



Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Arqueologia e Antropologia
Licenciatura em Antropologia

**Lógicas e práticas alimentares entre crianças dos 0 aos 5 anos de idade no
bairro de Khongolote cidade da Matola**

Candidata: Maria do Céu Divrassone Vinte Botão

Orientadora: Prof^ª Doutora Esmeralda Mariano

Maputo, Abril de 2022

Lógicas e práticas alimentares entre crianças dos 0 aos 5 anos de idade no bairro de Khongolote cidade da Matola

Trabalho de Culminação de Estudos, na modalidade de projecto de pesquisa, apresentado ao Departamento de Arqueologia e Antropologia para obtenção do grau de Licenciatura na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

Estudante

Maria do Céu Divrassone Vinte Botão

Supervisor

Presidente

Oponente

Maputo, Abril de 2022

Declaração

Declaro, por minha honra, que este trabalho é original e é fruto da minha investigação individual, estando indicadas ao longo do trabalho e nas referências bibliográficas as fontes de informação por mim consultadas para a elaboração do mesmo. Declaro ainda que este trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

Maria do Céu Divrassone Vinte Botão

Maputo, Abril de 2022

Dedicatória

Á minha família pelo apoio moral e orientação durante o meu processo de formação.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela vida e por esta oportunidade que me concede de prosseguir com os meus sonhos. Agradeço também aos meus pais Divrassone e Lúcia por me terem trazido ao mundo, pelo apoio e encorajamento em toda minha jornada da vida, incluindo a vida académica. Agradeço ao meu esposo Carlos e aos meus filhos Liere, Cleide, Liwilma e Gualero pelo amor, carinho, paciência e compreensão que demonstram no dia-a-dia, o que têm me fortalecido e motivado a acreditar em meu potencial. Agradeço aos meus pais da igreja, Manuel João e sua esposa que ensinaram-me a ser forte e oram por mim sempre.

Agradeço também a coordenação e o corpo docente do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA) da Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane (UEM), pela entrega abnegada e empenho em ensinar-me a aprender e, por me terem partilhado suas experiências inspiradoras e conhecimentos durante o meu processo de formação. Agradeço de modo particular à minha supervisora, Prof^a Doutora Esmeralda Mariano pelo tempo, paciência e dedicação dispensados no processo de orientação que culminou com este trabalho.

Agradeço aos participantes de pesquisa, colaboradores do Centro Infantil de Khongolote, pais e encarregados de educação das crianças, pois sem a sua colaboração esta pesquisa não teria sido possível nos moldes em que havia sido projectada. Agradeço-os por me terem permitido intrometer-me em suas vidas, e por me terem permitido aceder as suas experiências em relação à alimentação e medicação de suas crianças menores de 0 a 5 anos.

Agradeço aos meus colegas de turma, e outros colegas de curso do ano 2015 já graduados, outros ainda no processo, pelas contribuições em ideias ao longo das aulas e em outros fóruns. Suas contribuições foram bastante úteis para a concepção do meu projecto de pesquisa e para a reflexão teórica que reforçou a minha análise de dados. Agradeço em particular aos colegas do meu grupo, Micaela, Cassamo, Rajabo, Cossa, Joana, pelo apoio nos momentos difíceis e também partilha de momentos alegres.

A todos, o meu “Muito Obrigado”.

Resumo

O presente trabalho analisa lógicas que orientam as práticas alimentares e cuidados de saúde destinados à crianças menores dos 0 a 5 anos. O mesmo resulta de uma pesquisa exploratória realizada entre os meses de Julho a Setembro de 2019 e de Março a Junho de 2020. Para realização da pesquisa, baseei-me na observação directa de crianças menores dos 0 aos 5 anos, que frequentam o centro infantil de Khongolote na cidade da Matola, Província de Maputo. Para a recolha de dados servi-me do método etnográfico, onde usei as técnicas de observação directa e participante e conversas informais.

No geral, a literatura existente sobre a alimentação e cuidados de saúde para crianças segrega a alimentação dos cuidados de saúde, perdendo assim de vista outras características associadas, como é o caso das crenças e valores culturais que interferem na escolha dos alimentos e cuidados de saúde destinados às crianças, aspectos que busco aprofundar no presente trabalho.

O argumento desta pesquisa sugere que existem outras lógicas que norteiam a introdução e interrupção de alimentos e medicação caseiros para crianças menores nesta faixa etária, que vão para além das recomendações dos técnicos de saúde. Os resultados desta pesquisa indicam que os adultos, particularmente as mães interrompem o aleitamento materno antes do período indicado pelos médicos nos centros de saúde por considerarem que as crianças (particularmente as do sexo masculino) tendem a crescer dependentes, mimadas e mentalmente atrasadas, se fizerem o aleitamento materno por período prolongado. Algumas mães interrompem o aleitamento por falta de tempo devido a sobrecarga de trabalho doméstico, e seu envolvimento em actividades laborais e escolares. Outras, referem que cessam o aleitamento materno devido a pressão da família, especialmente das sogras, para fazer filhos ainda na juventude. Neste sentido, as mães introduzem novos alimentos (papas, iogurtes, sumos, bolachas) com os quais algumas crianças adaptam-se melhor que outras.

Palavras-Chave: *Amamentação, Desnutrição, Cuidados de Saúde*

Índice

Declaração.....	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
1. Introdução	1
1.1. Problemática	5
2. Revisão De Literatura	7
2.1. Quadro Teórico.....	10
2. 2. Definição De Conceitos	10
3. Metodologia Do Estudo	13
4. Práticas Alimentares Destinadas à Crianças dos 0 aos 5 anos de idade no Bairro de Khongolote, na cidade da Matola.....	17
4.1. Praticas alimentares de crianças que frequentam a escolinha de Khongolote	20
4.2. Cuidados de Saúde Destinados a menores dos 0 aos 5 anos de idade	22
4.3. Significados atribuídos aos remédios caseiros administrados às crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade.....	26
4.4. Experiências de desnutrição infantil e mecanismos de subversão	27
5. Considerações Finais	30
Referências Bibliográficas	32

1. Introdução

De acordo com a Agência das Nações Unidas para Educação e Infância (UNICEF), a desnutrição infantil resulta de dieta inadequada e de problemas de saúde causadas pela insegurança alimentar, de cuidados inadequados da mãe para com a criança, e de serviços de saúde deficientes (UNICEF 2008). Os factores que contribuem para desnutrição resultam de deficiências nas estruturas sociais e institucionais, particularmente da distribuição desajustada de riquezas e de recursos potenciais. No âmbito do combate a desnutrição infantil a UNICEF passou a sugerir que o aleitamento materno fosse uma das primeiras intervenções nutricionais, maternais e de saúde, que a mãe pode e deve empreender para assegurar a saúde do filho. A UNICEF refere ainda que o aleitamento materno satisfaz muitas das necessidades da criança em desenvolvimento.

Ao analisar a realidade na Cidade de Maputo, no domínio da amamentação, Matavel (2004) refere que o conhecimento das vantagens do aleitamento materno para as lactantes não se associou a prática da mesma. O autor refere que a difusão de informação permite que as mulheres adquiram conhecimentos sobre o aleitamento materno. Todavia, o conhecimento sobre o tempo indicado para o aleitamento exclusivo e a certeza de sua importância para o bebé parecem ser insuficientes para conduzir a uma prática adequada.

Perlito (2014) ao avaliar o estado de nutrição e os hábitos alimentares no 1º ano de vida, em crianças dos 0 aos 24 meses da província de Nampula no norte de Moçambique, refere que as crianças desta região apresentam uma elevada taxa de desnutrição (43 por cento), sendo que a desnutrição crónica atinge quase metade destas. Este fenómeno deve-se em parte ao desajuste dos hábitos alimentares da criança com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A autora refere que para ultrapassar essa situação são necessárias medidas político-governamentais de prevenção e promoção de uma alimentação saudável e adequada.

O presente trabalho é de carácter exploratório, e analisa lógicas que orientam as práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas às crianças menores dos 0 a 5 anos no bairro de Khongolote. O tema do presente trabalho enquadra-se no âmbito da Antropologia da saúde. Sempre tive interesse em analisar assuntos ligados a Antropologia da saúde e doença, e quando

tive a oportunidade de desenvolver um tema para o meu projecto de pesquisa, escolhi a nutrição e os cuidados de saúde entre crianças, por perceber que este tinha enquadramento no ramo da antropologia.

O meu interesse pelo tema tem também razões que vão para além das académicas. Surgiu pelo facto de ter experiência do mesmo dentro da minha família, com casos de internamentos hospitalares, de crianças menores de 0 a 5 anos, causados pela interrupção precoce do aleitamento materno e introdução de alimentos e remédios contra-indicados para as crianças. Diante dessas experiências passei a empreender mais em observar os sinais de desnutrição na minha família, assim como entre vizinhos no bairro onde resido, e percebi que várias crianças menores dos 0 aos 5 anos apresentavam sinais de desnutrição. Com o intuito de informar-me melhor acerca das causas, consequências e soluções para o problema da desnutrição crónica passei a ler mais sobre o assunto e a acompanhar atentamente informações ligadas ao assunto na televisão e na internet. Passei também a conversar com mulheres mães sobre suas experiências em relação as práticas alimentares e de cuidados de menores dos 0 aos 5 anos de idade.

Ao longo do tempo, os estudos antropológicos (Velho 1977, Batista 1999, Juma 2017) ligados a questão da alimentação vem se dedicando na descrição de fontes de abastecimento alimentar, predominantemente oriundas da economia de subsistência ou extractiva, com baixa dependência do mercado. Preocupavam-se também pelas práticas e crenças associadas à produção alimentar, a composição da dieta e formas de preparo dos alimentos. Buscavam compreender os hábitos de consumo e dos tabus relacionados aos alimentos, explicar os tabus e crenças alimentares enquanto regras arraigadas, que se impunham particularmente às mulheres em situações após o parto ou em situações de doença.

É neste contexto que o presente trabalho tem como questão de partida: Que lógicas orientam as práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas à crianças menores dos 0 a 5 anos no bairro de Khongolote?

Para responder a questão de partida colocada, o trabalho tem como objectivos:

Geral:

Analisar as lógicas que orientam as práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas à crianças menores dos 0 a 5 anos no bairro de Khongolote.

Específicos:

- i) Descrever hábitos alimentares de crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade;
- ii) Descrever os hábitos alimentares de crianças que frequentam o ensino pré-escolar no centro infantil do Bairro de Khongolote;
- iii) Identificar as narrativas de pessoas adultas sobre os cuidados de saúde destinados a crianças menores de 0 a 5 anos de idade;
- iv) Analisar as experiências das entrevistadas que sofriram com a desnutrição, e os cuidados de saúde tomados para superar.

Esta pesquisa torna-se relevante no campo dos estudos antropológicos da saúde e doença pelo facto de apresentar novos elementos empíricos que permitem (re) considerar a medicação e a alimentação como constituintes e práticas harmónicas para a saúde. É também importante para a Antropologia, em particular para a Antropologia das políticas públicas no sentido em que fornece dados empíricos sobre as lógicas que orientam as mães e as famílias no geral, sobre as suas práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas a crianças menores dos 0 aos 5 anos, contribuindo neste sentido para o debate em torno desta temática.

Em termos práticos, o estudo torna-se relevante para Moçambique ao contribuir para uma reflexão sobre como e o que algumas famílias Moçambicanas entendem sobre alimentação e medicação, particularmente destinados as crianças menores dos 0 aos 5 anos, podendo por isso usar dados dessa reflexão para repensar nas políticas publicas de nutrição e saúde.

Em termos de estrutura, o trabalho contempla seis capítulos, dos quais, o primeiro compreende a presente introdução onde dei a conhecer o objecto deste estudo, a metodologia e o enfoque teórico. No segundo capítulo apresento a metodologia onde elucido sobre as técnicas usadas para a recolha de dados e as limitações da pesquisa. No terceiro capítulo faço a revisão de literatura, onde mostro a maneira como o assunto das práticas alimentares e cuidados de saúde á crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade tem sido tratado ao longo do tempo, nas ciências sociais, em

particular na Antropologia em Moçambique e no Mundo. No quarto capítulo apresento a perspectiva teórica adoptada na pesquisa. No quinto capítulo analiso os dados em linha com a literatura. O sexto capítulo compreende as considerações finais, e reafirmo o argumento que norteia o presente trabalho.

1.1. Problemática

Moçambique localiza-se na região da SADC, região da África Austral onde um conjunto de factores como a seca, as cheias, os conflitos político-militares, a venda do excedente por parte dos camponeses, a morte por HIV-Sida e a queda dos mercados condiciona a disponibilidade de alimentos e agravam a pobreza deixando milhares de pessoas com fome e por conseguinte uma elevada prevalência de desnutrição. É uma região afectada, na sua maioria, por uma enorme insegurança alimentar. Segundo a Organização para Agricultura e Alimentação (FAO) a insegurança alimentar ocorre quando há uma limitação ou incerteza na disponibilidade, acesso de alimentos nutricionalmente adequados, culturalmente relevantes e seguros (Perlito 2014:1).

A desnutrição é uma das principais causas da mortalidade em todo mundo. Segundo o inquérito demográfico de saúde (IDS) 2011, em Moçambique, 49% da população sofre de desnutrição crónica e que afecta 44% das crianças. Uma em cada duas crianças menores de 5anos encontra-se desnutrida.

Em Moçambique, quase metade das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crónica, o que significa que a criança é demasiado baixa para a sua idade. A taxa de desnutrição infantil em Moçambique é considerada pela UNICEF a nona taxa mais elevada de África, devido ao facto das crianças não estarem a receber a dieta mínima adequada. Moçambique apresentou nos últimos 15 anos níveis extremamente elevados de desnutrição crónica (43 por cento). Este problema afecta quase uma em cada duas crianças menores de 5 anos e contribui para mortes infantis e para uma má saúde da criança (UNICEF 2018).

As razões da desnutrição crónica em Moçambique são muitas e complexas. Por um lado, ligam-se a baixa produção de alimentos nas famílias, através da agricultura, considerada a principal fonte de sustento nas famílias rurais, adicionada as más condições de saneamento e higiene que culminam em doenças diarreicas, tanto no meio rural, assim como no meio urbano. Ainda de acordo com a UNICEF, uma outra causa da desnutrição crónica é a inexistência de práticas alimentares adequadas de lactentes e crianças. Esta situação é aliada à fraca cobertura das actividades integradas de comunicação para a mudança do comportamento. As mensagens de educação nutricional atingiram apenas 18 por cento das crianças nas escolas.

Face a situação dos altos índices de desnutrição crónica no país, o Governo de Moçambique identificou parceiros para fazer face a situação de desnutrição no país. A UNICEF, a Visão Mundial e o Banco Mundial fazem parte do conjunto de parceiros. O principal objectivo dessas parcerias é reduzir a desnutrição crónica em crianças menores de 5 anos e atingir as seis metas de nutrição materna, de lactentes e crianças da Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Estas parcerias reforçam também o objectivo quinquenal do governo que havia sido estabelecido até o ano de 2020.

A literatura sobre a alimentação e cuidados de saúde para crianças tende a tratar a alimentação e os cuidados de saúde de crianças como campos dissociados das experiências, o que faz com que se perca de vista os aspectos deveras importantes que conduzem as pessoas a prescrever ou proibir certos alimentos e remédios. Neste contexto, surge a necessidade de aprofundar sobre o tema, buscando dar enfoque a experiências de nutrição e cuidados médicos a crianças menores de 0 a 5 anos. Neste sentido, este trabalho buscou compreender lógicas que orientam as práticas alimentares e cuidados de saúde destinados à crianças menores de 0 a 5 anos de idade no bairro de Khongolote, cidade da Matola.

2. Revisão De Literatura

Nas ciências sociais particularmente na antropologia existem distintas formas de explicar o acto de alimentar-se e nutrir-se. Nota-se a existência de abordagens que dão ênfase a aspectos sociais, culturais, simbólicos, políticos, históricos e económicos embrenhados nas práticas e processos de alimentação e nutrição. Este capítulo fará uma breve explanação de algumas das perspectivas materialista e cultural da alimentação, buscando enfatizar a partir dos textos ora analisados as convergências, divergências e complementaridades entre os autores, e explorando lacunas que espera-se que o presente estudo contribua em cobrir.

Garcia (1997) ao analisar as preocupações relacionadas entre saúde e comportamento alimentar, organizou relatos por categorias temáticas que incluíam a relação entre alimentação, saúde e doença. Os relatos de Garcia enfatizam os seguintes aspectos como a maneira como as pessoas avaliam a sua alimentação, a distinção que elas fazem os alimentos bons dos ruins, relatos de experiências com doenças que implicam cuidados com alimentação e, descrição de práticas alimentares que representam cuidados com a saúde. Segundo o autor, os hábitos alimentares tem sido responsáveis pelas principais doenças crônicas degenerativas típicas do “mundo ocidental”. O autor refere que a alimentação tem sido apontada como responsável pelas doenças actuais e junto da prática do exercício físico, ela está dentre as poucas e prováveis focos de intervenção sanitária ao alcance das instituições de saúde, estando mais inclinado a intervenção individual. O autor conclui que os elementos que constituem as representações sociais vinculadas a saúde podem agravar ou atenuar a relação de causalidade entre a alimentação e a doença, permitindo um convívio pacífico ou não entre as preferências alimentares e os cuidados de saúde.

Canesqui e Garcia (2005) ao reflectir em torno da alimentação, referem-se a esta como fenómeno sociocultural é imprescindível para a vida e a sobrevivência humana modelada pela cultura. De acordo com as autoras, não comemos apenas quantidades de nutrientes e calorias para manter o funcionamento corporal. As autoras explicam ainda que, a comida foi e ainda é um capítulo vital na história do capitalismo. Ainda de acordo com as autoras o gosto e o paladar, são cultivados no emaranhado da história, da economia, da política e da própria cultura. Para as autoras o fato da comida e o acto de comer serem plenos de significados não leva a esquecer que comemos por necessidade vital conforme o meio e a sociedade em que vivemos. Referem ainda que comemos de acordo com a distribuição da riqueza na sociedade. Adicionalmente, as autoras referem que os

grupos sociais marcados por diferenças hierárquias, diferem-se também pelos estilos e modos de comer, e estes estilos são atravessados por representações colectivas, imaginários e crenças.

Canesqui (2005) ao analisar práticas alimentares a partir de metodologias das ciências sociais refere que a alimentação responde não apenas à ordem biológica (à nutrição), mas se impregna pela cultura e a sociedade, por isso para a compreensão das práticas alimentares é pertinente ter em conta uma complexidade de factores dentre os quais destacam-se os ecológicos, históricos, culturais, económicos e sociais. No que tange a dimensão cultural, a autora refere que esta é manifestada por meio de crenças e tabus. A autora explica que existem por exemplo regras e tabus que impedem ou recomendam as mulheres desde o período gestacional ao pós-parto a consumir ou deixar de consumir certos tipos de alimentos sob o pressuposto de garantir boa ou saúde para a gestante ou mãe, assim como para a criança. Sobre a dimensão socioeconómica da alimentação, a autora explica que, os hábitos alimentares resultaram de lógicas relacionadas à racionalidade económica, ao acesso e a selecção dos alimentos. A autora cunha o termo “comida de pobre” para pensar as diferenças sociais postas entre ricos e pobres na sociedade ou entre os pobres em limite inferior da hierarquia e certos alimentos. Quanto a dimensão da alimentação para a saúde, a autora refere que as substâncias ingeridas no acto de alimentar-se operam por meio de um sistema de conhecimento e da relação entre a alimentação e o organismo.

Canesqui (2009) ao analisar a relação entre a alimentação e nutrição concentrou-se nas suas dimensões sociais, culturais, cognitivas e psicológicas. De acordo com a autora as representações da alimentação e nutrição possuem dimensões de representação social que se impõem a subjectividade do individuo. Explica que os processos e práticas alimentares dos indivíduos são fortemente influenciados pela sociedade em que estes têm origem ou estão inseridos. A autora sugere a necessidade de reforço permanente de pesquisa sobre alimentação e nutrição nos seus pressupostos teóricos nas técnicas, nos instrumentos e nos modelos de análise aplicados também as análises históricas e das políticas.

Maciel (2009) ao analisar questões referentes às identidades sociais e culturais relacionadas à alimentação refere que as cozinhas agem como referenciais identitários, estando sujeitas a constantes transformações. De acordo com o autor a alimentação quando constituída como uma cozinha organizada, toma-se um símbolo de uma identidade, atribuída e reivindicada por meio da qual os homens podem se orientar e se distinguir. O autor salienta que, as cozinhas implicam

formas de perceber e expressar um determinado modo ou estilo de vida particular a um determinado grupo assim, o que é colocado no prato serve para nutrir o corpo, mas também sinaliza uma pertença servida como um código de reconhecimento social.

Daniel e Cravo (2009) ao analisar o valor social e cultural da alimentação explicam que a busca, a selecção, o consumo e a proibição de certos alimentos são práticas existentes em todos os grupos sociais e, são norteados por regras sociais diversas e carregadas de significações. De acordo com os autores a proibição ou a prescrição dos alimentos segundo a teoria popular repousam numa certa observação e experimentação de maneira que, apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais não devem ser consideradas irracionais ou desprovidas de uma lógica ou de uma consistência interna mas principalmente devem ser captadas pela riqueza que contêm. Daniel e Cravo (2009) concluem que, o nutricionista deve evitar uma postura dominadora em que o seu saber científico é o verdadeiro e o do cliente é ignorante ou rebelde ou ainda, não deve levar o seu conhecimento pronto ao grupo, mas construí-lo a partir do saber do outro.

Corrêa (2009) ao analisar diferentes culinárias rituais no Rio grande do Sul, Brasil refere que o alimento delimita territórios físico-geográficos, do social e do imaginário. De acordo com o autor o alimento é símbolo de categorias da sociedade humana e sobrenatural que actua na regulação do quadro geral das relações sociais e trocas simbólicas entre indivíduos, grupos e instâncias do mundo sobrenaturais. Conhecer ou não um universo culinário específico significa pertencer ou não a certas categorias da sociedade.

Com recurso a teoria de representação social de Moscovici (1978), Mussa (2016) analisou práticas e representações de consumo alimentar face a introdução da educação nutricional no distrito de Ribaué. De acordo com o autor, existem formas de compreender questões ligadas a alimentação que vão para além dos cânones das entidades oficiais, o que dificulta trabalhos de educação nutricional levadas a cabo por profissionais da área da saúde nutricional. O autor refere ainda que as pessoas vivem e representam-se social e culturalmente em função dos alimentos consumidos. Adicionalmente, o autor refere que condicionalismos económicos e ecológicos influenciam no estabelecimento de hábitos alimentares.

2.1. Quadro Teórico

De acordo com Pons (2009), a antropologia da alimentação aplica-se precisamente ao esclarecimento dos condicionantes culturais e sociais do comportamento alimentar, com base na reconstrução de cada sistema alimentar. O conceito de representações sociais ocupa um espaço significativo no quadro teórico e metodológico de diversas áreas das Ciências Sociais. Como perspectiva teórica, para analisar a maneira como o que os indivíduos entendem sobre alimentação e a maneira como sua compreensão influencia o seu comportamento alimentar e remédios o, o presente trabalho adotará a teoria de representação cultural veiculada nos trabalhos de Moscovici (1978) e de Jodlet (1988).

Adoptarei também as ideias de Daniel e Cravo (2009) segundo os quais, é necessário captar e considerar as lógicas que orientam proibição ou a prescrição dos alimentos segundo a teoria popular, pois, estas repousam numa certa observação e experimentação apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais. Daniel e Cravo (2009) advogam que as lógicas devem ser captadas pela riqueza que contêm. Os autores sugerem a necessidade de, no contexto médico oficial evitar uma postura dominadora, em que o seu saber científico é considerado verdadeiro e o saber popular é ignorado, secundarizado ou rejeitado. As ideias de Daniel e Cravo (2009) permitem considerar que as práticas alimentares e cuidados de saúde prescritas ou proibidas para as crianças menores dos 0 aos 5 anos, residentes no Bairro de Khongolote repousam em lógicas concretas e relevantes para os que seguem-nas.

2. 2. Definição De Conceitos

Alimentação e nutrição

Garcia refere que o uso dos termos alimentação e nutrição condizem. Refere ainda que o termo nutrição está muito inclinado a questão da norma, da dieta regulada. O termo possui um carácter técnico enraizado na biomedicina. Em contrapartida, o termo alimentação ou comida recupera principalmente elementos presentes na experiência pessoal e social.

Baptista Filho (1999) referem que a alimentação é um processo voluntário e consciente, influenciado por factores culturais, económicos e psicológicos, mediante o qual, cada indivíduo consome um elenco de alimentos para atender às suas necessidades Biológicas de nutrição.

Para Mussa (2016) a alimentação é um fenómeno social imbuído de aspectos simbólicos onde a escolha do alimento não é apenas determinada pelas necessidades nutricionais, mas também pelos hábitos alimentares.

Ismael (2013) define a nutrição como sendo o processo através do qual os organismos vivos obtêm alimentos e os usam para o crescimento, metabolismo físico, reparação dos tecidos e células.

Souza (2000), define nutrição como sendo o processo de fornecimento aos organismos animais e vegetais os nutrientes necessários para a vida.

Mussa (2016) ressalta que o conceito desnutrição está associado a noção de boa alimentação, considerada a partir de uma dieta adequada em termos de quantidade de três refeições por dia e a qualidade relativa a quatro grupos diferentes de alimentos, adicionada a actividade física tida como importante para uma boa saúde.

Para Organização Mundial da Saúde OMS (2000), a desnutrição é uma condição originada por um conjunto de factores e complexa que tem suas raízes na pobreza.

Gillespie et al (1996) referem que entende-se por desnutrição doenças de correntes do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou, ainda, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos, geralmente motivado pela presença de doenças, principalmente infecciosas.

Aleitamento/ amamentação

O aleitamento materno é uma das primeiras intervenções nutricionais, maternais e de saúde, que a mãe pode e deve empreender para assegurar a saúde do filho. Satisfaz muitas das necessidades da criança em desenvolvimento (UNICEF, 1978).

A OMS define aleitamento materno de acordo com 4 indicadores estabelecidos em 1981 e que têm sido utilizados no mundo inteiro. O primeiro indicador é designado *Aleitamento materno exclusivo*, no qual a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou remédios; o segundo indicador é designado *Aleitamento materno predominante*, tida como a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No quadro deste indicador a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sumos de frutas, solução de sais de hidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e remédios, e fluidos rituais (em quantidades limitadas). O terceiro indicador é designado *Aleitamento materno*: a criança recebe leite humano (directo do seio ou ordenhado). Por último definiu-se o indicador designado *Aleitamento materno complementado* no qual a criança recebe leite materno, sendo também fornecidos outros suplementos alimentares líquidos ou sólidos.

Hábitos alimentares

Murrieta (2001) refere que os hábitos alimentares são acções individuais, construídas e reproduzidas socialmente, portanto, historicamente produzidas, ecologicamente possíveis, socialmente desejadas e aprovadas e biologicamente.

Fischler (1995), define hábitos alimentares como componentes constituídos por um conjunto de técnicas, de operações simbólicas e de rituais que participam da construção da identidade alimentar de um grupo. Povo ou nação, sendo esse conjunto variável de uma cultura para outra e no interior de uma mesma cultura.

Para Dutrae Marchini (2001), os hábitos alimentares são tipos de escolha e consumo de alimentos por um indivíduo ou grupo, em resposta a influências fisiológicas, psicológicas, culturais sociais.

3. Metodologia Do Estudo

Este estudo é de carácter etnográfico e exploratório. Baseia-se na metodologia qualitativa. Quanto as técnicas adoptadas, recorreu-se a observação directa e participante, conversas abertas e informais.

Oliveira (2006) refere que na realização do trabalho antropológico é pertinente que o pesquisador olhe, ouça e escreva o que acontece no campo de pesquisa. Neste trabalho a recolha e registo de informação foram feitas na base das técnicas de observação directa e participante, conversas sobre as experiências das famílias em relação a alimentação e medicação das crianças menores de 3 a 5 anos.

A observação directa e participante possibilitou-me ver e ouvir os factos directamente de onde decorrem (Quivy e Campenhoudt 1992: 65; Velho 2003: 13). Por meio dela inseri-me nas actividades dos funcionários do Centro Infantil e acedi a informações que por meio de outras técnicas poderiam ser impossíveis de aceder.

Durante a pesquisa observei crianças dos 3 aos 5 anos que chegavam ao centro infantil de Khongolote acompanhadas de seus pais e encarregados. Observei-as também nos momentos em que tomavam as refeições, e quando outras crianças recebiam e tomavam remédios (especialmente Xaropes) indicados e entregues as funcionárias do centro infantil pelos pais e também ajudava nessas tarefas. Observei também mães a amamentarem as crianças, outras a darem papas e outros tipos de alimentos e a darem remédios em suas residências.

A observação permitiu-me conhecer as práticas alimentares e cuidados de saúde destinados às crianças menores dos 0 aos 5 anos, residentes do bairro de Khongolote e que frequentam o Centro infantil com o mesmo nome. Este método permitiu-me ter um ponto de partida sobre as questões a abordar com os interlocutores.

Usei também conversas informais, o que permitiu-me aceder as narrativas e lógicas dos interlocutores sobre práticas alimentares e cuidados de saúde destinados há crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade. Este método permitiu-me também assegurar maior espontaneidade por parte dos interlocutores.

A pesquisa de campo foi realizada no Bairro de Khongolote entre os meses de Julho, Agosto e Setembro do ano 2019 e os meses de Março a Junho de 2020, a mesma privilegiou como técnica de recolha e registo de informação a observação directa e participante, a auscultação sobre itinerários particulares das famílias e conversas abertas. Os dados foram analisados com base na integração à literatura existente, buscando interpreta-los a luz das teorias estabelecidas no campo da antropologia da saúde e doença, a qual lida com o meu assunto de pesquisa.

A minha entrada no terreno tornou-se possível e fácil porque já conhecia os responsáveis e funcionários do centro infantil de Khongolote, dado que algumas crianças na minha família frequentaram a mesma quando eram mais novas. Considerando que o campo é também o bairro onde resido, implicou também facilidade na pesquisa. A comunicação com os interlocutores da pesquisa foi feita em língua portuguesa e em Ci-Changana, apesar de ter pouco domínio desta última.

Para a pesquisa foram privilegiados seguintes perfis de interlocutores: pais e encarregados, particularmente mães com crianças que frequentam o centro infantil de Khongolote e que residem no mesmo bairro, pessoas que tiveram alguma experiência com desnutrição de crianças, mães que estão em fase de aleitamento materno e pessoas conhecedoras de medicação caseira para menores de 0 a 5 anos de idade. Essa selecção permitiu-me associar informações sobre a alimentação, cuidados de saúde das crianças e as lógicas que os pais e encarregados das crianças associam a essas práticas.

Para falar com os pais e encarregados, alguns dos quais são meus conhecidos e vizinhos apresentei-me como estudante de antropologia e falei dos objectivos da minha pesquisa. Os interlocutores simpatizaram com o tema e aceitavam conversar. Outros para além de conversar comigo, indicavam-me outras pessoas que poderiam estar dispostas em conversar comigo e que haviam experiência de situações de internamento hospitalar devido a situação de desnutrição de suas crianças.

Para analisar os dados, primeiro organizei-os em secções de acordo com as tendências que cada assunto conduzia-me, depois correlacionei meus dados com resultados encontrados por autores da revisão de literatura que estava a fazer, buscando encontrar convergências e divergências.

Nesta pesquisa foram também observados aspectos éticos, dos quais destacam-se três. O primeiro aspecto ético observado foi o consentimento informado, onde cada informante que eu abordava, antes de prosseguir com as conversas era explicado acerca dos objectivos do estudo e perguntava se aceitava ou não participar do estudo. Caso os interlocutores aceitassem participar nesses termos, prosseguíamos com a pesquisa. O segundo aspecto ético a observar foi o respeito pela privacidade dos interlocutores. Evitava fazer questões que pudessem apresentar-se como invasão da privacidade aos interlocutores. Substituí a o nome próprio para pseudónimo àqueles interlocutores que não queriam ser identificados na pesquisa.

Em relação aos constrangimentos observados durante o trabalho de campo, um dos constrangimentos foi o acesso aos informantes. Algumas vezes, depois de agendar uma conversa ou visita, os informantes desmarcavam, outros não compareciam ao local marcado, alegadamente por que tinha alguns assuntos a resolver, ou porque haviam mudado de ideia. Diante deste constrangimento, passei a seleccionar apenas aqueles informantes que mostravam sempre disponibilidade, e indicavam-me outras pessoas também disponíveis a contribuir na minha pesquisa através da partilha de suas experiências relacionadas ao meu assunto de pesquisa.

O outro constrangimento observado foi de ordem epistemológica. A dificuldade de observar e descrever algo que era aparentemente conhecido sem projectar excessivamente a minha experiência. Diante desse constrangimento, reflecti continuamente nos textos antropológicos que orientam como pesquisar em contexto que nos é familiar (Velho 1978; Magnani 1991).

3.1. Perfil dos participantes

Participantes	Idade	Estado Civil	Número de filhos	Nível de escolaridade	Ocupação
Inês	64 anos	Viúva	8	4ª Classe	Desempregada
Filomena	22 anos	Em União de facto	1	12ª Classe	Domestica
Cardímicas	32 anos	Em união de facto	2	Técnico médio	Trabalhadora
Belinha	28 anos	União de facto	2	10ª Classe	Vendedeira

Katija	35 anos	Casada	3	Licenciada	Trabalhadora
Joana	45 anos	-----	-----	Licenciada	Nutricionista
Sandra	-----	-----	-----	-----	Educadora
Albertina	58 anos	Casada	5	7ª classe	Trabalhadora
Júlia	24 anos	União de facto	2	Bacharel	Ornamentadora
Telma	68 anos	Casada	6	Não estudou	Domestica
Isabel	55 anos	União de facto	7	Não estudou	Domestica
Teresa	29 anos	Solteira	3	8ª Classe	Desempregada

3.2. Caracterização do local de estudo

O centro infantil de Khongolote está localizado no bairro de Khongolote depois do desvio do konoluene na paragem igreja. Tem duas salas de aula e dois dormitórios. Para o cuidar e educar as crianças há dois educadores, há também duas cozinheiras e três funcionárias responsáveis pelas limpezas. As crianças que frequentam o centro têm direito a três refeições na escolinha, das quais uma é servida por volta das 9 horas, serve-se o chá com pão, papinhas de farinha de milho com leite, 12 horas serve-se o almoço arroz com caril de amendoim, verdura ou carne de vaca e a tarde, por volta das 14 e 30 minutos as crianças são servidas um lanche composto por sumo com bolacha Maria, biscoitos ou bolinhos feitos no local para além das refeições servidas no centro infantil os pais dão lanche que referem que as crianças gostam. As educadoras são responsáveis por servir as crianças na hora das refeições. Quando as crianças estiverem em processo de medicação, os pais quando mandam as crianças para escolinha orientam as educadoras a administrar a medicação.

4. Práticas Alimentares Destinadas à Crianças dos 0 aos 5 anos de idade no Bairro de Khongolote, na cidade da Matola

Percebi que algumas crianças dos 0 aos 5 anos de idade ostentam barrigas grandes e esticadas, pernas e braços finos e cabeças maiores que os ombros, características que têm sido associadas pelos profissionais de saúde assim como pelos leigos como sinais de desnutrição em crianças. Observei também que as mães de algumas das crianças com estas características aparentavam ser jovens entre os 18 a 24 anos de idade, algumas das quais tinham entre duas a três crianças menores de 0 a 5 anos e moravam junto de seus pais ou com seu marido e os pais doações baseadas nas experiências de pessoas conhecidas e de sua confiança tais como seus parentes e vizinhos.

Nesta secção analiso narrativas de adultos, em particular de mães de crianças menores dos 0 a 5 anos de idade, sobre as lógicas e imperativos que orientam a prescrição e administração de alimentos a menores. Mostro que apesar das mães conhecerem as recomendações transmitidas nos hospitais sobre que alimentos a dar as crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade, priorizam dar aos filhos os alimentos que acreditam ser mais eficazes para a saúde e crescimento saudável das crianças.

Os adultos seleccionam os alimentos a dar as crianças com base em crenças na eficácia dos mesmos, nas experiências anteriores com alimentos, e também com base nas condições de acesso aos mesmos, como descrevem as narrativas que se seguem;

Meus netos comem aquilo que temos condições de oferecer. Por mais que digam que não podemos dar isto ou aquilo, ninguém está aqui para nos ajudar a comprar essas coisas que dizem ser boas práticas alimentares para as crianças. Os pais das crianças não trabalham, só se ajeitam com biscoitos. Quando temos milho, fazemos chima para nós adultos, e fazemos papas de farelo para as crianças. Nossos filhos cresceram comendo papas de farelo, que por acaso até são melhores que essas papinhas que vendem nos nigerianos. As crianças que comeram isso são grandes e saudáveis. Será que agora isso pode fazer mal aos outros? (Dona Inês, 64 anos, desempregada, bairro khongolote, 10 de Julho de 2019).

O relato da Inês permite compreender que, A alimentação das crianças é também condicionada por questões de saúde das próprias mães, que para preservar a saúde das crianças encontram-se na obrigação de não amamenta-las, como mostra o exemplo que se segue.

Depois do parto dei o leite do peito e artificial porque o meu peito tirava pouco leite e o bebe não saciava. Percebi porque chorava muito, depois de 1 ano desmamei a criança porque nos meus mamilos tinham feridas grandes, os médicos disseram que podia provocar doença para o bebe (Filomena, de 22 anos de idade, doméstica, bairro khongolote, 02 de Julho de 2019).

A conversa com Filomena permitiu compreender que a alimentação com leite materno para crianças menores dos 0 aos 5anos de idade é condicionado razões médicas, e orientada para a necessidade de preservação da saúde das crianças.

A semelhança da Filomena, Cardimicas teve recomendações médicas para alimentar seus filhos menores, contudo, por imperativos específicos teve que alimentar suas crianças com leite artificial, como descreve na narrativa que se segue.

No hospital tive recomendação de durante os primeiros seis meses de vida do bebé alimentá-lo exclusivamente com leite materno porque é saudável, mas quando meu filho nasceu rejeitou o meu leite. As pessoas mais velhas da família diziam que meu filho não tinha força para chupar do peito, e recomendaram-me a tentar desleitar no copo, e segui o conselho, contudo, não resultava. Foi daí que passei a dar leite artificial, mesmo sabendo que não era recomendável naquela idade, mas não tinha mais nada a fazer. No segundo filho tive o mesmo problema. Chegaram até a recomendar-me tratamentos tradicionais. Disseram que meu leite não era quente o suficiente para engordar a criança, e se continuasse a dá-lo de mamar, podia causar problemas. Não quis seguir nenhum tratamento tradicional, apenas passei a dar leite artificial e, com o passar do tempo, antes mesmo dos seis meses dava também iogurtes e papas instantâneas, assim como fiz com minha primeira sorte, e não causou problemas (Cardimicas, 32 anos, trabalhadora, bairro khongolote, 02 de Julho de 2019).

A conversa com Cardimicas permitiu-me perceber que a administração de alimentos diferentes do leite materno aos seus filhos antes dos 6 meses de idade, contrariamente ao que havia sido recomendada pelos médicos deveu-se a dificuldade dela produzir leite para alimentar os filhos. A

conversa permite compreender também que a experiência de ter alimentado o filho mais velho com leite artificial, iogurtes e papas, sem constrangimentos, influenciou na administração de alimentos ao filho mais novo.

Nota-se que há conhecimento das orientações médicas em relação aos alimentos a administrar às crianças, contudo, há diversos factores que tendem a ter maior impacto na escolha e administração de alimentos, incluindo as preferências das próprias crianças, como mostro na narrativa que se segue.

Quando saio para passear com ele levo biscoitos e laranja a fruta de que ele gosta. Nas palestras que dão no hospital nos ensinam a não dar os nossos filhos menores bolachas de creme apenas dar bolachas sem creme, porque o creme tem muito açúcar e devemos nos dar tempo de preparar frutas batendo no liquidificador e é saudável, não posso dizer que cumpro com todas as recomendações mas faço de tudo para evitar certas coisas para não baixar o peso do meu filho (Belinha, de 28 anos de idade, vendedeira, bairro Khongolote, 03 de Agosto de 2019).

A conversa com Belinha permite compreender que para escolha dos alimentos a dar ao seu filho orienta-se pelas recomendações médicas, que indicam o que é saudável e o que não é, contudo, orienta-se também pelo que percebe que a criança gosta de comer e pela necessidade de manutenção ou elevação do peso do seu filho.

Com um posicionamento parcialmente similar ao da Belinha, Katija refere que para escolher os alimentos que dá a sua criança orienta-se pela satisfação da criança ao alimentar-se.

No hospital dizem que não podemos dar nenhum outro alimento as crianças menores dos 6 meses, nem mesmo água. Devemos dar apenas leite do peito. Mas as crianças não ficam satisfeitas só com leite do peito. Aos meus filhos eu dou água mesmo antes dos 6 meses. Sei que eles próprios do hospital só dizem aquilo da boca pra fora, mas aos filhos deles dão água e outros alimentos. Conheço enfermeiras com filhos menores de 6 meses, que as mães os deixam em casa. Pensas que comem o que? Eu dou outros alimentos que eu acredito serem saudáveis, mesmo que não seja a mesma medida como o leite do peito. Faço isso para reforçar os nutrientes que advém do leite materno. Se dependesse do leite materno pra alimentar os meus filhos eu emagreceria, e assim o risco é de matar a mim, e até matar meu filho a fome (Katija, 35 anos de idade, 20 de Setembro de 2019).

A conversa com Katija por um lado permitiu compreender que as mães das crianças menores seleccionam alimentos a dar as suas crianças orientados pelo que satisfaz as crianças e pela necessidade de reforçar a alimentação dos filhos para que, aqueles que ainda estão fase de amamentação não dependam só do leite materno. Por outro lado permitiu compreender também que existe um discurso dos profissionais de saúde sobre os alimentos que as mães devem dar aos seus filhos menores dos 0 aos 5 anos, contudo, a prática contradiz o discurso desses profissionais, pois, no dia-a-dia, estes dão aos seus filhos menores, alimentos que contra-indicam.

Em linha com o referido por Katija, a nutricionista do Centro de saúde de Khongolote explicou-me que alimentos aconselham que sejam administrados às crianças menores dos 0 aos 5 anos.

Depois do parto nos aconselhamos as mães a darem leite do peito até os seis meses porque é saudável para as crianças depois dos seis adiciona-se as papas, sopa, água e outros alimentos, porque quando se trata de aleitamento exclusivo deve ser apenas o leite do peito. Após os seis meses, as papas de farinha de milho administradas as crianças devem ser enriquecidas com manteiga de amendoim, ovo, uma colher de óleo ou manteiga, banana batida ou assada, amendoim torrado e pilado. Pode também ser administrado a essas crianças papas de milho moído no alguidar, Iogurte Parmalat assim como frutas batidas no liquidificador. Adicionalmente, pode se dar a estas crianças ovo batido, nunca o frito (Nutricionista Joana, de 45 anos de idade, Centro de saúde de Khongolote, 10 de Junho de 2020).

Em relação aos alimentos oferecidos as crianças percebe-se que os adultos recebem prescrições médicas sobre os alimentos que devem administrar às crianças, contudo, orientados por outras lógicas, como satisfação dos gostos das crianças, condições de acesso aos alimentos, experiência de administração de outros alimentos, os adultos oferecem as crianças os alimentos que consideram pertinentes, disponíveis e eficazes para o crescimento o seu crescimento.

4.1. Práticas alimentares de crianças que frequentam a escolinha de Khongolote

Nesta secção analisa as práticas alimentares das crianças menores dos 2 aos 5 anos de idade. Estas crianças frequentam a escolinha de Khongolote e, outras são também residentes do bairro

com o mesmo nome. A análise é feita com base em evidências obtidas através da observação e de conversas com educadoras e encarregados das crianças.

No dia 23 de Julho de 2019, por volta das 8 horas e 30 minutos, observei crianças a chegarem na escolinha. Algumas chegavam acompanhadas por seus encarregados, outras chegavam em carrinhas escolares. Na entrada, as crianças eram recebidas pelas educadoras. As mais novas eram acompanhadas às salas pelas educadoras. Quanto as mais velhas, estas iam as salas sozinhas.

Quando chegavam às salas, algumas crianças deixavam as pastas e iam ao pátio brincar. Outras permaneciam com suas pastas, retiravam seu lanche e comiam logo ao chegar. Dentre os lanches que observei as crianças a comer, destacavam-se bolachas, pipocas de milho, frutas e sandes. Uma das educadoras com que conversei neste dia disse que há crianças que chegam na escolinha já com vontade de comer, dando até impressão que saem de casa sem comer nada. Em contrapartida, outras crianças não manifestavam nenhuma vontade de comer.

Em conversa com a senhora que prepara as refeições das crianças na escolinha referiu que, actualmente, nas manhãs o centro infantil de Khongolote serve as crianças papas de milho, sopa de feijão ou de legumes. Anteriormente serviam chá com manteiga ou com batata frita, mas, os encarregados das crianças sugeriram que pela manhã devia-se passar a servir comidas mais leves para as crianças. O pequeno-almoço tem sido servido por volta das 8:30 as 10horas

Para o almoço das crianças costuma-se servir arroz com carril de frango, carril de couve preparado com amendoim e coco, massas esparguete, entre outras comidas. Uma das educadoras com a qual interagi revelou-me que nos dias em que prepara-se frango, as crianças comem e não resta nada no prato, o que não acontece nos dias que se oferece carril de couve ou outros legumes e vegetais como refeição. O mesmo sucedia quando se servia batatas fritas, todas crianças comiam tudo, mas quando são papas de milho, as crianças rejeitam, inventam que estão com dores de barriga.

As educadoras referiram quem alguns encarregados quando trazem as crianças, trazem-nas com merendas para serem servidas aos filhos em todas refeições do dia, e aconselham-nos dar apenas aquelas merendas as suas crianças.

As mães das crianças orientam-nos o que dar as suas crianças. Elas mesmo trazem as próprias merendas das crianças. Aquelas crianças que não trazem merenda, comem o que a escolinha tem a dar. O que está prescrito no nosso cardápio, que também varia (Sandra, educadora infantil, quarto ano).

A conversa com a educadora Sandra permitiu-me compreender que as práticas alimentares das crianças são baseadas nas orientações dos encarregados das crianças. As mães disponibilizam merendas para que as crianças alimentem-se daquilo que as mães orientam que sejam alimentadas. Esta explicação está alinhada ao que uma das encarregadas das crianças referiu em uma das conversas sobre práticas alimentares das crianças.

Em conversa com uma das encarregadas, que por dois dias observei que trazia merenda para o seu filho, esta referiu que o filho deve seguir a dieta recomendada para a sua idade, e não pode comer coisas pesadas para a sua idade, como as que são servidas no centro infantil de Khongolote. Esta referiu ainda que crianças até os 5 anos carecem de comidas muito leves como leguminosas e muita fruta.

A educadora do quinto ano, com a qual interagi, disse que algumas mães criam chiliques para as crianças. Exigem refeições saudáveis, mas são as primeiras colocarem nas merendeiras dos filhos pipocas processadas industrialmente e chocolates e outras guloseimas.

Com base nas conversas e observações realizadas no centro infantil de Khongolote percebi que as práticas alimentares das crianças que frequentam o centro infantil de Khongolote são diversas. São baseadas no cardápio estabelecido naquela instituição, contudo sofrem interferência dos encarregados, que orientam as educadoras o que deve ser dado as suas crianças.

4.2. Cuidados de Saúde Destinados a menores dos 0 aos 5 anos de idade

Esta secção analisa as narrativas de pessoas adultas, mães de crianças que frequentam a escolinha de Khongolote e outros residentes do Bairro, sobre os cuidados de saúde destinados a crianças menores de 0 a 5 anos de idade.

A semelhança da alimentação, no dia-a-dia, os adultos prescreve remédios caseiros às crianças, orientados por pessoas mais velhas e guiados por crenças na eficácia destes remédios. Outros

ainda definem os cuidados de saúde para as crianças orientados por experiências da reacção das crianças a esta medicação.

As mães das crianças administram remédios caseiros orientados pelas pessoas mais velhas com as quais convivem, que acreditam e advogam que essa medicação é eficaz, como descreve-se nas narrativas que se seguem.

O remédio de lua é composto por dois tipos misturados, um apresenta-se em folhas, outro em pedacinhos do troco de uma árvore. Estes dois devem andar sempre juntos, senão não tem efeito. Os pedacinhos são fervidos em uma panelinha de barro e as folhas são postas de molho na concha de um caracol. Estes dois são chamados remédio de lua, e dá-se a criança até completar cinco anos de idade, de modo a controlar sua saúde, evitar dores de barriga constantes. Serve também para evitar que as crianças tornem-se malandras. Por isso que quando uma criança é indisciplinada, costuma-se dizer que não tomou remédio de lua. Existe um remédio designado dlayanyoka¹ que é administrado nas crianças menores de 0 aos 5 anos de idade. Dá-se esse remédio as crianças para controlar problemas de dores de estômago. As crianças quando sentem dores de estômago choram e não aceitam comer. Dizer que dlayanyokanão substitui o remédio de lua. Este serve apenas para dores de estômago. Eu recomendo as minhas noras a darem remédio de lua frequentemente nas crianças, porque quando as crianças tomam remédio de lua, nenhuma gripe ou febre abala-os facilmente. Há uma coisa que chamamos de xilala. Essa coisa pode ser visível ou invisível. Quando visível aparece na parte frontal da cabeça das crianças, e alastra-se até a nuca e, a cabeça da criança fica muito grande. Nesses casos em que é fácil detectar, é também fácil de tratar. Mas quando cai por dentro do organismo, fica invisível, só os adultos e conhecedores dessas doenças tradicionais é que detectam. A criança com xilala perde apetite, tem vômitos e diarreias. Se não detectado a tempo o xilala pode matar. As crianças com xilala ficam desnutridas. Para tratar xilala há uma pele de animal que ferve-se e dá-se a criança para tomar. Amarra-se também outra pele no mesmo animal no pulso ou pescoço da criança (Dona Albertina, 58 anos, avó de criança de 5 anos de idade, residente em Khongolote).

¹Dlayanhoka, traduzido em changana significa matar cobra. A cobra que se refere são lombrigas. Dona Albertina explicou que quando a criança tem dores de barriga é porque tem lombrigas e, deve-se tratar dessas lombrigas, porque quanto mais circulam, enrolam-se no estomago das crianças e criam-lhes dores de barriga.

A conversa com Dona Albertina permitiu-me conhecer a composição do remédio de lua e suas aplicações para a saúde das crianças. Permitiu-me também conhecer *dlayanyoka* e saber que este não substitui o remédio de lua e que, se o remédio de lua for administrado frequentemente às crianças, estas dificilmente são abaladas por gripes. Adicionalmente permitiu-me saber o que é *xilala*, como é tratado e as implicações da criança ter *xilala* não tratado.

O meu filho toma o remédio de lua todos os dias, que busco em Benfica na vovó Marta desde os 3 meses mas, quando paro de lhe dar por alguns dias ele fica agitado, faz xixi nas calças, torna-se desobediente, me põe com areia, aquece o corpo no período nocturno e quando come alguma coisa vomita e essa mudança de comportamento logo percebo que não esta bem e logo procuro a Vovó. No caso do meu filho sentir cólicas ou dores de barriga lhe dou phalha- Kufaque são folhas verdes de uma planta onde junto um pouco de sal e pilo depois dou tomar o líquido (Belinha, 28 anos de idade, vendedeira, bairro Khongolote, 13 de Setembro de 2019).

A conversa com Belinha permite compreender que ela administra remédios caseiro ao seu filho porque acredita que assim evita que ele fique agitado e também mantém-no obediente. Administra-os também porque acredita que ajuda a controlar cólicas e dores de barriga no filho.

A semelhança da Belinha, Júlia também administra “remédio de lua” ao seu filho sob pressupostos similares aos da Belinha. Começou a dar por recomendação de sua mãe que acredita que ao administrar essa medicação pode evitar que a criança tenha febres, cólicas e vômitos.

Num fim-de-semana, quando meu filho tinha 3 meses, fui visitar a minha mãe e perguntou-me se dava remédio de lua ao bebé. Respondi que não porque ainda era pequeno e, ela disse-me que devia começar a dar e o meu bebé. Também vinha ouvindo algumas conversas com os mais velhos que a lua é amigo das crianças e sempre que aparece provocava febres, cólicas até vômitos mas a partir de tudo isso, passei a levar remédio de lua numa vovó no Infulene. Não conheço os nomes das raízes e nem das folhas. Quando meu filho tinha 1 ano e 6 meses apresentava uma barriguinha estranha. Levei-o na vovó onde levava remédio, e ela deu-me uma folha de chá para passar a fazer chá para o menino. Aquilo melhorou rapidamente (Júlia, de 24 anos de idade, ornamentadora de eventos, bairro de Khongolote, 30 de Agosto de 2019).

A conversa com Júlia permitiu-me compreender que as mães das crianças administram remédios caseiros às crianças sob orientação de pessoas mais velhas que acreditam na eficácia dos mesmos. Compreendi também que as mães tomam conhecimento sobre os remédios caseiros em conversas com pessoas mais velhas que elas. O conhecimento dos remédios caseiros pelas mães das crianças é parcial, contudo, isto não obsta a administração dos remédios às crianças.

A semelhança da Júlia, Filomena de 22 anos administra remédios caseiros ao seu filho desde o seu nascimento, apesar de ter diminuto conhecimento sobre os remédios que administra, contudo, refere que administra tais remédios por acreditar na sua eficácia.

Logo que meu filho nasceu dei remédio de lua, porque quando ele estivesse a dormir assustava e chorava, então disseram-me que era por causado amigo dele. Não sei explicar o porque de chamarem a lua de amigo das crianças os mais velhos é que sabem. Dei o remédio que recomendaram para essa doença, e sempre que dava acalmava-o. (Filomena, de 22 anos de idade, doméstica, bairro Khongolote, 02 de Julho de 2019).

Nota-se nessa explicação que além do conhecimento sobre a medicação orientada pelos mais velhos para que as mães dêem as crianças, outra lógica que orienta as mães na administração de remédios caseiros nas crianças é a experiência sobre a eficácia destes remédios.

No geral, em relação aos cuidados de saúde destinados as crianças menores dos 0 aos 5 anos percebi que os adultos administram remédios caseiros, especialmente o remédio de lua, orientados por pessoas mais velhas. Fazem-no mesmo tendo conhecimento pouco conhecimento sobre os remédios que administram, contudo, a crença na sua eficácia não obsta a prática de medicar as crianças com esses remédios. Administram o remédio de lua para controlar irregularidades no comportamento das crianças, convulsões, febres, cólicas e vômitos.

Na secção que se segue explico a relação que as pessoas adultas, particularmente as mães de crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade estabelecem entre práticas alimentares e cuidados de saúde destinados á crianças. Com base nas narrativas dos meus interlocutores explico a associação que estes adultos estabelecem entre o incumprimento de certas regras de higiene, a não administração de remédios caseiros em crianças com a desnutrição.

4.3. Significados atribuídos aos remédios caseiros administrados às crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade

Nesta secção analiso os significados atribuídos aos remédios caseiros, com destaque no remédio da lua, um dos remédios caseiros administrados às crianças menores dos 0 aos 5 anos de idade. O remédio da lua é administrado nas crianças para controlar vários tipos de indisposições, incluindo a alteração do comportamental psicológico. Nesta secção analiso também a associação feita entre a lua e as crianças menores de 0 aos 5 anos de idade.

Chamamos aquele remédio de remédio de lua porque é através dele que controlamos os males que atormentam as crianças aquando da chegada de uma nova lua. Quando a criança não é dada remédio de lua de forma devida, quando chega uma nova lua, elas tendem a adoecer. Tem tido diarreias, dores de barriga e outras indisposições. As mães jovens ficam sempre assustadas, mas nós crescidas sempre sabemos do que se trata. Quando o mal-estar da criança é causado pela alteração da lua, pode-se levar a criança ao hospital, medica-la com remédios dados no hospital, mas não melhora antes de tomar o próprio remédio da lua. Muitos jovens teimam em dar remédio de lua porque pensam que são modernos, não dão ximbitanas, sendo que eles próprios sobreviveram porque dávamos esses remédios. Outros, na hora da verdade, quando vêem que a coisa está mesmo mal acabam recorrendo aos remédios caseiros, porque sabem que são importantes (Dona Telma, 68 anos, bairro de Khongolote).

A conversa com Telma permitiu-me compreender que atribui-se o nome de remédio de lua ao remédio administrado as crianças pelo facto de ser usado para evitar ou controlar indisposições que podem assolar as crianças quando chega uma nova lua. A conversa permitiu-me compreender também a relevância atribuída a este remédio pelas pessoas adultas, e a insatisfação destas por perceberem que as pessoas mais novas não atribuem a mesma relevância.

A associação feita pela Telma em relação o aparecimento de uma nova lua e os mal-estares que podem assolar as crianças é também encontrada na explanação feita por Vovó Isabel em relação ao mesmo assunto, como mostra a narrativa que se segue.

Diz-se que a lua é amiga das crianças porque quando não controlada provoca muitas coisas como dores de barriga, febre, dores de cabeça, convulsões até falta de apetite. Aqui em casa os meus filhos não tiveram problemas de recaídas de convulsões, mas,

assisti isso na minha vizinha. Ela tinha um filho de cinco anos que apesar de tomar remédio de lua passava muito mal de convulsões. A pessoa que lhes havia dado o remédio não tinha boa mão. Tiveram que trocar o lugar onde iam buscar o remédio, e foi daí que a criança melhorou (Vovó Isabel, de 55 anos de idade, bairro Khongolote, 27 de Fevereiro de 2020).

A narrativa supracitada permitiu-me compreender que o significado atribuído ao remédio de lua, não reside apenas na sua eficácia em si só, mas esta também condicionada a pessoa que fornece o remédio. No que, se a pessoa não tiver boa mão, o remédio pode perder a sua eficácia.

No geral, nesta secção percebi que ao remédio administrado as crianças menores de 0 aos 5 anos de idade atribui-se o nome de remédio de lua pelo facto de ser usado para evitar ou controlar indisposições que assolam as crianças quando chega uma nova lua.

4.4. Experiências de desnutrição infantil e mecanismos de subversão

Nesta secção analiso narrativas sobre as experiências com desnutrição e os cuidados de saúde tomados para subversão. Esta secção baseia-se em conversas com pessoas adultas residentes no bairro de Khongolote, algumas das quais são mães de crianças que já tiveram problema de desnutrição.

A desnutrição infantil é normalmente analisada estritamente como consequência da insuficiência de nutrientes necessários para o desenvolvimento do organismo das crianças. Contudo, esta secção mostra que no bairro de Khongolote a desnutrição é tida também como consequência da transgressão pelos adultos de normas sociais, como podemos ver nos trechos que se seguem.

Quando meu filho completou 2 meses de vida passou a rejeitar meu leite. Ficou desnutrido. Tentei administrar leite Nani, mesmo que ainda não fosse recomendado, rejeitou. Troquei de marca de leite, passei a comprar leite da farmácia, mas nada resultava. Levei-o ao hospital onde ficamos internados por dois dias, e depois fomos liberados. De regresso a casa, nada melhorava. Em uma semana meu filho que estava a engordar perdeu muito peso. Fiquei muito preocupada, com medo de perder meu filho. Mas depois meus sogros recomendaram-me a ir a uma senhora que trata de crianças com recurso a métodos tradicionais. Quando lá fui, a senhora disse que meu filho tinha xilala. Depois de observar meu peito e minha parte íntima, disse também que eu sofria de

Kutsamiwa. Propôs-nos tratamento para mim e para meu filho. Ao meu filho ela deu um remédio que preparou na base de uma pele de animal. Amarrou-o também um fio com um preparado de remédio enrolado numa pele de animal. A criança vomitou sujeira e ficou mais fraca, mas depois melhorou e tomou leite. Daquele dia em diante, passou a tomar leite normalmente. A mim, a senhora fez uns cortes no peito e deitou um pó. Fez também uns cortes na área da genitália. Disse-me que se continuasse a fazer filhos com aquele problema, corria risco das crianças não sobreviverem. Disse também que meu leite é que adoecia a criança por causa do Kutsamiwa (Teresa, 29 anos de idade, mãe de duas crianças).

A conversa com Teresa permitiu-me compreender que ela teve uma experiência de ter uma criança desnutrida, cuja causa foi associada ao *xilala* na criança e ao *Kutsamiwana* mãe. A conversa permitiu-me compreender também que para subverter este problema recorreu ao hospital, mas sem efeito, recorreu também a tratamentos tradicionais que havia sido recomendada pelos sogros. Neste sentido, torna-se também conhecer o itinerário terapêutico seguido pela Teresa para resolver o problema da desnutrição do filho.

*As crianças podem ficar desnutridas não mesmo comendo ou sendo amamentadas devidamente, contudo, essas coisas de pegar criança, dar de comer ou amamentar tem regras, e essas regras se não forem bem seguidas há consequências. Por exemplo, antes de a criança atingir um mês de vida não deve ser alimentada e segurada por pessoas que estejam impuras, mesmo que sejam os próprios pais. Os pais não podem envolver-se em actos sexuais antes de cair o cordão umbilical da criança senão a criança cresce desnutrida. Para evitar situações dessas, quando minhas noras dão parto convido-as a virem passar o primeiro mês comigo de modo a evitar situações. Os mais jovens dessa geração não se seguram. Por mais que a esposa se segure, o pai pode fazer coisas fora e voltar quente² e ainda querer segurar a criança. Como já aconteceu aqui em casa essa coisa do meu neto ser *djambelado*³ pelos pais e depois não crescer bem. Só conseguimos tratar o problema da criança com água de embondeiro⁴ que usamos para lavar o corpo*

²Estar quente foi expressão usada pela entrevistada para referir-se a alguém que manteve relações sexuais em um período não superior a 24 horas.

³Djambelado é uma expressão que vem do termo em Ci-changana, *KuDjambela*, que designa transgredir a regra que orienta aos pais a evitarem manter relações sexuais enquanto os filhos ainda são menores de 1 mês.

⁴De acordo com a Isabel, ao fazer tratamento da desnutrição com água de embondeiro não se pode lavar a cabeça da criança com essa água, nem gotejar uma só gota, senão a cabeça pode crescer muito.

da criança, de modo a engordar. Por isso actualmente tomo todo cuidado para evitar o pior. (Vovó Isabel, de 55 anos de idade, bairro Khongolote, 27 de Fevereiro de 2020).

A conversa com Vovó Isabel permitiu-me compreender que teve uma experiência de desnutrição de um dos seus netos devido a transgressão de regras que haviam sido sugeridas aos pais da criança e, para subverter a situação de desnutrição do neto recorreu a um tratamento com água de embondeiro.

No geral, esta secção permite compreender que entre os residentes do Bairro de Khongolote existem distintas explicações sobre o que se compreende como sendo as causas da desnutrição e, diante das experiências de desnutrição das crianças, apesar de alguns recorrerem aos hospitais para buscar soluções, encontram em tratamentos caseiros os mecanismos para subversão da desnutrição.

Sucedem que os programas destinados a dar face a problemática da desnutrição infantil ao concentrarem-se mais na difusão de informações (permanentemente difundidas e conhecidas pelo público-alvo) como forma de efectivar os planos de governos nacionais e agências internacionais do desenvolvimento, perdendo assim de vista lógicas e experiências que orientam as práticas alimentares de seu público-alvo. Passam também a compreender e a explicar pouco outros factores que favorecem a desnutrição.

5. Considerações Finais

O presente trabalho analisou lógicas que orientam práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas às crianças menores dos 0 a 5 anos no bairro de Khongolote. Neste trabalho seguiu a metodologia qualitativa. Quanto às técnicas, recorreu-se à observação directa e participante, conversas abertas e informais.

O trabalho enquadra-se no âmbito da Antropologia da saúde. Sempre tive interesse em analisar assuntos ligados à Antropologia da saúde e doença, e quando tive a oportunidade de elaborar um tema para o meu projecto de pesquisa, recorri logo à nutrição e medicação de crianças por perceber que este tinha enquadramento no ramo da antropologia em que pretendia ancorar-me.

Como perspectivas teóricas recorri às ideias de Pons (2009), que explica a maneira como aplica-se a antropologia para compreender questões de alimentação. Recorri também às ideias de Moscovici (1978) e Jodlet (1988) para analisar a maneira como o que os indivíduos entendem sobre alimentação e a maneira como sua compreensão influencia o seu comportamento alimentar e remédios, o presente trabalho adoptou a teoria de representação cultural veiculada por.

Adicionalmente recorri às ideias de Daniel e Cravo (2009) segundo os quais, é necessário captar e considerar as lógicas que orientam proibição ou a prescrição dos alimentos segundo a teoria popular, pois, estas repousam numa certa observação e experimentação apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais.

Os resultados deste trabalho sugerem que na prescrição dos alimentos oferecidos às crianças os adultos recebem prescrições médicas sobre os alimentos que devem administrar às crianças, contudo, orientados por outras lógicas, como satisfação dos gostos das crianças, condições de acesso aos alimentos, experiência de administração de outros alimentos, os adultos oferecem às crianças os alimentos que consideram pertinentes, disponíveis e eficazes para o seu crescimento.

As práticas alimentares das crianças que frequentam o centro infantil de Khongolote são diversas. São baseadas no cardápio estabelecido naquela instituição, contudo sofrem interferência dos encarregados, que orientam as educadoras o que deve ser dado às suas crianças.

Em relação aos cuidados de saúde destinados às crianças menores dos 0 aos 5 anos percebi que os adultos administram remédios caseiros, especialmente o remédio de lua, orientados por

pessoas mais velhas. Fazem-no mesmo tendo conhecimento pouco conhecimento sobre os remédios que administram, contudo, a crença na sua eficácia não obsta a prática de medicar as crianças com esses remédios. Administram o remédio de lua para controlar irregularidades no comportamento das crianças, convulsões, febres, cólicas e vômitos.

Quanto ao remédio administrado as crianças menores de 0 aos 5 anos de idade atribui-se o nome de remédio de lua pelo facto de ser usado para evitar ou controlar indisposições que assolam as crianças quando chega uma nova lua.

Entre os residentes do Bairro de Khongolote existem distintas explicações sobre o que se compreende como sendo as causas da desnutrição e, diante das experiências de desnutrição das crianças, apesar de alguns recorrerem aos hospitais para buscar soluções, encontram em tratamentos caseiros os mecanismos para subversão da desnutrição.

Esta pesquisa torna-se relevante no campo dos estudos antropológicos da saúde e doença pelo facto de apresentar novos elementos empíricos que permitem (re) considerar a medicação e a alimentação como constituintes e práticas harmónicas para a saúde. É também importante para a Antropologia, em particular para a Antropologia das políticas públicas no sentido em que fornece dados empíricos sobre a as lógicas que orientam as mães e as famílias no geral, sobre as suas práticas alimentares e cuidados de saúde destinadas a crianças menores dos 0 aos 5 anos, contribuindo neste sentido para a o debate em torno desta temática. O estudo torna-se relevante para Moçambique ao contribuir para uma reflexão sobre como e o que algumas famílias Moçambicanas entendem sobre alimentação e medicação, particularmente destinados as crianças menores dos 0 aos 5 anos, podendo por isso usar dados dessa reflexão para repensar nas políticas públicas de nutrição e saúde.

Referências Bibliográficas

Canesqui, Ana e Garcia, Rosa. 2005. Uma introdução a reflexão sobre abordagem sociocultural da alimentação. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Canesqui, Ana. 2005. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da Alimentação. *In: Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.), Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Corrêa, Norton. 2005. A Cozinha é a Base da Religião: a culinária ritual no batuque do Rio Grande do Sul. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Daniel, Junbla e Cravo, Veraluz. 2005. Valor Social e Cultural da Alimentação. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Diez Garcia, Rosa Wanda. 1978. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Phisys: Revista de saúde colectiva*. 7 (2): 51-68

Hernández, Jesús. 2005. Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Jodlet, Denise. 1988. A representado social: fenómenos, conceitos e teoria. *In: psicologia social II*. Moscovici, Serge (org). 2 ed. Barcelona: Paidós. Pp:469-494

Maciel, Maria. 2005. Identidade Cultural e Alimentação. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Marconi, Marina de Andrade, Lakatos, Eva Maria. 2008. Fundamentos de metodologia científica. 6ª. Ed São Paulo. Atlas.

Matavel, Osvaldo. 2004. “Conhecimentos sobre aleitamento materno na cidade de Maputo”. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: Universidade do Porto.

Moscovici, Serge. 1978. Representação social da psicanalise. Rio de Janeiro: Zahar

- Nóbrega, Fernando José. 2001. Atenção à criança desnutrida e máreas urbanas. Temas denutrição em pediatria. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria
- Pereira, Ingrid; Andrade, Lára; Spyrides, Maria e Lyra, Clélia. 2017. “Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional”. 22(10): 3341-3352.
- Perlito, David. 2014. “Avaliação do Estado de Nutrição e dos Hábitos Alimentares no 1º ano de vida de crianças dos 0 aos 24 meses da província de Nampula, Moçambique”. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: Universidade do Porto.
- Pons, Sílvia. 2005. Pontos de Partida Teórico-metodológicos para o Estudo Sociocultural da Alimentação em um Contexto de Transformação. *In: Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, Canesqui, Ana e Garcia, Rosa (Org.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Tagliaei, Itamar. 2006. Crescimento, Actividade Física, Performance E ingestão alimentar em crianças indígenas, urbanas e rurais. Dissertação de Doutoramento em Saúde da Criança e do Adolescente: Universidade Estadual de Campinas.
- Unicef,1997.SobrevivênciaeDesenvolvimentoInfantil.Maputo.
- Unicef, 2008. Sistema de VigilânciaNutricional, Maputo: MISAU.
- World Health Organization (WHO). 1995. Physical status: the use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Geneva: World Health Organization.
- Magnani, José.1991. A rua quinze, da praça, a praça: um exercício antropológico. Panará: Pontifícia Universidade Católica do Panará.
- Velho, Gilberto. 1978. “Observando o Familiar”, in Nunes, Edson de Oliveira. A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.pp.1-13.