nindzene que é em todo corpo".

Como se pode observar, e tendo em consideração as causas do xilala (desnutrição) descritas ao longo do estudo, aquelas comunidades assumem que o seu tratamento ou mitigação só se torna possível via tradicional. Assume-se que só se pode mitigar a doença mediante a combinação de várias estratégiase/ou raízes para a sua cura. Para o efeito, torna-se importante averiguar primeiro a origem do *xilala* em causa, de modo a verificar se tal provém de problemas espirituais, relacionado com algum antepassado ou outra origem, o que significa que deve-se proceder ao acto de *kufemb*a. Segundo se apurou no campo de estudo, este acto consiste em solicitar um curandeiro que, evocando espíritos da família onde estiver inserida a criança, procura descobrir a origem da doença, de modo a determinar as formas mais adequadas do seu tratamento, conforme orientação articulada com os espíritos.

Importa sublinhar que no acto de *kufemba*[60]o curandeiro deixa transparecer a ideia de que retira do organismo da criança desnutrida, alguns objectos ou artefactos que são tidos pelos presentes como resultando do feitiço feito por alguém fora da família da criança. Neste preceito, Cabet (1992)

[57]Ato meramente preventivo que consiste em usar capim, amendoim, pelos de animais e outras plantas medicinais, colocados em nua cova e em fogo onde o recém-nascido deve ser atirado no meio da fumaça para o outo lado da cova

[58]Ato que consiste no uso de determinadas conchas, ossículos, entre outros objectos, para se descobrir espiritualmente o que apoquenta a vida da pessoa. É uma espécie de diagnóstico para se apurar a origem do problema que acomete a criança.

[59] Ato de purificação do corpo/ casa.

[60]Momento de superpoder do curandeiro, em estado de posseção, processo de retirada de artefatos do corpo, contacto e fala com os espíritos dos defuntos encarnados no corpo da criança doente e posterior transmissão de mensagens aos vivos.

considera que em toda parte do mundo os bruxos e mágicos[61] sempre consideraram ser esse um momento de grande poder, uma vez que o curandeiro transcende o mundo real dos vivos. Pois, sem esta intervenção, todo e qualquer tipo de tratamento que se fizer na criança não terá o sucesso necessário. Outrossim, acredita-se que enquanto se procede o *kufemba*, há grandes possibilidades de se localizar algum espírito da família que possa dialogar com o curandeiro por forma a acordar os principais caminhos para a cura da criança.

É assim que Horochovski (2015), abordando sobre a matéria, considera que essas práticas de cura, que sempre possibilitaram formas de interação e sociabilidade entre os membros de um determinado grupo social, dizem muito respeito à história desse grupo social. Portanto, subentende-se que as comunidades estudadas nesta pesquisa já têm fossilizada uma certa forma de estar, fruto da forma como têm vindo a ser transmitidas as suas vivências.

Aliás, quase na mesma linha, Gewehr et al. (2017) consideram que a prática do tratamento tradicional pelos curandeiros envolve a natureza e a atmosfera, que vai muito além da simples administração de medicamentos, sendo a cura o resultado de um processo não somente fisiológico, mas também simbólico.

Tanto uma como outras posições acima descritas, convergem na ideia de que a cura que é feita nas comunidades em destaque, não observa criteriosamente as reais necessidades que o organismo tem quanto à administração de medicamentos, mas sim, o simbolismo que a procura por um curandeiro carrega, por se acreditar que este detém o poder de devolver um estado físico normal ao paciente. É nesta linha que se pode, facilmente, compreender a razão por que os suplementos nutricionais não encontram o efeito que se espera no tratamento da desnutrição nas crianças com esta doença.

Entretanto, numa outra perspectiva, pode-se interpretar a acção dos curandeiros como uma mera oportunidade de colher algum protagonismo social ao nível das comunidades. De facto, como referem ainda Gewehr et al. (2017),

[61]A magia é o conhecimento e o poder que promanam da capacidade de uma pessoa para transferir a seu talante a consciência para um estado inabitual, visionário de cognição ou percepção inconsciente(CABET,1992).

aqueles que praticavam as curas, que possuíam o conhecimento empírico sobre a fragilidade do ser humano, as virtudes das plantas e dos venenos dos animais eram considerados detentores de poderes efaculdades fantásticas, sendo diferentes dos demais homens, suas práticas de cura envolvidas em rituais extraordinários, tornavam-nos conhecidos como mediadores entre os homens e os Deuses, ou entre o homem e a natureza, pois a capacidade de curar doenças transformava-os em detentores do poder sobre a vida e a morte.

Portanto, como se pode perceber, uma vez as comunidades colocarem determinado valor social sobre alguns anciãos, não é de duvidar que estes se considerem os principais actores da vida da comunidade, sendo que sem a sua intervenção, o quotidiano das pessoas da comunidade não teria sentido, razão porque toda e qualquer enfermidade registrada, conforme anotado anteriormente,tem de ser comunicada aos anciãos (curandeiros) e, estes julgarem-se no direito de indicar as vias de cura, que impreterivelmente não passam pelas linhas da medicina convencional.

Como corolário deste posicionamento, quando questionados sobre a possibilidade de cura da *xilala* (desnutrição) recorrendo à medicina convencional (tratamento hospitalar), os participantes de referência cultural pronunciaram-se nos seguintes termos:

> *"Nunca ouvi que xilala é tratada no hospital, também porque eles não sabem tratar".*
>
> *"Não sei se o meu conhecimento está ultrapassado, xilala sempre foi tratado tradicionalmente, essa de hospital desconheço, é possível, mas não creio que conseguem".*
>
> *"Não tenho nada contra os nossos hospitais, mas o estranho é que hospital nunca conseguiu tratar xilala. Não sei, porque as coisas mudam talvez eles tratem, mas nunca vi criança tratada".*
>
> *"Opa! oPa! Essa pergunta é complicada, mas o que posso dizer é que xilala é uma doença que se trata com plantas especificas, não sei dizer se o hospital já conhece as plantas e transformaram em xaropes ou comprimidos, o que sei é que nós é que sempre tratamos porquê é doença nossa tradicional não de xilungo".*

Evidentemente, percebe-se ovigor com que os participantes de referência cultural defendem a medicina tradicional no quadro do tratamento da *xilala* (desnutrição). Ainda que *entrelinhas* fique subjacente o reconhecimento do hospital, a inferência que se pode fazer é que existe um tipo de enfermidades

que são do fórum da medicina convencional, como também existem as do fórum da medicina tradicional.

Na visão do Garnelo& Wright (2001) A produção mítica agrega informações oriundas da cultura tradicional quanto as de biomedicina.No entanto a partilha de idéias a respeito dos diversos sistemas médicos que nela coexistem é bastante rica, podendo mudar conforme a posição que os sujeitos ocupam na cena social. Importa ressaltar que num estudo realizado pela mesma autora numa população indígena pertencente a um grupo social denominada Baníwa na Amazônia brasileira, foi a purado que os mesmos reconheciam a existência da doença do forum tradicional causada por algum incuprimemto das regras sociais assim como a existência de doenças causadas por homem branco, que no caso o indivíduo podia fazer o tratamento hospitalar e também o tratamento tradicional.

Portanto, quer estes participantes, quer os outros membros das comunidades estudadas na presente pesquisa, têm a crença de que os seus problemas de saúde são, primariamente, resolvidos pela medicina tradicional e, só em casos específicos é que podem procurar os serviços de saúde convencional.

Debruçando-se sobre o assunto, Figueiredo (2008) refere que o espaço da fé, da crença, da simpatia não se contrapõe na prática das pessoas do século XIX ao espaço da razão da chamada médica. Para este autor, aquele que procura o curandeiro pode, para o mesmo problema, consultar o médico formal.

Na verdade, no seio das comunidades em referência, a primeira linha de cuidados médicos é no curandeiro, até mesmo quando se contacta primeiro o hospital, o fim do processo só ganha êxitoquando se contacta o curandeiro.

Por seu turno, Pereira (2011) considera que o resultado em prática de saúde resulta da apropriação do conceito, ideias, valores e condutas pelos profissionais e usuários dos serviços, remetendo a um determinado momento histórico, sócio-cultural, político e tecnológico, que corresponde a um determinado paradigma.

Portanto, aqui pode se perceber que para os participantes de referência cultural têm como paradigma de tratamento da *xilala* os serviços da medicina tradicional.

Mais uma vez, pelo exposto nos parágrafos anteriores,os esforços da medicina convencional em assistir as pessoas que sofrem de desnutrição parecem não encontrar um espaço no seio das comunidades, como se pode perceber dos extratos que se seguem.

> *"Yuu!! Afinal aquela comida que dão as crianças e o tal tratamento de xilala? Eu não acredito que aquela papinha trata xilala aquilo não é medicamento de xilala".*
>
> *"Minha filha eu já disse que não acredito que vocês de hospital tratam xilala, sera que aquela papinha de pacotes tem plantas próprias que tratam se meteram lá as raízes pode ser que trata mas se não meteram, não tem essas plantas como vai tratar e matar nduna de xilala, e por isso que todas as crianças de agora são mulegues[62] porque desvalorizam a nossa origem, a tumbuluku[63]Aonde você já ouviu que comida trata xilala[64]?Minha filha peço imensas desculpas, mas eu tenho que te falar a verdade, vocês não tratam xilala".*
>
> *"Hooo! Não sabia que djamo de amendoim trata xilala, se quer saber realmente do meu sentimento, eu acho que essa papinha sei-la... que as crianças são dados no hospital é mais para ajudar na alimentação das crianças para terem vontade de comer, não que trate o problema de raiz das crianças que e xilala, já esse djamo tem esse poder de ver e tratar a criança caso esteja associado a moloyi[65], ou coisas de tumbuluco[66]?"*
>
> *"Acho que o que dão as crianças não trata xilala, xilala é uma doença de tumboluco só e tratado tradicionalmente com ervas especificas".*

De acordo com os dados apontados nos trechos transcritos, pode-se perceber que os participantes deste estudo têm uma opinião unânime quanto ao valor dos suplementos nutricionais disponibilizados pelos serviços de saúde no quadro da mitigação da desnutrição. Conforme se pôde perceber, para aqueles sujeitos, os suplementos não têm mais do que importância como produtos auxiliares cesta básica das famílias, em razão da sua situação de carência.

Por um lado, concorre para o fracasso do processo de reabilitação nutricional com base em suplementos, exactamente o facto de se considerar que aqueles produtos fornecidos pelos serviços de saúde têm como função ajudar

---

[62] Moles/muito frágil.

[63] Referente a algo natural e pertença a uma certa cultura tradicional. Coisa originária de uma certa comunidade ou grupo social.

[64]Essa pergunta dele traduz o pensamento sobre o suplemento. A comida não trata a *xilala*.

[65]Feitiço.

[66] Referente a algo natural e pertença a uma certa cultura tradicional. Coisa originária de uma certa comunidade ou grupo social.

as famílias necessitadas em termos de produtos alimentares, e não a função terapêutica que constitui a principal orientação daqueles suplementos. Por outro, o efeito indesejado do programa deve-se à crença de que a medicina convencional não tem o poder de curar *xilala* (desnutrição) que, como se mencionou, é vista como uma doença tradicional.

Portanto, aquelas comunidades, como beneficiárias primárias do Programa de Reabilitação Nutricional, não percebem qual é a finalidade dos suplementos nutricionais, sobretudo por se acreditar que a cura da *xilala* só é eficaz com a mistura de plantas medicinais.

Aliás, de acordo Daros et al. (2015), a percepção dos usuários contribui para a produção de informações tanto para implementação de acções na área, quanto para a regulação das relações com entes públicos ou privados no sector de saúde. No entanto, a inclusão da satisfação do beneficiário e da qualidade com parâmetros nos colocam um desafio, já que se trata de indicadores extremamente complexos, as experiências de cuidado que operam dentro de uma lógica contratual.

Como base no exposto acima, a colocação dos anciãos (curandeiros) face ao uso dos suplementos nutricionais, pode dever-se ao facto da inexistência de um programa de difusão das acções de reabilitação nutricional promovidas pelos serviços de saúde nas comunidades. Com estas acções de difusão, abrir-se-ia espaço para a socialização do valor nutricional dos suplementos, para além se publicitar os reais destinatários dos mesmos, evitando-se, assim, a sua distribuição pelos demais membros dos agregados familiares, o que viria a concorrer também para que o efeito nas crianças fosse o desejado.

Esta colocação remete-nos impreterivemente à reflexão em volta da relação entre as estruturas dos serviços de saúde e as estruturas comunitárias, sobretudo no que tange à planificação e implementação dos programas de saúde. Por isso, é de se confrontar os depoimentos extraídos dos contactos com os participantes do estudo quanto a esta matéria.

> *"Bom! Não vou dizer que é mau, mas nos sentimos desapontados com as novas normas da saúde, que acabam interferindo no nosso trabalho, por ex: hoje em dia dizem que as crianças não devem tomar medicamento tradicional antes dos 6meses, isso prejudica as nossas crianças caso a criança nasce com Nhocana e se não tem um tratamento imediato essa criança vai se estragar. Não vai ser pessoa será qualquer coisa, terá associação de muita coisa, xilala vai desenvolver, haverá destruição de todo intelecto da criança, e no fim não será nada essa criança".*

"Também sentimos nos desvalorizados na nossa profissão, porque criam tantas leis e se esquecem que as crianças deles são nossas também, muitas vezes aparecem com crianças já numa face lamentável por causas dessas leis".

"Sabe nós somos irmãos a diferença é que vocês são civilizados e nós não, temos que ir ao mato, temos que passar para o outro lado do universo buscar os nossos antepassados que são eles que trabalham sobre o nosso corpo".

"*O que eu quero dizer e que nos tinhangas nos sentimos menosprezados, com vocês da saúde porque não valorizam a nossa profissão, só nos precisam quando são campanhas para vos apoiar na mobilização depois disso nos descartam, será que esse relacionamento é saudável? Vou parar por aí você sozinha aí tirar a sua resposta".*

"Eu digo que não é boa porque sempre somos culpados por tudo que não dá certo lá nos tratamentos deles com os pacientes, dizem que nós intoxicamos as crianças, mas desde há muito tempos que nos existimos antes a de ter mais enfermeiros, nós sempre tratamos as pessoas e viveram e agora que já tem um pouco mais de enfermeiros dizem que os nossos medicamentos são pesados e estragam os trabalhos deles. Os nossos pacientes são insultados nos hospitais. Isso é feio. Se nós não tratássemos as pessoas não iam nos procurar".

Um dos primeiros aspectos que se pode extrair dos pronunciamentos dos anciãos contactados remete-nos a um sentimento de conflito entre os dois sistemas (o convencional e o tradicional). Como se pode ler, os chamados praticantes de Medicina Tradicional sentem-se de certa forma reduzidos quando colocados em confrontação com os profissionais da medicina convencional.

Com efeito, para eles,a medicina convencional não dá qualquer tipo de consideração ao trabalho desenvolvido pelos "médicos tradicionais", muito provavelmente devido à falta de interacção entre as duas partes no quadro das actividades desenvolvidas. Aparentemente, a medicina tradicional não é vista, como se pode perceber, como tendo algum contributo no cuidado de saúde da comunidade, quando na verdade o tem, na opinião dos participantes. Aliás, pronunciamentos do tipo "*Se nós não tratássemos as pessoas não iam nos procurar"*deixa claramente a entender que ao nível da comunidade o trabalho dos curandeiros tem um valor simbólico significativo.

É nestes termos que a OMS (2015) refere terapêuticas que as tradicionais são uma importante fonte de cuidados de saúde para muitos africanos, particularmente nas zonas rurais onde a medicina tradicional é por vezes a única fonte comportável e acessível de cuidados de saúde.

De facto, ao longo do estudo foi-se apontando como uma das razões do desconhecimento da intervenção dos serviços hospitalares na cura da

desnutrição, o facto de nas comunidades em análise terem como primeira linha de tratamento a medicina tradicional, de onde se transmite a ideia de que quando a criança denota um crescimento retardado se trata de xilala, doença tradicionalmente curada.

Aliás, Sequeira (2016), abordando a componente da relação entre os dois tipos de medicina, refere que apesar dos tinhangas referirem que quando não conseguem tratar determindas enfermidades com as suas terapêuticas espirituais ou medicinais, aconselham o doente a dirigir-se ao hospital, mesmo que em muitos casos essa decisão seja frequentemente tardia, dado que é feito após a submissão dos enfermos à diferentes tratamentos tradicionais e a degradação visível da sua saúde, eles não têm o conforto de que tal atitude esteja a ser tomada no contexto de uma relação saudável entre a medicina tradicional e a convencional.

Como se pode depreender, existe naquela posição um entendimento de que a sua actuação enquanto praticantes da medicina tradicional, em algum momento precisa de ser complementada pela medicina convencional. Pode-se perceber aqui que, tanto um como outro tipo de medicina, reconhece a actuação um do outro, o que evidentemente deixa à reflexão sobre os critérios de comunicação entre as duas partes.

No caso vertente do país, e no sentido inverso, os serviços de medicina convencional também têm tido situações em que os diagnósticos e tratamentos feitos a um determinado paciente não surtem o efeito desejado ou levam um tempo relativamento longo ao previsto, fazendo com que se tome a decisão de remete-lo à observação de questões tradicionais. Portanto, aqui também sobressai a ideia do reconhecimento dos serviços da medicina tradicional.

É importante sublinhar, contudo, que o Governo através do MISAU, reconhece a Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique - AMETRAMO, podendo estar em causa os critérios de intercomunicação. Na verdade, a AMETRAMO foi fundada em 1991 pelo Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, do Ministério da Saúde, portanto, uma visão clara do reconheciento do contributo da medicina tradicional por parte do Governo. É nesta linha que Gaspar (2011) refere que a criação de um ambiente favorável para intervenções mais coordenativas e maior participação de todos os

intervenientes e interessados faz parte das directrizes do Programa Quinquenal do Governo (2015 a 2019) para o sector de saúde.

Para o efeito, é crucial a inclusão dos praticantes da medicina tradicional, de modo a minimizar os problemas de saúde em Moçambique como uma etapa fundamental para atingir as metas do Desenvolvimento do Milénio, tendo em consideração que os praticantes da medicina tradicional têm um papel muito importante para a melhoria da saúde das populações.

Tendo em atenção o sentimento de desvalorização que se vivenciou com os potenciais praticantes da medicina tradicional das comunidades em análise,às autoridades de saúde no país afigura-se urgente encontrar mecanismos de coordenação com as autoridades locais para assegurar que os programas de assistências às crianças desnutridas produzam os efeitos desejados.

Assim, é importante que no quadro da implementação do PRN, se desenhem estruturas de comunicação, visando a sensibilização das comunidades, não só para a identificação das crianças com carências alimentares e que necessitem de assistência, mas acima de tudo, que se sensibilize as comunidades para o conhecimento de que a desnutrição constitui uma doença cujo tratamento passa rigorosamente pela observância de regras da medicina convencional. Torna-se importante potenciar as rádios comunitárias locais, os conselhos consultivos locais, para além dos locais de maior aglomeração populacional ao nível das comunidades, para que as informações sobre a (in)segurança alimentar, os projectos de reabilitação e outros elementos sejam do domínio das pessoas, sem contudo, beliscar o senso comum quanto ao modo de vida nas respectivas comunidades.

4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

4.1 CONCLUSÕES

A questão da (in)segurança alimentar em Moçambique constitui uma realidade desafiante para as autoridades governamentais, sobretudo do sector de saúde. Várias acções têm sido levadas a cabo em todos os segmentos da sociedade moçambicana para a mitigação do problema de (in)segurança alimentar no país, exigindo, por conseguinte, uma estrutura coordenativa eficaz. Aliás, foi este o grande móbil da realização do presente estudo, o qual enfocou-se para a uma população rural, mormente população carenciada.

O estudo privilegiou uma abordagem qualitativa uma vez que visava avaliar a realidade das populações em causa no seu contexto natural, o que permitiu interpretar os fenómenos de acordo com as pessoas envolvidas. Para o efeito, recorreu-se a uma variedade de instrumentos de colecta de informações, quais sejam, as entrevistas, imagens, observações, histórias de vida, tendo em consideração as rotinas e situações problemáticas descritas pelos participantes.

Com efeito, a pesquisa estudou fundamentalmente as condições de vida de uma comunidade do Distrito, como forma de, entre outros aspectos, apreender a sua forma de estar na comunidade, avaliar a implementação dos programas do Governo no que concerne a segurança alimentar e reabilitação nutricional, a percepção dos residentes quanto aos problemas de saúde, no geral e das mães e/ou cuidadoras das crianças com desnutrição, em particular.

Neste contexto, ficou patente que a abordagem dos programas de assistência de saúde desenvolvidos para a comunidade, a implementação do Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique, a implementação do Programa de Reabilitação Nutricional, entre outros que visam o bem-estar em Moçambique, têm de ser desenvolvidos com a estrita observância dos factores estruturais da população, seus hábitos e tradições, bem como as condições sócio-económicas das comunidades definidas.

É por isso que quando se iniciou com a presente pesquisa definiu-se como objectivo, específico identificar e discutir o processo de determinação

social da desnutrição e suplementação nutricional nas comunidades do distrito de Marracuene, desdobrando-se, dentre outros, na necessidade de analisar os mecanismos de coordenação adoptados para a suplementação com fórmulas terapêuticas nas crianças desnutridas, avaliar a percepção de mães e cuidadoras das crianças e outras pessoas de referência cultural quanto ao problema de desnutrição e sobre o programa de suplementação nutricional, bem como apreender a influência dos factores sócio-económicos e produtivos na alimentação das comunidades em referência.

Tendo em conta os objectivos arrolados, o estudo apontou que a maior parte das crianças identificadas e que padecem de desnutrição são oriundas de agregados cujos chefes de família são maioritariamente mulheres e com idades acima dos 60 anos de vida.

Com efeito, constatou-se redução das capacidades para assegurar um cuidado efectivo das crianças, sobretudo quando se trate de criança que exige atenção especial como é o caso de crianças com desnutrição.

Quanto ao estado sócio-económico dos participantes, o estudo permitiu concluir-se que aquelas comunidades são constituídas principalmente por população desempregada, na sua maioria camponesa, com grau de escolaridade muito baixo. Importa salientar que apesar de a maioria da população praticar a agricultura, que constitui a base de sobrevivência dos residentes das comunidades em causa, a pesquisa mostrou que a actividade não é suficientemente forte para prover os alimentos e, por conseguinte, não consegue garantir a soberania e segurança alimentar das populações, o que faz com que as crianças com problema de desnutrição não encontre a alimentação adequada para a sua reabilitação nutricional.

Outrossim, a pesquisa concluiu que a média de elementos vivendo na mesma família é de oito (8) pessoas, sendo todas ou quase todas desempregadas, o que configura um fraco poder aquisitivo e, consequentemente, remete a família à (in)segurança alimentar, concorrendo para o surgimento de bolsas de fome no seio do agregado.

Um outro aspecto que a pesquisa demonstrou, prende-se com o facto de ser uma população de baixo nível académico e, por isso, denotarem muitas dificuldades de interpretar as orientações das autoridades sanitárias, uma vez que o programa de reabilitação nutricional tem a sua continuidade em

recomendações escritas em folhetos, cartazes para além dos rótulos de orientação constantes nas saquetas distribuídas. Como consequência, e conforme constatado, os produtos terapêuticos distribuídos pelas comunidades, ao invés de ser destinado apenas às crianças necessitadas, do ponto de vista da sua reabilitação nutricional, os mesmos são repartidos e porcionados pelos restantes membros da família.

No que tange à percepção da desnutrição como doença, a pesquisa demonstrou que a população das comunidades não olha para a desnutrição como uma doença, até de índole social. Pelos depoimentos extraídos durante as conversas, conclui-se que os participantes consideram a desnutrição como doença tradicional, comumente denominada por *xilala* e, por conseguinte, não passível de tratamento convencional.

De facto, ao longo da pesquisa, os participantes da pesquisa, em particular, bem como as populações em geral, mostraram que as razões das dificuldades demonstradas pelas crianças que procuravam os serviços de saúde não tinham qualquer relação com a desnutrição, cujo tratamento pode ser feito por via de suplementação nutricional, mas sim, como resultado de maus espíritos e perseguições tradicionais da feitiçaria para com as crianças, em razão de determinadas práticas anteriores ao nascimento da criança.

Assim, pode-se concluir que tanto os participantes como as pessoas de referência cultural identificadas no presente estudo, não colocam a desnutrição como sendo doença de saúde pública, pois para estes, ossinais que se registram nas crianças são associados a problemas sociais relativos ao não cumprimento de determinadas normas sociais por parte da mãe ou todo o resto da família a que a criança pertence.

Portanto, o estudo permitiu concluir que os participantes fazem uma construção social sobre a doença, o que propicia igualmente uma certa dependência para com as práticas tradicionais, criando, em contrapartida, um retraimento das comunidades em procurar os serviços de medicina convencional.

Verificou-se que as populações das comunidades em referência colocam a medicina tradicional como prioridade para a solução dos problemas de saúde com que se debatem nas suas comunidades, sobretudo as doenças que apoquentam as crianças, como é o caso da desnutrição/*xilala*, devido à

influência que exercem os universos sociais e culturais sobre a adopção do comportamento de prevenção, tratamento ou de riscos e sobre a utilização dos serviços médicos.

Quanto aos suplementos nutricionais, evidenciou-se que os participantes têm conhecimento sobre existência destes produtos terapêuticos, tanto é que periodicamente se dirigem à unidade sanitária para o respectivo levantamento. Contudo, o estudo permitiu concluir que os participantes não têm conhecimento do valor terapêutico dos produtos em referência, consubstanciando assim uma administração desajustada com as normas previstas no PRN. Aliás, como anotado anteriormente, os participantes desta pesquisa mostraram que no quadro da administração dos produtos, não se observam os critérios de porcionamento, muito menos restringir a administração apenas aos reais destinatários dos suplementos, por se acreditar, por um lado, que estes não têm por finalidade tratar a desnutrição/*xilala* e, por outro, que os suplementos nutricionais são distribuídos pelas autoridades como forma de auxílio para suprir as necessidades alimentares das famílias carenciadas.

Como consequência, conforme constatado com os participantes, o número de refeições administradas por dia é, de longe, muito reduzido em relação às necessidades nutricionais das crianças.

Assim, conclui-se que os suplementos nutricionais distribuídos pelas autoridades de saúde no país não encontram o devido manuseamento, o que concorre para a fraca reabilitação das crianças desnutridas e aumento dos custos hospitalares para a resposta ao Programa de Reabilitação Nutricional das crianças no período previsto.Concomitantemente, ficou subjacente a falta de informação no seio das comunidades estudadas sobre a desnutrição, muito menos sobre as causas que podem dar origem à desnutrição no seu seio.

Os participantes não tomam as suas condições sócio-económicas como concorrentes para o crescimento retardado das crianças, o que culmina, muitas vezes em desnutrição.

Portanto, a fraca divulgação da informação, como constatado, propicia um certo distanciamento entre as partes envolvidas na implementação de um programa, como tem-se verificado nos programas de saúde virados para a comunidade.

O Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica, é um programa que o Governo de Moçambique definiu como o mecanismo adequado e ajustado à economia nacional para a mitigação da desnutrição e da (in)segurança alimentar no país.

Ao longo da pesquisa, verificou-se que o Governo definiu o Plano indicando claramente os actores que deveriam tomar parte na implementação do programa, cada actor com determinada responsabilidades.

Aliás, um dos objectivos do PAMRDC relaciona-se com a necessidade de fortalecimento da capacidade nacional para a advocacia, coordenação, gestão e implementação do plano, bem como fortalecer o sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Como se pode depreender, a definição acima é politicamente bem desenhada. Porém, no terreno, o estudo permitiu concluir que a intervenção dos diversos actores previstos no Programa não se fazem sentir, o que abre espaço para fracos resultados da implementação do PRN. Por outro lado, as estruturas politicamente desenhadas para o Plano não encontram continuidade nas comunidades de implementação dos programas, ou seja, nas comunidades locais.

Por isso, como foi possível aferir, as estruturas locais das comunidades estudadas manifestaram-se excluídos de todos os esforços para a resolução dos vários problemas sociais que afectam directamente as respectivas populações, o que levou à conclusão de que não existe uma ligação bem definida entre as estruturas de base, que são as comunidades locais e as estrutura de topo, que são actores de nível central intervenientes no Programa.

4.2 RECOMENDAÇÕES

Face às abordagens e constatações que a presente pesquisa permitiu extrair, torna-se premente sumarizar e propor as seguintes recomendações:

- Instituir a figura de ponto focal a nível das comunidades para servir de elo de ligação e elemento de consulta na implementação dos programas de (in)segurança alimentar e programa de saúde para a comunidade;
- A necessidade se realizar um estudo prévio antes da implementação do novo protocolo de reabilitação nutricional, como forma de aferir a sustentabilidade da administração dos suplementos;
- A necessidade de aprimorar as estratégias de controle dos suplementos nutricionais, de modo a evitar o extravio dos mesmos para os mercados informais;
- A necessidade de diálogo entre os dois sistemas de cuidado de saúde de modo a tornar a *xilala* doença do médico e de curandeiro.
- Recomenda se uma embalagem diferente da actual em uso no SCB, que de preferencia viesse em porções com a nessecidades para o consumo numa única dosagem.

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A prossecução do estudo teve as suas limitantes, sobretudo no que diz respeito ao contacto com os principais actores envolvidos no programa de reabilitação nutricional.

Outro dos grandes entraves experimentados relaciona-se com os locais de residência dos participantes do estudo, uma vez que este previa um roteiro de visita às suas residências, tendo se conseguido ir à algumas que se localizam nas zonas circunvizinhas da respectiva unidade sanitária. Em outros casos, as visitas não foram realizadas porque as residências se localizam em zonas que exigem travessia de certos rios, sendo que as condições não se afiguravam estáveis, tanto para a investigadora quanto para os respectivos residentes.

De facto, como foi possível constatar, alguns acompanhantes das crianças ao saber que tinham uma consulta para as crianças desnutridas na unidade sanitária, preferiam atravessar os rios um ou dois dias antes, mediante a disponibilidade das canoas que localmente têm ajudado no processo, pelo que essas condições criavam certo receio em se procurar tais residências durante o período de recolha de dados.

Um outro aspecto de realce, tanto para os participantes, como para os informantes chave, tem magnetismo social aliado as questões de ordem cultural e conhecimentos locais que caracteriza as comunidades daquele distrito, pois com certa regularidade os participantes defendiam que todo e qualquer contacto com a equipa da pesquisa só podia terminar na unidade sanitária, temendo dentre outros, represálias ao nível da família caso pessoa estranha a esta se faça presente nas suas residências.

5. REFERÊNCIAS

AIM. Agência de Informação de Moçambique. Batata Reno perde terreno a favor de cana-deaçúcar em Magude. Sapo notícias, Maputo, 06 março 2011- 2012. Disponível em:<http://notícias.sapo.mz/aim/artigo/401206032012144321.html>. Acesso em: 27 set. 2016

ALVES, A.K.L. Suplementação Nutricional. Revista Nutriwebl v.2.n2 campinas SP.abr/maio/junh, 2000.

APOLINARIO, A.CAVALHO, R.D, SUGAMOSTO, M. DELGADO, R, P.IGNACIO, A, S.VERDE, V, V. orgaz, Famílias pobres no Paraná: Curitiba, 2003.

ARDILA, E. & RUEDA, J. La saturación teórica en la Teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Revista colombiana de sociologia (2013). (2), 93-114.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa:Edições 70; 2009.

BARDIN, L. L'Analyse de contenu. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

BLASCO, M. PERES, E. eTURPIN, A.(2007). Metodologia de investigacion en las ciencias de la actividad fisica y el deporte: ampliando horizontes. editorial club universitario,-348 pages.

BEZERRA, I. CASSARINO, J.P. (ORGS); Soberania Alimentar (SOBAL) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na América Latina e Caribe Curitiba: Ed. UFPR, 2016.

BOURDIEU, P. Razões práticas. Sobre a teoria da ação. 8 ed. SP: Papirus Editora,2007.

BRASIL, O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional / organizadora, Marília Leão. –ABRANDH, Brasília: 2013.

BROWN,G. A. formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos; Purdue University EUA, 2009.

BURLANDY, L. A. Construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. In: Rev. Ciência de saúde coletiva,14(3):851-860..

GASPAR, F. MANUAL DE FORMAÇÃO DOS PRATICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL (Saúde Sexual e Reprodutiva, ITS/HIV e SIDA e outros cuidados de Saúde Primários) 1ªEdição julho de 2011 Maputo –Moçambique

GEWEH, R. B. BAETA,J.GOMES,E.TAVARES,R. Sobreas práticas tradicionais de cura: subjetividade nas propostas terapêuticas, volume 28 numero33-43 2017:Universidade Federal de Alagoas, Instituto de psicólogo.Maceio,Al, Brasil.

Acessoem8/8/2017DisponíveZemhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642017000100033&lng=pt&tlng=pt

GREEN, D. DA pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. São Paulo: Cortez; Oxford: internacional,2009.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics.Gneva: WHO,2012.

CABET.L, o poder da bruxa: a terra a lua e o caminho magico feminino, tradução de Álvaro Cabral- Rio de janeiro: campos, 1992.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm, Brasília, v. 57, n. 5, 2004.

CARVALHO, M. LUZ, M. PRADO, S. D. Comer, nutrir e alimentar na perspectiva das Ciências Sociais, 2009. Mimeo.

CARVALHO, M. ALBUQUERQUE, Z. MONTE,C. PINHEIRO, A. GENTIL,P. Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em Nível Hospitalar. Brasília: Ministerio da Saude, 2005.

CASSARINO, J.P.A. Construção social de mecanismos alternativos de mercado no âmbito da rede Ecovida de Agroecologia. 2012 tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Programa de pós-graduação em meio e Desenvolvimento, Universidade federal do Paraná, Curitiba.

CONSEA- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANCA ALIMENTAR E NUTRICIONAL /SECRETARIA EXECUTIVA DA ACAO DA CIDADANIA, Relatório da II conferência Nacional de segurança alimentar. Brasília, DF: CONSEA,2004.

CONSEA- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANCA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional. Brasília (DF): 2004.

CONSEA- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANCA ALIMENTAR E NUTRICIONAL /SECRETARIA EXECUTIVA DA ACAO DA CIDADANIA, Relatório da III conferência Nacional de segurança alimentar. Brasília, DF: CONSEA,2007.

COSSA, E.ACOSTA, A Estudos de base, nacional de segurança alimentar e nutricional 1ªed. 2009 Maputo.

DANTES, F. e GUEDES, S. (2004) Título do artigo: da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa, jornal, paidéia14 (28), 139 -152.

DAROS, R.F.GOMES, R.S. SILVA, F.H. LOPES, T.C. Satisfação do beneficiário de saúde, suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. Artigo Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [2]: 525-547, 2016 Acesso em 11/8/2017 disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-

02-00525.pdfDisponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226766003> ISSN 0212-161 Acesso em:28/05/016

DESCHURTTER, O. una revolucion de derechos: la aplicacion del derecho a la alimentacion a 2 nivel nacional em América Latina y el Caribe:2012.

FANTA, Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, V.1. Maputo:MISAU, 2011.

FANTA-2 Guia geral orientado para a comunidade no manejo da desnutrição aguda grave, Washington, D.C.: EUA, 2010.

FIGUEIREDO, B. G**.** A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no Século XIX e Minas Gerais*.* 2. ed. Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

FORTIN, M. O Processo de investigação. Portugal:Editora Lusociência, 2003.

FROTA, M. ALBUQUERQUE, C. LINARA, A. Educação Popular em Saúde no Cuidado à Criança Desnutrida: Florianópolis - Brasil; 2007.

FROTA, M. ARAUJO, R.MOTA, C. Crianças desnutridas: percepção da família quanto ao cuidado. Fortaleza - Brasil; (2011).

FAO, Perspectivas Agrícolas no Brasil: desafios da agricultura brasileira 2015-2024, A versão original do relatório está disponível em www.agri-outlook.org. Trata-se, portanto, de uma tradução livre não verificada pela OCDE ou pela FAO. 2015.

FAO, Manual de uso y aplicación, Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria: Comité Científico de la ELCSA Mayo de 2012.

FAO, The state of food and agriculture, biofuels: prospects, risks and opportunities. food and agriculture organization of the united nations rome, 2008.

GARCIA, M. & CONTRERAS, J. Alimentação, sociedade e cultura-Rio de janeiro:editora Fiocruz,2011.

GASPAR, F. MANUAL DE FORMAÇÃO DOS PRATICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL (Saúde Sexual e Reprodutiva, ITS/HIV e SIDA e outros cuidados de Saúde Primários) 1ªEdição julho de 2011 Maputo –Moçambique.

GARNELO, L. Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde:2003.

GARNELO, L.WRIGH, R.Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa,Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):273-284, mar-abr, 2001.

GAZZINELLI, M.F. REIS, D.C.PENNA, C. M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005.

GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GEWEH, R.B.BAETA, J.GOMES, E.TAVARES, R. Sobreas praticas tradicionais de cura: subjetividade nas propostas terapêuticas, volume 28 numero33-43 2017:Universidade Federal de Alagoas, Instituto de psicólogo.Maceio,Al, Brasil. Acessoem8/8/2017Disponívelemhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642017000100033&lng=pt&tlng=pt

GOULART, R. JUNIOR, I. SOUZA, M. Recuperação nutricional de crianças desnutridas e em risco nutricional em programa de suplementação alimentar no Município de Mogi das Cruzes: São Paulo – Brasil; 2007.

GUSMAN,Modulo (10) de Educação Nutricional e práticas Alimentares em Moçambique, Vul.1- Maputo 2004.

HOROCHOVSKI, M. T. H. Benzeduras garrafadas e costuras: considerações sobre a pratica da benzação.**Mantinhos**, v.1, n.2, p.110-126, jul/dez. 2015.

HUHN, A. A Mudança de Forma da Malnutrição: Obesidade na África Subsaariana: (Boston University), E.U.A. 2009, Tradução do Inglês para o Português por Sofia R-Söndergaard. A versão original está disponível em www.bu.edu/pardee/publications. Aceso em 15/11/2016

HUHN, A. QUÉ ES HUMANO? TABÚS ALIMENTARIOS Y ANTROPOFAGIA EN EL NOROESTE DE MOZAMBIQUE ESTUDIOS DE ASIA Y África, 2013. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58644849008> acesso em: 16 de novembro de 2016

IDS, Inquérito Demográfico e de Saúde. Relatório Preliminar. Instituto Nacional de Estatística. Ministério da Saúde. 1ª ed. Moçambique Maputo:2011.

INGC, Relatório das atividades do plano de contingência de gestão de calamidades naturais, Maputo 2017.

INE, Instituto Nacional de Estatística. Indicadores económico-financeiros das empresas- Maputo: 2012.

INE. (Instituto Nacional de Estáticas) Relatório Preliminar do Inquérito Demográfico e de Saúde 2013: Maputo.

JIMÉNEZ, R. Benítez, D. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en LatinoaméricaNutrición Hospitalaria [en linea] 2010, 25 (Octubre): [Fecha de consulta: 29 de mayode2016] Koshima com Brillat-Savarin? Horizontes Antropológicos, Porto Alegre:2002.

JELSMA, I.; BOLDING, A.; SLINGERLAND. M. Consuming Bodies: Health and Work in the Cane Fields in Xinavane, Mozambique. Journal of Southern African Studies2016.Disponívelem<http://dx.doi.org/10.1080/03057070.2016.1190519> Acesso em 27set. 2016

LIMA, T. Política de Informação no Contexto da Atenção à Saúde Indígena: uma Análise a partir da Perspectiva da Vigilância em Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2009.

LOCHS, H. ALLISON, R. MEIER, M. PIRLICH, J. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. Clinical Nutrition. (25) 180-186; 2006.

LOW, J. UAIENE, R. ANDRADE, M.I. & HOWARD, J. Batata doce de polpa cor alaranjada: parcerias prometedoras para assegurar a integração dos aspectos nutricionais na investigação e extensão agrícola. Mozambique: Departamento de Análise de Políticas MADER-Direcção de Economia,2000.(Flash...n.20P) Disponívelem:http://www.aec.msu.edu/fs2/mozambique/flash/flash20p.pdf

MACIEL, M.CULTURA E ALIMENTAÇÃO OU O QUE TÊM A VER OSMACAQUINHOS DE KOSHIMA COM BRILLAT-SAVARIN? Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 145-156, dezembro de 2001

MACHADO, P. P; OLIVEIRA, N. MENDES, A. N. O indigesto sistema do alimento mercadoria. Ver. saúde sociedade. São Paulo, v.25, n.25, n.2, p505-515,2016.

MALUF, R.S. Segurança Alimentar e Nutricional. Petrópolis: Vozes, 2011.

MARTINS, H. Proposta da «Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique» - Relatório de Consultoria Maputo, Ministério da Saúde e Helen Keller International, 21 de janeiro de 2004.

MINAYO, M. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Rio de Janeiro– Brasil:2010.

MISAU, Guia alimentar para a população brasileira, 2ª Edição, Brasília 2014.

MISAU, Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Brasília: 2005.

MISAU, Ministério da Saúde de Mocambique, Resumo do Seminário Nacional Sobre Nutrição Comunitária. Maputo: 2012.

MISAU,Manual de formação o da praticante da medicina tardicional (Saúde Sexual e Reprodutiva, ITS/HIV e SIDA e outros cuidados de Saúde Primários) 1ª EDIÇÃO Maputo: 2011

MENESES,P.SANTOS,S.B. FETICARIA E MODERNIDADES EM MPCAMBIQUE:QUESTIONANDO SABERES, DIREITOS POLITICOS, relatório fina de participação em um seminário para divulgação de resultados, Maputo 2008.

MONTEIRO, C, A. organizardor.Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Nupens-USP; 2000. p.393-420.

MONTEIRO, C; A, Benicio MHD'A, Freitas ICM. Evoluçãoda mortalidade infantil e do retardo de crescimentonos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades Rev. Saúde Pública [online]. vol.43, n.1, pp.35-43. ISSN 1518-8787: 2009 disponível em:http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0034-89102009000100005&caller=www.scielosp.org&lang=en

MOCAMBIQUE, Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD, Maputo: 2010.

MOÇAMBIQUE (IIAM), relatório preliminar de avaliação Embrapa Meio Ambiente: 2012MOÇAMBIQUE – Resposta Global a sida, relatório de progresso, 2016 disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MOZ_narrative_report_2016.pdf

NASCIMENTO, C. Vulnerabilidade e Património de famílias de crianças desnutridas: um estudo realizado no Centro de Recuperação e educação nutricional – CREN/SP. Trabalho de mestrado em Serviço Social. São Paulo: 2008.

NAZARETH, D, M. O mundo rural como um espaço de vida, reflexões sobre a propriedade da terra agricultura familiar e ruralidade editora, UFRGD: 2009.

OLIVEIRA, C. G. THOMAZ A, C. P. OLIVEIRA, A. P C. Diagnóstico de desnutrição de crianças de 0 a 18 anos internadas no hospital Universitário da Universidade Federal de ALAGOAS (HU/UFAL), Rev Med Minas Gerais; 2005 15(3): 141-6.

OMS, Curso de treinamento e manejo da desnutrição. Genebra – Suíça:2002.

OMS, Manejo da malnutrição severa: Um manual para médicos e outros profissionais de saúde. Genebra – Suíça:1999.

OMS, Organização mundial de saúde. Determinantes e desigualdade em saúde 2014 disponívelem:http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=pt Acesso em: 27/05/016

OMS, Relatório no âmbito do 13˚ aniversário do dia Africano da medicina tradicional, Maputo 2015

OMS. Resultados globais sobre progressos das metas de saúde. Relatório Estatísticas. Moçambique: 2013.

PASARIN, L. LAMARQUE, M. CUET, J. (2014). Etnografia y Alimentacin; practicas˝RAPIDAS˝ para uma intervencion comunitária. Kula.antropologos del atlântico sur, N˚10, p. 21-28 .

PASCHOAL, A. D. Pragas, praguicidas e a crise Ambiental problemas e Soluções. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas. 1979.

PNARR, Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: 2005.

PEREIRA, T.T.S.O. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco Mental-ano IX n˚17 Barbocena-MG-Jul/Dez.2011P.523-536 acesso em 10/8/2017 disponível em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf

POLLAN, M. Em defesa da comida: um manifesto. Rio de janeiro: intrínseca, 2008.271p

PMA, FAO, UNCEF, CHILDREN, USAID. Relatório de monitoria e avaliação da segurança alimentar e nutricional em Moçambique, Maputo:2010.

RIGON, S.A.; BOGUS, C.M. A segurança alimentar e nutricional no brasil: concepções norteadoras ao início dos processos de consolidação. In: BEZERRA, I.

CASSARINO, J.P. (ORGS); Soberania Alimentar (SOBAL) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na América Latina e Caribe Curitiba: Ed. UFPR, 2016.

SANTILLI, J. o reconhecimento de comidas saberes e práticas alimentares como patrimônio cultural, imaterial. Artigos de tema livre Demetra, 2015, 10(3), 585-606

SANTIAGO,J.C.(2006).Doença e Sofrimento. Disponível em http://www.jcsantiago.info/doenca.html 12

SETSAN,Relatório de Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutricional em Moçambique. Maputo: 2013

SETSAN, Relatório do Seminário sobre a Desnutrição Crónica em Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020). Maputo: 2010.

SCHWARTZ, R. As ideias fora do lugar, Da Introdução o ao ensaio sobre Machado de Assis "Ao Vencedor As Batatas", Livraria Duas Cidade: são Paulo 2000.

SETSAN, Relatório da avaliação de segurança alimentar e nutricional. Maputo: 2016.

SEQUEIRA. A, R, Sousa. Interpretações locais sobre a malária e o discurso sobre os provedores tradicionais de cuidados de saúde no sul de Moçambique, Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.392-407, 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura: uma visão de leitura. Sociologia, porto Alegre ano 8,16, jul/dez;2006, p20-45.

SOBOTKA, L. Bases da Nutrição Clínica. 3ª Edição. Rubio: 2008.

TAYLOR, P.; CHANDIWANA, S. K.; GOVERE, J.M. & CHOMBO, F., 1987. Knowlwdge atitudes and practices in relation to schistosomiasis in arural community. Social Sciences and Medicine,24: 607-611.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

UEM, História de Moçambique: primeiras sociedades sedentárias e impacto dos mercadores, cadernos tempo 1ªed. Maputo 1982 .

UNICEF, Guião de treinamento para o manejo da desnutrição aguda. Washington, DC. EUA: 2008

UNICEF, Pobreza infantil e disparidades em Moçambique 2010. Relatório Sumário. Nações Unidas. Maputo – Moçambique: 2011.WHO, Traditional Medicin Strategy,1Original: English Distribution: General2002 -2005

UNICEF, relatório anual, Moçambique, disponível em http://www.unicef.org.mz/unicef-mocambique-relatorio-anual-2013
VALENTE, F.L.S. Direito humano a alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez,2002

WHO, UNICEF, WFP, statement SJ. Community-based management of severe acute malnutrition. Geneva, New York, Rome: WHO; 2007.

6. GLOSSÁRIO

CACANA: prato tíipico da zona sul de Moçambique, à base das folhas de cacana com amendoim e coco

CHIQUENTO: comida do dia anterior

DISCO: nome tradicional atribuída a hidrocefalia

DLHAMINE - VANGONI: tribo espalhada ao longo do país, geralmente se define como uma tribo que não come peixe, assim como todos produtos pesqueiros ou marinhos.

DZEDZEDZE: malária/ febres.

GHISUA: comida supersticiosa que o indivíduo come sem ver e sem se aperceber e provoca mal-estar ao corpo.

KUBASISIWA: ato de purificação do corpo/ casa.

KUDJAMBELA: concepção de uma nova gravidez antes de idade de desmame, ou seja,antes de a outra criança atingir 1 ou 2anos.

KUFEMBA: momento de superpoder do curandeiro, em estado de posseção, processo de retirada de artefatos do corpo, contato e fala com os espíritos dos defuntos encarnados no corpo da criança doente e posterior transmissão de mensagens aos vivos.

KUKWEVA: inalação de secreções do bebê durante o parto.

KULHALHUVA: consulta e diagnóstico do problema, com base em pequenos artefatos usados pelo mágico (conchas, ossículos de animais, moedas, raízes, entre outros).

KULOIA: ato de feitiçaria.

KUPALHA: invocação dos espíritos da família com recuso ao uso de bebida tradicional e farinha de milho branco.

KUTLHAVELA: vacina tradicional feito através de corte com lamina e aplicação de medicamento tradicional.

KUTSHINGA: ato de purificação da família após uma morte na família, que consiste em a viúva manter relações sexuais com um cunhado, irmão do falecido esposo.

KUTSAMIWA: doença que surge na mulher em idade fértil que pode a impedir de ter filhos caso não seja tratada tradicionalmente por um curandeiro.

KUTSIVELELA: ato meramente preventivo que consiste em usar capim, amendoim, pelos de animais e outras plantas medicinais, colocados em nua cova e em fogo onde o recém-nascido deve ser atirado no meio da fumaça para o outo lado da cova.

KUVUYELELA: vômitos constantes.

MACHAMBA: área de cultivo/roça.

MACHAMBEIRO: camponês.

MATAPA: prato típico moçambicano, preparado à base de folha de mandioqueira, amendoim, coco e, para dar um sabor adicional, acrescentam frutos do mar.

MATHOISSA: aftas.

MAZIONE: profeta, com dom divino da cura através de rezas.

MBILA: farinha pastosa feita com a moagem manual de milho mergulhado em água no mínimo 2 – 3 dias.

MISINHA: árvores/ plantas.

MULENGUES: moles/muito frágil.

MUKHERO: contrabando de fuga ao fisco.

NOMBO: febres relacionadas com o mês miguante e aparecimento da primeira dentição

NDUNA: robusto, grande e difícil de remover.

NHANGA: curandeiro.

NHANGARUME: conhecedor de plantas medicinas dom divino da cura

NHOCANA: parasita intestinal

NHOCANOMBO: parasitas associadoaà problemas da lua

NKOLHOLA: tosse convulsa /tuberculose

PHIPILAPILA: feitiço procurado nos curandeiros para enriquecer

PHIQUEMBO: espírito divino.

TINGULUVE: ancestral MAGUNDO.

MALAMBE: fruta de embondeiro

MASSALA: fruta silvestre.

MACUACUA:fruta silvestre.

TINDZIVA: fruta silvestre.

TUMBULUCO: referente a algo natural e pertencimento a uma certa cultura tradicional. Coisa originária de uma certa comunidade ou grupo social.

HWETI: atribui-se a alguma turbulência que se regista em determinado período na criança. Algo igual a epilepsia.

WUMBA: carapaça de caracol

XILALA: desnutrição

XILALA XALE DZENE: desnutrição aguda grave com comprometimento de órgãos internos

XILALA XAMUZIMBA: desnutrição (marasmo)

XILUNGU: significa português

XIMAWA: cefaleias

XIMOFANA: microcefalia

XIPHUNGO: linha/ou fio de proteção divino tratado e ofertado pelo mazione ou curandeiro

XIPHUVA: asma

XIREVE: abdomen distendido/ aumento de tamanho de fígado

XOTIKULUKELA: aparentemente gorda/ edemas generalizados

7. APÊNDICE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E DE PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/PPGAN

ANÁLISE DE MÉRITO

Projeto: "SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DA PROVÍNCIA DE MAPUTO"

Mestranda PPGSAN: JANETE ISMAEL MABUIE GOVE

O projeto intitulado "*SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DA PROVÍNCIA DE MAPUTO*", apresenta uma proposta de pesquisa considerada relevante para a construção do conhecimento, sobretudo, considerando o país onde a pesquisa será realizada. A importância do estudo se fundamenta no seu objetivo geral: *Identificar os determinantes socioculturais e económicos que concorrem para o uso da suplementação nutricional pelos responsáveis no cuidado das crianças menores de 5 anos; nas comunidades da Província de Maputo.*

Adequação do referencial teórico: O Referencial teórico apresentado é considerado adequado e atual e apresenta vínculo com a temática proposta fazendo menção aos autores e autoras considerados uma referência no estudo do tema em questão.

Procedimentos metodológicos: A abordagem metodológica é pertinente para a obtenção dos resultados. Considerando o campo empírico a ser trabalhado, a opção da pesquisadora pela abordagem qualitativa de pesquisa, certamente, atribuirá às análises um significativo valor científico dada a complexidade dos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E DE PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/PPGAN

ANÁLISE DE MÉRITO

Projeto: "SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DA PROVÍNCIA DE MAPUTO"

Mestranda PPGSAN: JANETE ISMAEL MABUIE GOVE

O projeto intitulado "*SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR EM MOÇAMBIQUE: UMA REFLEXÃO SOBRE ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO, O CASO DA PROVÍNCIA DE MAPUTO*", apresenta uma proposta de pesquisa considerada relevante para a construção do conhecimento, sobretudo, considerando o país onde a pesquisa será realizada. A importância do estudo se fundamenta no seu objetivo geral: *Identificar os determinantes socioculturais e económicos que concorrem para o uso da suplementação nutricional pelos responsáveis no cuidado das crianças menores de 5 anos; nas comunidades da Província de Maputo.*

Adequação do referencial teórico: O Referencial teórico apresentado é considerado adequado e atual e apresenta vínculo com a temática proposta fazendo menção aos autores e autoras considerados uma referência no estudo do tema em questão.

Procedimentos metodológicos: A abordagem metodológica é pertinente para a obtenção dos resultados. Considerando o campo empírico a ser trabalhado, a opção da pesquisadora pela abordagem qualitativa de pesquisa, certamente, atribuirá às análises um significativo valor científico dada a complexidade dos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E DE PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/PPGAN

temas a serem tratados. Além disso, os procedimentos metodológicos também contemplam a abordagem quantitativa.

Pertinência da pesquisa: Apresenta uma proposta de pesquisa considerada relevante para a construção do conhecimento e, além disso, relevante para política e socialmente.

Assim, considerando o projeto de pesquisa como um todo, reafirma-se o mérito da proposta e a sua relevância acadêmica. De um modo geral seu conteúdo demonstra que a mestranda apresenta uma compreensão lógica do que pretende pesquisar e analisar e que contará com referenciais teóricos consistentes para guiá-la ao longo de todo o processo investigativo até a sua conclusão.

Curitiba, 28 de julho de 2016.

Profª Drª Islândia Bezerra
Coordenadora do Curso de Nutrição
SIAPE 200.346

Profa Dra. Islandia Bezerra da Costa

Aprovado Ad referendum
29.07.16

Profª. Drª. Maria Eliana M. Schieferdecker
Coordenadora do PPGSAN/SD/UFPR
Matrícula: 137758

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

.....

GOVERNO DA PROVINCIA DE MAPUTO

DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

Ao Sra Janete
Ismael Mabuie Gove

Ref. 3711/002 DPS-M/16

Data 15/09/16

Assunto: Resposta ao Pedido de carta de cobertura para realização do projecto de pesquisa intitulado: "**Suplementacao Nutricional e (In) Seguranca Alimentar em Mocambique: Uma reflexao Sobre Estrutura de Coordenacao de sua Implementacao" Caso da Provincia de Maputo.**

Depois da apreciação do protocolo cumpre-nos informar o seguinte:

- Que concordamos com a realização do estudo, na Provincia de Maputo, após a aprovação pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde.
- Deverão obedecer aos critérios de prioridade na divulgação dos resultados do mesmo.
- A DPS Maputo, mostra a sua inteira disponibilidade, para prestar o seu apoio, no que, eventualmente for necessário.

Com os melhores cumprimentos.

Ø Director Provincial de Saúde

Alcindo Gimo Cumba
(Médico Especialista Principal)

DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE
Matola A, Rua Nº 11129 Praça do Município – Cidade da Matola
Telefones: 21 724549/ 50 Fax: 21 724548

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exma Senhora
Dr.ª Janete Gove

S/16

Data 27 de Dezembro de 2016

ecer do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) sobre o estudo: *nutricional e (in) segurança alimentar em Moçambique: uma reflexão sobre estrutura de sua implementação, o caso do Distrito de Marracuene, Província de Maputo"*

nal de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo ***lementação nutricional e (in) segurança alimentar em Moçambique: uma estrutura de coordenação de sua implementação, o caso do Distrito de rovíncia de Maputo"***

NBS com o número 86/CNBS/2016, conforme os requisitos da Declaração de

nhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a ação aos seguintes documentos:

de estudo

nento informado

ntos de recolha de dados;

IBS informa que:

alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser ao CNBS para aprovação.

e aprovação não substitui a autorização administrativa.

e declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.

ção terá a validade de um ano, terminando esta a 27 de Dezembro de 2017. Os ores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de prazo.

da-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.

ualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

is cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwalbach

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exma Senhora
Dr.ª Janete Gove

Ref: 472/CNBS/16

Data 27 de Dezembro de 2016

Assunto: Parecer do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) sobre o estudo: *"Suplementação nutricional e (in) segurança alimentar em Moçambique: uma reflexão sobre estrutura de coordenação de sua implementação, o caso do Distrito de Marracuene, Província de Maputo"*

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo intitulado: ***"Suplementação nutricional e (in) segurança alimentar em Moçambique: uma reflexão sobre estrutura de coordenação de sua implementação, o caso do Distrito de Marracuene, Província de Maputo"***

Registado no CNBS com o número 86/CNBS/2016, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo de estudo
- Consentimento informado
- Instrumentos de recolha de dados;

Todavia, o CNBS informa que:

1- Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser submetida ao CNBS para aprovação.
2- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
3- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.
4- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 27 de Dezembro de 2017. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
5- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
6- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

Com as nossas mais cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwalbach

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547

8. ANEXOS

Universidade Federal do Paraná

Curso: de Mestrado em Alimentação e Nutrição

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Suplementação Nutricional e (In) Segurança Alimentar em Moçambique: Uma Reflexão sobre Estrutura de Coordenação de Sua Implementação. O caso do Distrito de Marracuene -Província de Maputo.

1.Justificativa

Eu, Janete Ismael Mabuie Gove, profissional de Saúde(Nutricionista) e estudante pesquisadora, convido você a participar do estudo que aborda a questão da suplementação nutricional no processo reabilitação das crianças que sofrem de desnutrição, este estudo servira para atender as dificuldades enfrentadas pelas, mães ou responsáveis no cuidado das crianças menores de 5 anos durante o processo de reabilitação das suas crianças assim como poderá ajudar os profissionais de saúde (MISAU) a melhora a qualidade dos seus serviços no cuidado e atenção a essas crianças.

Caso você participe desta pesquisa, será necessário responder algumas perguntas sobre, a utilização dos suplementos nutricionais, MAE/ ATPU no tratamento da desnutrição. A entrevista irá durar cerca de 30 minutos a 1h, será no horário marcado e no dia da consulta do controle da criança e em sua casa com uma marcação previa e num horário conveniente para você. Talvez seja preciso marcar outro encontro, mas isso ocorrera somente se você quiser.

Para participar desta pesquisa você deverá autorizar a pesquisadora a verificar o cartão do peso da criança e o cartão do programa de reabilitação nutricional.

2.Objectvo

Identificar e discutir o processo de determinação social da desnutrição e suplementaçao nutricional nas comunidades do distrito de Marracuene, Província de Maputo - Moçambique.

3.Tipo de pesquisa

Olhando para a natureza da presente proposta de pesquisa, prevê-se um estudo de abordagem social qualitativa do tipo descritivo.Estuda a realidade em seu contexto natural e como isso acontece, levando a interpretar os fenômenos de acordo com as pessoas envolvidas. Usa-se uma variedade de instrumentos de coleta de informações, tais como entrevistas, imagens, observações, histórias de vida, em que as rotinas e situações problemáticas são descritas, bem como seus significados na vida dos participantes.

4.Critério de inclusão

Para o presente estudo farão parte as mães ou responsáveis que cuidam da criança menores de 5 anos com DAM, há pelo menos 3 meses e que estiverem a receber (ATPU ou MAE), durante o período da realização do trabalho após administração do termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo vai abranger igualmente alguns informantes chave de referência cultural na comunidade, como anciões, maziones e/ou curandeiro.

5.Riscos e desconfortos

Para a presente pesquisa, não existe risco físico, as entrevistas não serão inoportunas, não terá nenhum desconforto e as perguntas que serão feitas não terão inconveniente de caráter ético e moral, que possam os deixar constrangidos. Assim como poderá abandonar o estudo sem precisar dar qualquer justificação, pelo que não vai sofrer nenhuma consequência por conta de isso.

6.Beneficios

Os resultados desta pesquisa vão ajudar a pesquisadora, a comunidade cientifica moçambicana e a comunidade onde será desenvolvida a pesquisa, pois vai trazer dados que vão contribuir para o melhoramento do protocolo do programa de

reabilitação nutricional e prevenção da desnutrição em crianças menores de 5 anos desta comunidade, em particular, e do pais em geral.

7. Custos/ ou compensação da participação

O participante da pesquisa não vai receber qualquer pagamento resultante do seu envolvimento na entrevista, benefício monetário ou material para participar da pesquisa

8. Privacidade

As entrevistas serão conduzidas de forma insolada de modo a garantir que haja privacidade do participante.

9. Confidencialidade

Será mantida a confidencialidade dos respondentes bem como a sua identidade, criando-se um código especifico, onde não se vai fazer a identificação nominal do participante, para além de não ser divulgada em nenhum momento da pesquisa, nem depois da mesma, o seu nome. Portanto, as respostas desta pesquisa são de caráter confidencial, apenas serão usadas para análise de dados visando responder ao problema identificado e assegurar que a pesquisadora possa aplicar adequadamente os resultados desta pesquisa para um melhor contributo na implementação do Programa de Reabilitação Nutricional como um todo.

10. Contacto

A pesquisadora Janete Ismael Mabuie Gove, Profissional de Saúde (Nutricionista) e estudante pesquisadora, responsável pelo estudo, telefone **(+258) 827170115, Email: jgmabuie @gmail.com,** telefone da **CNBS (+258) 82406350 – Dra Cristina**

Eu……., declaro que para fins de participar da pesquisa fui devidamente esclarecida(o) a respeito da justificativa, objectivos e procedimentos a serem realizados. Também fui informada (o) sobre a liberdade de recusa ou retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou

penalização, assim como, garantia de sigilo quanto aos dados, informações confidenciais que possa fornecer e da partilha de resultados. Tenho consciência de que não receberei qualquer pagamento, benefício monetário ou material para participar da pesquisa.

Sendo assim, consinto voluntariamente em participar da referida pesquisa de estudo.

Maputo, ..…..de ……. de 2016

O participante

A pesquisadora

A testemunha

Universidade Federal do Paraná

Curso: de Mestrado em Alimentação e Nutrição

Guião de Entrevista

Apêndice 1

O presente guião de entrevista destina -se a colheita de dados referente ao estudo com o Título: Suplementação Nutricional e (In) Segurança Alimentar em Moçambique: Uma Reflexão sobre Estrutura de Coordenação de Sua Implementação. O caso do Distrito de Marracuene- Província de Maputo

Número de entrevista _____ Data_____

1. **Dados demográficos do responsável no cuidado da criança**
2. Grau de parentético _____

2.0.1.Caso não seja pai/mãe biológico onde estão os pais?

_____

_____

2. **Sexo** Masculino☐ Feminino☐

2.1. Idade_____ 1.2. Residência _____

2.2. **Nível de escolaridade da mãe ou responsável no cuidado da criança**

Nenhum_____ Elementar_____ básico _____ Médio_____Superior_____ outros_____

2.3. Por favor pode me dizer qual é a sua ocupação? Ou _____ Profissão?_____

2.4. Pode me dizer qual é o número do seu agregado familiar?

_____

_____

2.5. Quantos filhos tem? _____

2.6. Quantos estão sobre a sua responsabilidade? _____

2.7. Relacionar a ocupação e o agregado familiar

_____

_____

3. Conhecimento em relação a desnutrição

3.1. Conhece a doença que apoquenta a sua criança?Sim☐ Não☐

Sim, o que é? Quem te falou? Ou não o que acha que tem?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. 2. Alguma vez já ouviu falar da desnutrição? Se sim, o que?

_____

_____

_____

_____

_____

3.3. A onde ouviu falar?

_____

_____

Xilala? Conhece? É a mesma coisa que desnutrição?

4. Conhecimento em relação ao uso de suplementos no tratamento da desnutrição

4.1. Sabe o que são suplementos nutricionais? Sua criança recebe suplementos?

_____

_____

_____

_____

4.2. Se sim, o que são? _____

_____4.3. Quais os suplementos que você conhece?

_____

_____

4.4. Como e que se administram os suplementos?

_____

_____

_____

4.5. Qual é a quantidade de suplementos que dá a sua criança por dia

_____

_____

4.6. Para além da criança com indicação do suplemento, existe outras pessoas que se beneficia do mesmo?

_____

_____4.7. Se sim, quantas?

4.8. O que você acha sobre o uso de suplemento no tratamento da doença da sua criança?

_____

_____

4.9. Na sua opinião acha que e importante que a sua criança receba os suplementos nutricionais?_____

_____

_____

4.10. Se sim, qual é a importância? _____

_____

_____

5. Informação sobre (In) segurança alimentar

5.1. Quais os alimentos localmente produzidos e consumidos?

_____

_____

_____

5.2. Quantas refeições passam por dia? O que normalmente?

_____

_____

_____

_____

5.3. Quais as refeições que servem as crianças; e quantas vezes por dia?

_____

_____

5.4. Como e que preparam as vossas refeições?

_____

_____

_____

5.5. Onde e que adquirem os outros alimentos que não produzem?

_____

_____

5.6. Quais são as alternativas que utilizam para adquirir o alimento numa situação de emergência?

_____

_____

_____

5.7. A quantidade de comida que vocês consumem diminuiu nos últimos meses?

_____

_____

_____

_____

5.8. Em algum momento já se sentiu se aflito por não saber o que vai comer?

_____

_____

_____

_____

MUITO OBRIGADA!

Universidade Federal do Paraná

Curso: de Mestrado em Alimentação e Nutrição

Guião de entrevista para informante chave

Apêndice 2

O presente guião de entrevista destina -se a colheita de dados referente ao estudo com o Título: Suplementação Nutricional e (In) Segurança Alimentar em Moçambique: Uma Reflexão sobre Estrutura de Coordenação de Sua Implementação. O caso do Distrito de Marracuene- Província de Maputo

Número de entrevista _____ **Data**_____

1.**Dados demográficos da informante chave**

2. Por favor pode me dizer qual é o grau de parentético em relação a criança? Com Xilala/ desnutrição

_____

_____

2.1 Sexo Masculino _____Feminino _____

2.2. Idade_____ 1.2. Residência _____

2.3. **Nível de escolaridade da informante chave**

Nenhum_____ Elementar_____ básico _____ Médio_____Superior_____ outros_____

2.4. Por favor pode me dizer qual é a sua ocupação? Ou _____ Profissão? _____

3. Informação sobre as doenças da criança reconhecidas pela comunidade

3.1. Quais as principais doenças que o Sr. (a)trata?

_____
_____
_____

3.2. No caso da desnutrição/xilala como e que o Sr. (a) trata?

_____
_____
_____
_____

3.3. No seu saber podes me dizer quais são as causas/por que ocorre da desnutrição/xilala?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3.4. O que acha do tratamento hospitalar da desnutrição?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3.5. Em relação ao uso dos suplementos que são oferecidos no hospital para o tratamento da desnutrição; o que acha?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

MUITO OBRIGADA!

Universidade Federal do Paraná

Curso: de Mestrado em Alimentacao e Nutrição

Guião de observação

Apêndice 2

O presente Guião de observação destina-se a colheita de dados referentes ao estudo com o tema: Suplementação Nutricional e (In) Segurança Alimentar em Moçambique: Uma Reflexão sobre Estrutura de Coordenação de Sua Implementação. O caso do Distrito de Marracuene- Província de Maputo

Código.....

1. As mães ou responsáveis no cuidado da criança com DAM, são informadas sobre a doença do seu filho
   .....
2. As mães ou responsáveis no cuidado da criança com DAM recebem a orientação do profissional de saúde em relação a suplementação nutricional
   .....
3. Se sim, que tipo de orientações recebem
   .....
   .....
   .....
4. Quando as crianças vão a consulta pela 2ª vez, é feita a avaliação
   .....
   .....
   .....
5. Se sim, quais são os dados mais importantes colhidos durante a avalição

.....
.....

Existem suplementos nutricionais disponíveis para todas as crianças com DAM

.....
.....
.....

6. Se sim, a quantidade desponibilizada é a indicada

.....
.....
.....
.....

7. Informações sobre a evolução da criança com DAM, recebendo tratamento com suplementos nutricionais (ATPU ou MAE) em ambulatório. (ver no processo clínico).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8.como e vista a e e tradada a desnutricao na comunidade

.....
.....
.....
.....

9.Qual e o grau de conpressao da importancia que os suplementos tem no tratamento da da desnutricao.....
.....
.....

10. Como e que os informantes chaves percebem a tratamento hospitalar da desnutricao.....

FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1 - IMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE DE MARRACUENE

FOTOGRAFIA 2 -COMITÊ DE SAÚDE DO DISTRITO DE MARRACUENE

FOTOGRAFIA3- URN SECTOR DE DISTRIBUIÇÃO DOS SUPLE MENTOS

FOTOGRAFIAS 4 - DISTRIBUIÇÃO D OS SUPLEMENTOS

6 MESES DE VIDA. E TU?
CRIANÇA SAUDÁVEL, FAMÍLIA FELIZ

FOTOGRAFIAS 5 - PESSOAS DE REFERÊNCIA CULTURAL - INFORMANTES CHAVES (CURANDIROSOS VULGOS TYNHANGA)

FOTOGRAFIAS 6 - CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Palhotas