UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
A POLITÉCNICA

INSTITUTO SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS E NEGÓCIOS – ISAEN

PERCEPÇÃO DAS MÃES E CUIDADORES DE CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE, EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, NO POVOADO DE MALANHA, DISTRITO DE QUELIMANE.

ROSALINA ALVES SILIMA CAMILO

QUELIMANE
2024

ROSALINA ALVES SILIMA CAMILO

PERCEPÇÃO DAS MÃES E CUIDADORES DE CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE, EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, NO POVOADO DE MALANHA, DISTRITO DE QUELIMANE

Dissertação apresentada no programa de Mestrado em Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade Politécnica como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Doutora Maria Acácia Ernesto Lourenço

Co - orientador: Prof. Doutor Luís Varandas

Quelimane

2024

Dedicatória

Dedico esta pesquisa as crianças e suas mães/ cuidadores que participaram nesta pesquisa, e aqueles que conheci ao longo do meu envolvimento com esse tema, tão encantador e desafiador. Às memórias dos meus irmãos: Leonardo Alegria e Anselmina, que conduziram e incentivaram na minha educação formal.

Agradecimento

O meu reconhecimento vai antes a **DEUS** pelo dom da vida, pela fé e perseverança para vencer os obstáculos e realizar as oportunidades que colocou na minha vida.

Aos meus pais, Mário Camilo e Bernadete José Alves, pelo amor, pela orientação formal da minha infância, dedicação e incentivo nessa fase do curso de mestrado e durante toda minha vida, aos meus irmãos Ir. Justina, Ravieza, Mariana, Samuel e Celso por tudo. Levo-vos sempre no meu coração.

Ao meu esposo, Eduardo João Vida, pela paciência, companheirismo e colaboração ao longo do curso e nos momentos da minha ausência. O meu agradecimento vai redobrado para meus filhos Wilson, Claudete, Rubinho, Eduarda e Kaínila, por serem os mais sacrificados pela minha "ausência em presença. "

Agradeço muito, especialmente, ao meu orientador, Professor Luís Varandas, e à Doutora Maria Acácia Ernesto Lourenço, por compreenderem e apoiarem de uma forma particularmente singular, mesmo com as minhas dificuldades.

Agradeço ao meu primo amigo Guido Veríssimo, que nos últimos tempos esteve presente me dando muita força e apoio, em momento foi a luz em períodos de escuridão.

E muito grata ao Professor Jorge Atouguia, que pela graça contribuiu de forma directa ou indirecta para as orientações que recebi durante todo o curso, pude estar realizando mais este sonho. Lembro que, durante o percurso das aulas fiquei doente, quase a desistir, mas o Professor Atouguia me ofereceu muita ajuda moral e condicionou que eu pudesse realizar as avaliações perdidas no "momento que estive internada," A todos os professores do curso do mestrado em saúde Pública e Medicina Tropical da Escola Superior de Altos Estudos e Negócios, a Universidade Politécnica Delegação de Quelimane, pelo acolhimento, carinho, paciência e fundamentalmente pelo ensino e transmissão dos seus conhecimentos.

Aos meus amigos e colegas do mestrado, pela amizade, força e respeito, é sempre gratificante conhecer.

Ao centro de saúde de Malanha em particular aos profissionais de saúde Enfermeira Lucrécia, que efectuei a recolha de dados para a presente pesquisa, agradeço o acolhimento e a simpatia.

As crianças, mães e cuidadores pelo exemplo da vida e pela confiança.

“Alimentação complementar adequada da criança em aleitamento materno é óptimo para crescimento e desenvolvimento.”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Resumo

A promoção da alimentação complementar saudável vem se tornando uma prioridade na agenda da política de alimentação e saúde. A alimentação complementar é de extrema importância, pois não influência apenas o estado nutricional actual da criança, como também constitui seus hábitos alimentares, que serão estabelecidos e continuarão na adolescência e na fase adulta. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde de Estação Malanha, no posto administrativo de Maquival, no distrito de Quelimane, província da Zambézia, com objectivo de avaliar o conhecimento das mães e cuidadores de crianças de seis a vinte quatro meses em relação à alimentação complementar. Trata-se de uma pesquisa de carácter exploratório, descritivo e explicativo, sendo apresentados conceitos, métodos e, para a garantia da recolha de dados, foi utilizado um questionário. Os resultados da pesquisa permitiram concluir que as mães estão recebendo orientações em relação à alimentação, amamentação nas consultas de pré-natal e pós-parto durante a lactação, e que as mesmas consideram importante. A prática do aleitamento materno exclusivo mostrou-se que está associada à escolaridade e ao trabalho materno. Em relação à primeira característica, e embora a escolaridade seja muito baixa, a maioria apenas frequentou o nível primário, constatou-se ainda que as mães que frequentaram a escola amamentaram em exclusivo até aos 6 meses com maior frequência. As mães que têm como principal ocupação o trabalho doméstico, apresentaram menor frequência de aleitamento exclusivo até os 6 meses. Isto mostra claramente que a escolaridade da mãe e a ocupação são factores que influenciam o aleitamento exclusivo das crianças até os 6 meses, no centro de saúde de estação Malanha.

Palavras-chave: Mães; Cuidadores; Amamentação; Alimentação Complementar.

Abstract

The promotion of healthy complementary foods has become a priority on the food and health policy agenda. Complementary feeding is extremely important, as it not only influences the current nutritional status of the child, but also constitutes their eating habits, which will be established and will continue into adolescence and adulthood. The research was carried out at the Malanha health center, in the district of Quelimane, administrative post of Maquival, province of Zambezia, with the purpose of evaluating the knowledge of mothers and caregivers of children aged six to twenty four months, in relation to complementary feeding. It is an exploratory, descriptive and explanatory research, presenting concepts, methods and a questionnaire was used to guarantee data collection. The survey results led to the conclusion that mothers are receiving guidance regarding food, breastfeeding in prenatal and postpartum consultations and during lactation, and that they consider the practice important. The practice of exclusive breastfeeding was shown to be associated with maternal schooling and work. Regarding the first characteristic and although education is very low, with only the primary level, it was also found that mothers who attended school breastfed exclusively up to 6 months of age more frequently. Mothers whose main occupation is housework showed a lower frequency of exclusive breastfeeding up to 6 months of age. This clearly shows that the mother's education and occupation are factors that influence the exclusive breastfeeding of children up to 6 months of age at the Malanha health centre.

Keywords: Mothers; Caregivers; Breast-feeding; Complementary Food; Food Introduction.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização da população.....40

Tabela 2 - Quantas vezes frequentou as consultas pré-natal.....41

Tabela 3 - Pontuação obtida da frequência das consultas pré-natal.....42

Tabela 4 - Curva de crescimento.....43

Tabela 5 – Distribuição de frequência de parto na maternidade.....44

Tabela 6 - Inicio de introdução de água na criança.....44

Tabela 7 - A sua criança já começou a consumir outros tipos de alimentos.....45

Tabela 8 - Proveniência dos alimentos preparados.....46

Tabela 9 - Número de vezes diário que a criança come.....46

Tabela 10 - Consistência da comida introduzida na criança versus idade.....47

Tabela 11 - Idade versus estado civil.....49

Tabela 12 - Nível de escolaridade versus amamentação da criança até seis meses ….....49

Tabela 13 - Ocupação versus amamentação da criança até seis meses de idade.....50

Tabela 14 - Consultas pré-natal regular durante a gravidez e aconselhamento nas consultas pré-natal em relação a alimentação.....50

Tabela 15 - Idade versus possuir cartão de saúde.....51

Tabela 16 - Informação sobre a importância da alimentação versus fonte da informação…….....32

Tabela 17 - Idade da criança que deve ser amamentada com leite de peito versus parâmetros mencionados.....52

Lista de Figuras

Figua 1- Tipos de utensílios usados na alimentação das crianças 47

Figura 2 - Nível de conhecimento sobre o estágio de crescimento da criança.....48

Lista de abreviaturas

OMS	Organização Mundial da Saúde
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
SP	São Paulo
CCR	Consultas de Crianças em Risco
CCS	Consultas de Crianças Sadias
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
LMO	Leite Materno Organização
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
UNICEF	Fundo Das Nações Unidas Para a Infância
SPSSv20	Pacote Informático para análise e Processamento de dados sistemáticos, 20ª versão.

Índice

1 CAPITULO I: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS **12**

1.1 INTRODUÇÃO 12
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO 15
1.3 JUSTIFICATIVA 16
1.4 OBJECTIVOS 17
1.4.1 Objectivo Geral *18*
1.4.2 Objectivos Específicos *18*

2 CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA **19**

2.1 DEFINIÇÃO DOS TERMOS CHAVES 19
2.2 ASPECTOS CONCEPTUAIS 20
2.2.1 Características da Alimentação Complementar Adequada *23*
2.2.2 A Selecção da Alimentação Complementar *23*
2.2.3 Oferecer a Alimentação Complementar Olhando Pela Diversificação Alimentar. *25*
2.2.4 Determinantes da alimentação na infância e o papel da família *26*
2.2.5 Factores determinantes da alimentação infantil saudável *28*
2.2.6 Higiene dos alimentos complementar *29*
2.2.7 A construção social da mulher como agente do cuidado materno *29*
2.2.8 O Aleitamento Materno *30*
2.2.9 Factores intervenientes na alimentação complementar *34*
2.2.10 Papel das Mães e Cuidadores de Crianças *35*
2.2.11 Tipo de alimentos, preparo e utensílios utilizados para oferta *36*
2.2.12 Factores Associados ao Desmame Precoce *37*

3 CAPITULO III: TRAJECTÓRIA METODOLÓGICA **39**

3.1 TIPO DE PESQUISA, TRAJECTÓRIA METODOLÓGICA 39
3.2 LOCAL E UNIVERSO DA PESQUISA 39
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 39
3.4 UNIVERSO DE ESTUDO E OBJECTO DE ESTUDO 40
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 40
3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLECTA DE DADOS 40
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 41
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 41

4 CAPITULO IV: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS **41**

5 CAPITULO V - DISCUSSÃO 54

6 CAPITULO VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES 59

7 Referências Bibliográficas **67**

1 CAPITULO I: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

Nos países em desenvolvimento, em consequência de factores como: a falta de acesso às alternativas adequadas ao leite materno, a contaminação microbiana de alimentos ou líquidos e a substituição do leite materno por alimentos menos nutritivos, a dieta complementar tem efeito imediato na saúde e desenvolvimento da criança, Giugllani (2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), considera-se como alimentação complementar oportuna a introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos, de densidade energética mínima de 70 kcal/100 ml entre os seis e sete meses.

A desnutrição infantil, principalmente a desnutrição crónica cuja reversibilidade é praticamente nula após os dois anos de vida, é ainda muito frequente em Moçambique. Segundo a classificação da OMS, a prevalência da desnutrição crónica entre as crianças menores de 5 anos é muito alta (cerca de 43%), e os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 sugerem que esteja estreitamente relacionada com o estado nutricional das mães (MISAU, 2013).

Os hábitos alimentares começam a formar-se desde o nascimento e estendem-se até a adolescência, sendo a mãe ou cuidadores das crianças os principais responsáveis por essa formação (Giacomo; Jordão, 2008).

Novos conhecimentos sobre alimentação ideal em crianças de 6 a 24 meses acabam sendo ignorados, visto que muitos aderem a práticas pediátricas antigas. Contudo, existem evidências científicas que fundamentam a importância da amamentação exclusiva sob livre demanda nos primeiros seis meses, da alimentação complementar oportuna e adequada e da amamentação do aleitamento materno até aos 24 meses de vida, período crítico para a promoção de uma nutrição mais adequada. É nesse período que ocorre uma maior prevalência de desnutrição e deficiência de certos nutrientes. Após os 24 meses, é mais difícil reverter o retardo no crescimento ocorrido em idade precoce.

Entende-se por alimento complementar qualquer alimento nutritivo, sólido, líquido ou pastoso, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada, especialmente preparados para as crianças pequenas, antes delas passarem a receber os alimentos consumidos pela família.

O alimento alternativo era antigamente designado por desmame de transição, no entanto, esse termo foi ultrapassado, sendo evitado para não gerar confusão quanto ao seu objectivo, o qual é o de complementar o leite materno e não o substituir, condicionando o desmame (Giugliani, 2000).

A introdução dos alimentos na dieta da criança é uma etapa crítica que pode conduzir ao défice nutricional e a enfermidades. Trata-se de um processo complexo que envolve factores biológicos, culturais, sociais e económicos que interferem no estado nutricional da criança (World Health Organization, 2010).

Com a complementação alimentar antes de 6 meses, as crianças passam a ingerir menos o leite materno, ou seja, o leite é substituído pelos alimentos complementares mesmo quando a frequência da amamentação é mantida. Muitas das vezes, os alimentos complementares oferecidos às crianças pequenas, nos primeiros meses de vida, são menos adequados do ponto de vista nutricional do que o leite materno.

Assim, a introdução precoce da alimentação complementar é, muitas vezes, desvantajosa para a nutrição da criança, pois além de reduzir a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes existentes no leite materno (como o ferro e o zinco) e reduz a eficácia da lactação na percepção de novas gravidezes.

A pesquisa teve em vista analisar a percepção das mães e cuidadores de crianças de 6 a 24 meses em relação à alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida, no povoado de Malanha, Distrito de Quelimane, Província da Zambézia.

O presente relatório da pesquisa está estruturado em seis capítulos, designadamente:

Capítulo I- Aspectos introdutórios,

Capítulo II - Revisão da literatura,

Capítulo III - Metodologia,

Capítulo IV – Análise e interpretação de resultados,

Capítulo V - Discussão

Capítulo VI - Conclusão, recomendações/ sugestões

1.2 Problematização

A alimentação complementar adequada é oportuna, uma vez que irá satisfazer as necessidades nutricionais e em prevenir o aparecimento de doenças, auxiliar nos aspectos psicológico, motor, cognitivo e possibilitar a aquisição progressivamente dos hábitos alimentares da família.

A introdução precoce dos alimentos pode ser desvantajosa, pois além de reduzir a duração do aleitamento materno, pode interferir na absorção dos nutrientes e também estar relacionada com maior ocorrências de doenças infecciosas e crónica não transmissível na idade adulta, ao passo que introdução tardia aumenta o risco de deficiências nutricionais e até mesmo de doenças alérgicas (WHO, 2008).

Os resultados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS), realizado em 2011, mostram que a desnutrição aguda é mais frequente nas crianças até 17 meses, variando nesta faixa etária de 9 a 10%. Crianças de 9-11 meses registaram prevalência mais elevada de baixo peso para a idade (18%). A percentagem de baixo peso para idade nas crianças de mães magras é quase o dobro e quádruplo das crianças de mães com o peso normal e gordas, respectivamente.

Ainda segundo o IDS, a prevalência é mais elevada nas províncias do norte e centro do país, variando de 11% em Sofala e 21% na Zambézia e Cabo Delgado. Não existem dados detalhados nacionalmente sobre a qualidade e densidade nutricional das refeições complementares, nem sobre os cuidados em relação à forma em que são fornecidas, mas dados de diversidade alimentar indicam que a qualidade das refeições complementares está aquém do recomendado em mais de 70% dos casos.

Durante as actividades de rotinas realizadas no povoado da Estacão Malanha, através da observação em crianças de 6 a 24 meses, e a interacção com as mães e cuidadores foi notório verificar e perceber dos problemas existentes relacionados com Alimentação Complementar, visto que, algumas dessas crianças, apresentam fraco desenvolvimento e tendências de sinais de desnutrição moderada.

Tendo em conta que a alimentação complementar joga um papel importante na nutrição das crianças, o conhecimento do período e das etapas da alimentação complementar pode ser crucial, ao poder prevenir a ocorrência de doenças infecciosas e crónicas referenciadas por (WHO, 2008).

Ainda analisado a posição do WHO (2008), pode deduzir-se que a percepção das mães e cuidadores das crianças sobre Alimentação Complementar é de fundamental a importância, mas há que acreditar que o nível de percepção está a ser influenciado por inúmeros factores dentre ele, o nível de escolaridade, acesso à informação e o meio de vivência (urbano ou rural).

Visto que o povoado se localiza em meio rural, pode presumir-se que todos os factores que influenciam a percepção das mães e cuidadores de crianças sobre os alimentos complementares acima enunciados poderão estar presentes na comunidade de Malanha.

Diante do referenciado acima, a questão que se coloca é: Que percepção as mães e cuidadores de crianças de 6 a 24 meses, do povoado de Malanha, têm em relação à Alimentação Complementar das suas crianças?

1.3 Justificativa

A escolha do tema prende-se com a necessidade de analisar o nível de percepção que as mães e cuidadores das crianças, de seis a vinte e quatro meses, têm em relação à alimentação complementar no Povoado de Malanha. Por outro lado, sabe-se que a infância é o período em que se desenvolvem grandes potencialidades humanas e representa uma fase vulnerável da vida, já que os determinantes biológicos de mortalidade infantil estão ligados às condições externas, sendo uma delas a nutrição.

A adopção de práticas alimentares adequadas nos primeiros anos de vida é de extrema importância, pois esse é o período em que os hábitos alimentares são estabelecidos e que continuarão ao longo da vida.

A pesquisa é pertinente, por permitir analisar o nível de percepção das mães e cuidadores de crianças em relação à Alimentação Complementar, visto que as práticas

alimentares implementadas e os factores que interferem negativamente na alimentação, permitindo desta forma propor algumas medidas mitigadoras.

Também é relevante porque o comportamento alimentar da criança é determinado pela sua interacção com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomicamente fisiológico e por factores emocionais, psicológicos, socioeconómicos e culturais. Entretanto, a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares da criança é o produto da interacção da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação.

Daí que, analisado o nível de percepção das mães e cuidadores, foi um passo fundamental no conhecimento do comportamento alimentar e dos factores negativos influenciadores. O seu conhecimento permite propor medidas, que poderão influenciar as mães e cuidadores de modo a estabelecer hábitos socialmente aceites ou inserir novos hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado.

Por outro lado, esta informação pode gerar conhecimento nas áreas da Saúde Pública, SMI e Nutrição, que permita influenciar mudanças nos padrões de assistência às crianças, uma vez que a introdução precoce ou tardia da alimentação complementar, assim como a sua qualidade, tem implicações na sua saúde a médias e logo prazo.

A pesquisa mostra benefícios para as mães e cuidadores de crianças, dando subsídios importantes para uma atenção especial e integrada em relação à Alimentação Complementar Adequada e Sustentável para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças.

1.4 Objectivos

Para busca sistematizada da problemática apresentada na presente pesquisa, foram elaborados os seguintes objectivo:

1.4.1 Objectivo Geral

- Avaliar o conhecimento das mães e cuidadores de crianças de 6 a 24 meses em relação à Alimentação Complementar no Povoado de Malanha Posto Administrativo de Maquival.

1.4.2 Objectivos Específicos

- Identificar quais as motivações das mães na introdução e adaptação da alimentação complementar;

- Analisar as práticas alimentares usadas pelas mães e cuidadores, entre as crianças de seis a 24 meses do povoado de Malanha;

- Propor medidas que poderão influenciar as mães e cuidadores de criança de modo a estabelecer novos padrões de comportamento alimentar socialmente aceites.

2 CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Definição dos termos chave

- **Alimentação complementar -** processo que se inicia quando o leite materno por si só já não é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos bebés a 100% e, portanto, são necessários outros alimentos e líquidos além do leite materno, OMS (1998), citado por Garcia (2009),

- **Educação nutricional** - estratégia para garantir a saúde, reafirmando a incorporação de acções de aconselhamento em alimentação infantil, integrando conteúdos e práticas permanentes às políticas de atenção à saúde da criança, destacando-se a preocupação com a contínua actualização profissional (Carneiro, et. al,2009).

- **Aleitamento exclusivo** – é alimentar ou amamentar o lactante, somente com o leite materno (leite do peito) até aos 6 meses e não, recebe quaisquer outros líquidos ou alimentos sólidos, água, remédios tradicionais, com excepção das gotas de vitaminas, minerais ou outros medicamentos (OMS, 2003).

- **Leite materno** - alimento mais adequado ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança, para o sucesso, é importante que a mulher decida amamentar, que se tenha estabelecido a lactação, que a mulher sinta apoio ou suporte principalmente no período inicial, ou até que a lactação esteja perfeitamente estabelecida Levy & Bértolo, 2008).

- **Mãe Cuidadora**- aquela que satisfazer todas as necessidades: alimentares, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais, (Tronto, 1997).

- **Micronutrientes**- são as vitaminas e sais minerais e que o organismo necessita em pequenas quantidades se comparados aos macronutrientes, (FAO & MS, 2018)

- **Tabus** – são crenças/mitos que ouvimos desde a infância e geralmente se referem à alimentação e combinação de certos tipos de alimentos que seriam prejudiciais a saúde e as vezes não apresenta nenhuma verdade e é inconfundível aos hábitos culturais, Livro 2 Nutrição e Dietética.

- **Consulta Pós-parto** – é a avaliação que se deve fazer na mulher do primeiro ao terceiro dia depois do parto, conhecida como consulta puerperal precoce, do 7º ao 10º dia, consulta imediata até ao 28º dia e posteriormente até ao 42º dia após o parto, consulta tardia. Sousa, (2012).

- **Alimentação saudável** - é disponibilizada com nutrientes essenciais, energia adequada e fluidos para manter e regular as funções do organismo, apoiar crescimento, reparação dos tecidos, prevenir doenças e carências nutricionais, assim como excessos de peso, OMS, (2013).

- **Segurança alimentar** – concebe-se com o direito ao acesso permanente à alimentação adequada e cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil, (Monte & Giugliani, 2004).

- **Acesso aos alimentos** - é determinado pela estrutura socioecónomica, a qual envolve as políticas económicas, social, agrícola e agrária. Assim sendo, as práticas alimentares, estabelecidas pela condição de classe oficial, são determinantes culturais e psicossociais, sendo estimuladas pelos avanços tecnológicos na agricultura e na indústria de alimentos.

- **Desnutrição** – se refere a deficiências, excessos ou desequilíbrio na ingestão de calorias e ou nutrientes de uma pessoa (OMS, 2007).

2.2 Aspectos conceptuais

Reflectir sobre alimentação no período infantil é ter o conceito de algumas linhas orientadoras para uma boa prática de promoção da saúde alimentar no ambiente familiar, tornando-se extremamente importante para os profissionais de saúde.

O MISAU (2023) ilustra o conceito da alimentação complementar como o processo que se inicia quando o leite materno por si só já não é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos bebés a 100%, portanto, são necessários outros alimentos e líquidos, além do leite materno. Por outro lado, a OMS (1998), citada por Garcia (2009),

entende a alimentação complementar como sendo aquela oferecida à criança no período em que outros líquidos e alimentos são oferecidos em adição ao leite materno.

A alimentação complementar é a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno, ou seja, qualquer alimento oferecido durante o período da alimentação complementar, que não seja o leite materno. Existem dois tipos de alimentação complementar, alimentos especialmente preparados e alimentos habituais da família modificados para torná-los fáceis de comer e fornecer os nutrientes necessários ao crescimento da criança (Correa, et al., 2009).

"A OMS recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos a partir dos seis meses. Após esta idade as necessidades nutricionais do lactante não podem ser supridas apenas pelo leite materno, por outro lado, é também a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge o estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição e excreção), que habilita a receber outros alimentos para-além do leite materno". (Monte & Giugliani, 2004).

"Uma menor duração da amamentação exclusiva não protege o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva por seis meses, e não melhora o crescimento da criança. Após os seis meses, a criança pode variar a sua dieta, consumindo outros alimentos complementares que não sejam apenas o leite materno", (Monte, 2004).

Analisando a transição alimentar precoce, encontram-se vários estudos realizados tanto em países desenvolvidos, incluindo o Brasil, como em países industrializados, onde mostram que a introdução precoce de alimentos complementares aumentam a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos factores de protecção existentes no leite materno, além dos alimentos complementares serem por vezes uma fonte de contaminação para crianças, (Monte & Giugliani, 2004).

"A introdução precoce dos alimentos complementares com frequência aumenta a vulnerabilidade da criança a diarreias, infecções e desnutrição. A consequência imediata da má nutrição durante esse período é o aumento da morbimortalidade e possível impacto no desenvolvimento psicomotor" (*Idem*).

Por outro lado, introduzir os alimentos complementares tardiamente é desfavorável, ao poder ocorrer um atraso no crescimento da criança, além de aumentar o risco das deficiências nutricionais. Em casos individuais, o início de alimentação complementar antes dos seis meses pode ser recomendado, em especial quando as crianças não apresentam o crescimento satisfatório com amamentação exclusiva.

Quando se trata do ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares apresenta desvantagens, isto porque, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência de amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno. Além disso, ela pode diminuir a duração do aleitamento materno, como também interferir na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e zinco (Monte & Giugliani, 2004).

Há existência de um dado muito importante a ser considerado na introdução precoce de alimentos complementares, sendo a influência familiar, positiva ou negativa, na manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses. Muitas vezes, a intervenção dos avós, alegando que a criança precisa de água, chás e outros leites, faz com que as mães abandonem precocemente o aleitamento materno (Lofgren, 2008).

Outro lado a considerar são as crenças e os tabus, que influenciam, quer a manutenção e quer a interrupção do aleitamento materno. Assim, em determinados casos, ocorre a interrupção da amamentação e introdução precoce de alimentos complementares. Por outro lado, hoje sabemos que a alimentação da criança nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Sendo assim, é de fundamental importância a adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida, isto porque os nutrientes que compõem esses alimentos actuam na prevenção da anemia, sobrepeso e baixo peso.

Quando a introdução dos alimentos complementares é feita tardiamente, pode desfavorecer a criança, fazendo com que o seu crescimento fique lento e aumente o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes.

Na transição alimentar tardia, observa-se que o consumo de carne é oferecido tardiamente, o que pode ocasionar uma carência de ferro e zinco, minerais importantes para evitar a anemia ferro pénica e fortalecer o sistema imunológico (Lofgren, 2008).

As políticas de incentivo ao aleitamento materno têm evoluído diversas acções de promoção e protecção com objectivo de reduzir a morbimortalidade infantil e a melhorar a qualidade de vida das crianças. Estudos mostram que a melhoria da dieta infantil causa impacto positivo no crescimento das crianças (Cattoni & Andrade, 2001).

Diante disso, o aconselhamento nutricional torna-se um grande aliado em estudos de intervenção alimentar infantil, ajudando não só em seu crescimento, como também as melhorias das práticas maternas, da dieta infantil, além disso, ajuda a reduzir as taxas de anemia e a melhorar o desempenho dos profissionais (Monte, 2004).

2.2.1 Características da Alimentação Complementar Adequada

A alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente o ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isento de germes prejudiciais à saúde), sem muito sal, não apimentada ou condimentadas, fácil de consumir e com boa aceitação pela criança, em quantidades apropriadas, fácies de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a maioria das famílias Monte, et al., (2004).

Organização Pan-americana de saúde OPS (2007) e a OMS (2007), referem que a dieta deve incluir alimentos ricos em vitamina (frutas e verduras de cores escuras, alimentos fortificados com vitamina A), alimentos ricos em vitamina C, consumidos com a comida para reforçar a absorção de ferro e alimentos ricos em vitamina do complexo B (fígado, ovos, produtos lácteos, carnes, aves, pescados, tubérculos e leguminosas).

2.2.2 A Selecção da Alimentação Complementar

Alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, Monte; Giugliani (2004). Ao se aproximar o final do primeiro semestre da vida da criança, as funções de digestão,

absorção, metabolismo e excreção dos nutrientes apresentam-se muito semelhantes às do adulto.

No início da vida, o leite materno é o mais adequado e deve ser dado em exclusivo até os 6 meses de vida da criança. Este é perfeitamente adaptado à sua imaturidade digestiva e, devido às suas características, protege-a de doenças infecciosas e alérgicas, promove um melhor desenvolvimento intelectual e psico-motor e, sobretudo, promove a vinculação, facilitando a interacção mãe-bebé (Levy, 2008).

A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas apenas com a amamentação, para além desta, é preciso introduzir outros alimentos que forneçam o aporte de nutrientes necessários ao bom crescimento e desenvolvimento infantil (WHO, 2009).

A adequada alimentação complementar é crítica para o crescimento e desenvolvimento da criança e, consequentemente, para a segurança alimentar e nutricional da população e desenvolvimento da nação. A segurança alimentar implica direito ao acesso permanente à alimentação adequada e cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil, (Monte & Giugliani, 2004).

O estado nutricional do indivíduo é resultante de um processo dinâmico entre a oferta/ absorção/utilização de nutrientes e demanda metabólica para mantê-lo vivo em boas condições de saúde, e no caso específico da criança, também para crescer. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso (Feraz, 2007).

O défice de crescimento linear adquirido cedo na infância é difícil de ser revertido após os dois anos. Neste contexto, atingir a alimentação óptima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população. A criança pode ser alimentada com alimentos disponíveis para a família, assegurando-se a consistência e a densidade energética adequada (Monte & Giugliani, 2004).

A escolha e o preparo dos alimentos da dieta da criança representam a continuidade no fortalecimento dos músculos, crescimento e desenvolvimento das estruturas ósseas faciais, responsáveis para a adequada realização das funções estomatológicas (Carneiro, et al, 2009).

A introdução de novos alimentos não é só necessária pelos aspectos nutricionais já referidos, mas possível pela maturação estrutural e funcional dos aparelhos gastrointestinal, renal, metabólico e pela maturidade dos mecanismos imunológicos do intestino.

Dado que após os seis meses há redução da possibilidade de reacções de hipersensibilidade e, além disso, o desenvolvimento psicomotor e neuro - comportamental do lactante permitindo-lhe o controlo da cabeça, pescoço e perda do reflexo de extrusão, características dos bebes até cerca dos quatro a cinco meses, que os leva a expulsar qualquer alimento mais consistente, depositado na parte anterior da língua e muitas vezes interpretado com recusa por parte da criança (Silva et al., 2005).

Desta forma, a utilização da colher é possível e deve ser estimulada, por permitir o desenvolvimento de outras competências, como a mastigação e a progressiva integração da criança na dieta e refeições da família.

2.2.3. Oferecer a alimentação complementar olhando pela diversificação alimentar

Para o início da introdução de novos alimentos, não são aconselháveis regras fixas, dada a influência de motivações socioculturais, económicas e geográficas. Segundo Silva, (2005), os critérios devem ser a qualidade nutricional, a digestibilidade e atender à potencialidade alérgica. É recomendado igualmente alimentos de uso local disponíveis e acessíveis.

O alimento com que se inicia a diversificação alimentar é aleatório, podendo depender da disponibilidade, local e dos hábitos familiares. A papa de cereais (sem glúten), se iniciada antes dos seis meses, pelo seu sabor, consistência e qualidades nutricionais, é habitualmente primeira opção, eventualmente adiada se o bebé apresentar tendências para peso excessivo. Esta pode ser láctea ou não láctea, neste caso preparada com o leite (leite

materno ou fórmulas infantis). A papa de cereais é rica em proteínas e minerais e hidratos de carbono (dos cereais) os quais são uma fonte importante de energia (Fernandes, 2009).

Para a alimentação complementar assegurar as necessidades nutricionais, é necessário ser introduzida oportunamente, ou seja, logo que as necessidades energéticas não sejam satisfeitas apenas com leite, não sendo este, por si só, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais. Esta deve também ser inócua, para isso, deve ser preparada de forma simples e armazenada em condições de higiene, devendo dar-se atendendo aos sinais de apetite, assegurando-se também um método adequado de alimentação, tal como o uso da colher e copo, que são bem aceites por crianças pequenas (WHO, 2001).

Os alimentos para as crianças devem ser oferecidos gradualmente, um de cada vez, a cada dois a três dias. É muito comum a criança rejeitar novos alimentos, não devendo este facto ser interpretado como uma aversão permanente da criança ao alimento. Em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a dez vezes para que o aceite bem, (Monte; Giugliani, 2004).

Segundo os mesmos autores, crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos que as não amamentadas, pois, por intermédio do leite materno, as crianças são expostas precedentemente a diversos sabores e aromas, que variam consoante a dieta da mãe. A consistência inadequada dos alimentos comprometa a ingestão adequada de nutrientes pela criança. Por isso, no início da alimentação complementar, recomenda-se que os alimentos sejam preparados especialmente para ela. E os alimentos devem ser inicialmente semi-sólidos e macios sob a forma de puré, devendo ser amassados e nunca peneirados ou liquidificados.

2.2.3 Determinantes da alimentação na infância e o papel da família

Considerando o actual conhecimento de que aprender a comer é essencial para uma boa saúde, é de extrema importância compreender os determinantes da alimentação saudável e das escolhas alimentares ao longo da vida, a quantidade de alimentos e o tempo, e assim, como pelo grupo social.

Durante a infância, a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros

educadores nutricionais. Neste âmbito, os factores culturais e psicossociais da família influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, dando início ao processo de aprendizagem (Ramos & Stein, 2000).

Uma adequada introdução de novos alimento no primeiro ano de vida, com uma correcta socialização alimentar a parir deste período, assim como a oferta de alimentos variados e saudáveis em ambiente alimentar agradável permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (Birch, 1998).

Na sua socialização, a criança aprende sobre a sensação de fome, saciedade e desenvolve a percepção para os sabores e suas preferências, iniciando a formação do seu comportamento alimentar. Neste âmbito, as estratégias que os pais utilizam para as crianças se alimentarem ou para aprenderem a comer determinados alimentos podem apresentar estímulos, tanto adequados como inadequados, o que pode determinar a aquisição das preferências alimentares da criança e o seu autocontrole na ingestão alimentar (Birch & Fisher, 1997; Rozin, 1990).

Factores económicos e de disponibilidade dos alimentos constituem, igualmente, determinantes nas escolhas alimentares da família. O custo dos alimentos é um dos factores primordiais no processo de escolha, e está relacionado de forma direita com o nível socioeconómico da família. Grupos de baixa renda têm uma maior tendência para consumir dietas desequilibradas, e em particular, com a baixa ingestão de frutas e produtos de hortícola (Eufi, 2005).

No entanto, os estudos revelam que o acesso a mais dinheiro não é automaticamente sinónimo de uma alimentação de melhor qualidade, aumentando, no entanto, o poder de escolha. Outros estudos analisam a relação entre o nível cultural e o comportamento alimentar (Kearney et al. 2000).

Os autores supracitados indicam que o nível educacional pode influenciar a dieta na idade adulta. No entanto, conhecimentos sobre nutrição e hábitos alimentares saudáveis não se apresentam fortemente correlacionados. Para eles, isso ocorre porque o conhecimento sobre a saúde não leva a uma acção directa, quando os indivíduos não sabem

como aplicar o seu conhecimento. Além disso, a informação divulgada sobre nutrição vem de uma variedade de fontes, sendo vista como conflituante com desconfiança, desestimulando a motivação para a mudança, De Almeida (1997) citado por Eufic (2005).

2.2.4 Factores determinantes da alimentação infantil saudável

O sucesso das práticas alimentares da criança depende do acesso aos alimentos de boa qualidade, que protejam contra a absorção de substâncias estranhas, que não excedam a capacidade funcional do trato gastrointestinal e sejam livres de agentes infecciosos. Apesar das recomendações correctas, a promoção de novos alimentos depende de acções das mães/cuidadores. No primeiro ano de vida é influenciada pela escolaridade materna, e essa talvez, seja a variável que mais contribua para o êxito da alimentação adequada (Monte;Giuglian, 2004).

Após o primeiro ano, a alimentação deve basear-se na redução do consumo de alimentos industrializados e gordurosos, tendo preferência por frutas, verduras, alimentos ricos em vitaminas e minerais, indispensáveis para o bom crescimento e desenvolvimento infantil. Desse modo, propõem-se estratégias de saúde abordando o tema alimentação infantil nessa região, de modo a despertar interesse da população, mudando a realidade na qual a criança está inserida.

No âmbito da saúde colectiva, faz-se necessário requerer adequação na alimentação infantil, com garantia de maior recuperação na promoção de saúde. Entretanto, para promover a saúde, não é possível trabalhar a alimentação isolada do indivíduo, nem o indivíduo insolado do meio (Monte, etal., 2004).

Ressalta-se que o acesso aos alimentos é determinado pela estrutura socioecónomica, a qual envolve as políticas económicas, sociais, agrícolas e agrária. Assim sendo, as práticas alimentares, estabelecidas pela condição de classe oficial, são determinantes culturais e psicossociais, sendo estimuladas pelos avanços tecnológicos da indústria de alimentos, na agricultura e pela globalização da economia, com aumento de preocupação, pois os estudos epidemiológicos sinalizam estreita relação entre a dieta e algumas doenças crónicas associadas a alimentação.

A educação nutricional surge com estratégia para garantir a saúde, reafirmando a incorporação de acções de aconselhamento em alimentação infantil, integrando conteúdos e práticas permanentes as políticas de atenção à saúde da criança, destacando-se a preocupação com a contínua actualização profissional (Carneiro, et. 2009).

2.2.5 Higiene dos alimentos complementar

De acordo com Monte et al. (2004), alimentos complementares contaminados são a principal rota de transmissão de diarreias em crianças, razão pela qual a incidência aumentada de doenças no segundo semestre de vida coincide com o aumento da ingestão desses alimentos.

Neste contexto, constituem práticas seguras de higiene dos alimentos complementares a lavagem das mãos com água limpa e sabão, manter limpos os utensílios e as superfícies para preparação e administração dos alimentos, usar apenas alimentos que não sejam danificados e guardá-los em local seguro, preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição e servir de imediatamente após o preparo e não dar a criança restos do dia anterior. As boas práticas de acompanhamento nutricional que a mantêm saudável e livre de qualquer doença.

2.2.6 A construção social da mulher como agente do cuidado materno

O cuidado faz parte do quotidiano da pessoa, continuamente, desde antes de nascer. As relações de cuidado se sucedem em nosso quotidiano, na família, no trabalho e em todo lugar.

Cuidar significa satisfazer as necessidades físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais, etc.(Tronto (1997).

Cleiére (1989) afirma que o cuidado surgiu juntamente com a humanidade, constituindo-se um factor responsável pela continuidade da vida e permitindo, portanto, que continuemos vivos. Desenvolve-se, através do cuidado, a necessidade habitual da realização de tarefas imprescindíveis à manutenção da vida, como a alimentação, o vestuário e a habitação.

Esse conjunto de actividades diárias, desempenhadas pelos diferentes grupos, faz surgir os hábitos de vida, embutidos de rituais e crenças, e difundiu-os através das gerações (Stefanerllo, 2005).

O cuidado sempre existiu, sendo realizado a princípio pelas mulheres em casa, na hora do parto, no cuidado com os recém-nascidos, na educação dos filhos e no tratamento de doenças. Está ligado a todas as actividades, processos e decisões dirigidas a determinada pessoa ou grupo. O cuidador tem determinação social e se dá fundamentalmente no âmbito da família (Patricio, 1993).

2.2.7 O Aleitamento Materno

O leite materno tem como conceito o alimento mais adequado ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança. No entanto, para que esta prática tenha sucesso, é importante que a mulher decida amamentar, que se tenha estabelecido a lactação e a mulher sinta apoio ou suporte, principalmente no período inicial, ou até que a lactação esteja perfeitamente estabelecida (Levy & Bértolo, 2008).

Em tempos remotos, os benefícios da amamentação já eram enfatizados por Hipócrates, o qual descrevia ser maior a mortalidade entre aquelas crianças que não eram amamentadas ao peito do que as que recebiam o leite materno como alimento (Silveira, 2006).

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem empreendido esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

As recomendações essenciais da OMS relativas à amamentação:

- Iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto, logo que o bebé esteja estável e ainda vígil.
- O sucesso da primeira mamada é muito importante;
- As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos seis meses. Ou seja, até essa idade;

- O bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar nenhum outro alimento complementar ou bebida.

As recomendações da Organização mundial de saúde OMS) evidenciam que o alimento materno salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreias e infecções respiratórias, e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da taxa de natalidade em mulheres nas últimas décadas, (Venâncio,2002).

O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida por ser um alimento completo, fornecendo inclusive a água, possuindo factores de protecção contra infecções comuns na infância, por ser isento de contaminação, perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança e é o único alimento que atende adequadamente todas as peculiaridades fisiológicas das lactentes.

O acto de amantar é importante para desenvolver a aprofundar as relações afectivas entre mãe e filho e dar a este a segurança necessária durante o seu desenvolvimento físico e psicológico. Crianças amamentadas apresentam-se mais seguras na idade escolar, daí que é indispensável ressaltar os benefícios que a prática da amamentação permite à mãe-mulher, bem como à economia familiar, além da redução de custo para o estado, tanto relacionada à alimentação quanto à saúde, (Mendonça, 2010).

Nenhum outro alimento se compara ao aporte nutritivo do leite materno para o lactente. Sua cadeia proteica é de fácil digestão e não sobrecarrega o sistema renal. O elevado conteúdo de ácido graxos polinsaturados garante o bom desenvolvimento do sistema nervoso central os minerais e vitaminas são balanceados, a lactose presente produz ácidos que inibem o crescimento de bactérias intestinais nocivas, possui a quantidade de água adequada e confere benefícios imunológicos (Sentone, 2004).

No entanto, não só o valor nutricional é constituído no aleitamento materno, mas também o acto de sugar o seio que proporciona ao lactante o desenvolvimento materno da mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para o bom desenvolvimento da fala. Além disso, o aleitamento materno concede segurança emocional, estreitamente do vínculo e afectividade entre mãe e filho (Sentone, 2004).

A composição do leite materno é variável, a depender do estágio de lactação, o que parece vir ao encontro das necessidades variáveis do lactente, cuja velocidade de crescimento sofre redução acentuada com o passar dos meses (Calil; Falcão, 2003).

O colostro é a primeira secreção produzida pela glândula mamária, já no último trimestre de gestação, e se estende até a primeira semana pós-parto. Trata-se de uma secreção mais viscosa em relação ao leite maduro, possuindo maiores concentrações de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis, particularmente A e E, e carotenóides, bem como maiores quantidades de lactose, gorduras e vitaminas do complexo B.

O leite de transição é aquele produzido no período intermediário entre o colostro e o leite maduro. Neste período, as modificações na composição láctea, após o quinto dia pós-parto, ocorrem de forma gradual e progressiva. Embora o processo de transição perdure por todo o primeiro mês de lactação, convencionou-se definir como leite maduro, aquele produzido posteriormente ao 15º dia de vida, (Anderson,1985).

O leite maduro proporciona 70 kcal/100 ml e seu volume médio varia de 700 a 900 ml/dia ao longo dos primeiros seis meses pós-parto e aproximadamente 600 ml/dia a partir do segundo semestre. Os seus principais componentes são: água, proteína, hidratos de carbono, lípidos, minerais e vitaminas (Vannuchi,2006). Também descreve a composição do leite humano: dentre as proteínas de leite humano, 30% são compostas por caseína e 70% por proteína do soro, entre elas a alfa-lactoalbumina, lactoferrina, lisozina e imunoglobulinas.

A lacteferrina tem acção bacteriostática, liga-se ao ferro contribuindo para maior absorção do ferro intestinal. A lisozina tem propriedades bactericidas e anti-inflamatórias. Quanto aos hidratos de carbono, a lactose é o principal açúcar encontrado no leite humano e, dentre suas diversas funções, favorece a absorção de cálcio e ferro pelo intestino do recém-nascido, em razão da sua alta concentração que determina evacuação semilíquida. Além da função nutricional, apresenta efeito protector.

A lactose é metabolizada em glicose fornecida pela energia e, constituinte do galato peptídeo necessário para o desenvolvimento do sistema nervoso central, promove, ainda, a colonização do intestino com *Lactobacilos bífidos*, bactérias fermentativas. Tais bactérias

protegem o intestino do crescimento de bactéria patogénicas, fungos e parasitas, por promover um meio ácido no trato gastrointestinal, (Vannuchi,2006).

Ainda segundo este mesmo autor, os lípidos constituem a principal fonte de energia para o recém-nascido, suprindo até 50% de suas necessidades diárias. A enzima lípase, presente no leite materno, é activada quando há a presença de sais biliares, facilitando a digestão dos lípidos.

Acresce-se a estes componentes a presença de substâncias como os ácidos graxos de cadeia curta e etéreos que possuem importante acção bacteriana, além de ácidos gordos insaturados, particularmente os polinsaturados de cadeia longa, de grande importância para o desenvolvimento e mielinização de cérebro.

Segundo Lamounier, Vieira & Gouvêa (2001), pelo facto das crianças, nos seis primeiros meses de vida, apresentam uma maior vulnerabilidade aos processos infecciosos, o leite materno oferece, através dos seus componentes solúveis e insolúveis, propriedades anti-infecciosas, protegendo-as de doenças como infecções do aparelho respiratório, otites, enterocolite necrotizante, doença de Crohn, doença celíaca, meningites, diarreias, entre outras.

Torquato (2008) observa outro benefício de aleitamento materno que consiste na economia oferecida por este alimento, quando comparado a uma alimentação baseada em fórmulas infantis e aos custos associados às patologias relacionadas com o aleitamento artificial.

Assim, ao transmitir informações para as mães, cuidadores e familiares a respeito dos benefícios do aleitamento materno, os profissionais de saúde devem agregar, às outras informações, as vantagens do baixo custo do leite materno.

A duração da amenorreia e do período ovulatório no pós-parto está directamente ligada à frequência e à duração das mamadas. Acoplado a todas as vantagens e benefícios do aleitamento materno, destaca-se também a influência positiva do ato de amamentar no fortalecimento do vínculo afectivo entre a relação mãe-filho (Torquato, 2008).

2.2.8 Factores intervenientes na alimentação complementar

Inicialmente, deve-se considerar que o padrão alimentar da criança envolve a participação efectiva dos pais como educadores nutricionais, e determinante no comportamento alimentar da criança. Este é direccionado, principalmente, pela família da qual é dependente e, secundariamente, por outras interacções psicossocial e culturais da criança, gradativamente, oferecendo um cardápio variado para conhecer diversos sabores, desenvolvendo, exercitando seu paladar (Cordeiro, 2005).

Pode-se afirmar que a família é responsável pela cultura alimentar, a escolha alimentar, a qualidade, quantidade dos alimentos, o tempo e intervalo para comer, assim como também as regras e normas no processo da alimentação da criança.

O contexto social é de grande importância na alimentação, uma vez que afecta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação e o desenvolvimento sócio emocional. A qualidade da relação entre pais e filhos, no primeiro ano de vida, está relacionada à alimentação, iniciando-se com amamentação.

O padrão alimentar da criança é directamente influenciado pelas condições sócio-económicas, com ênfase na distribuição dos alimentos na família (quem come primeiro, se em prato separado), bem como no poder de decisão do chefe da família sobre quais alimentos serão consumidos.

É preciso considerar as percepções e crenças que exercem influenciam sobre a família, pois o consumo alimentar de determinados grupos está vinculado aos diversos valores e sentimentos que se relacionam com aspectos da cultura, transpondo o acto biológico de comer e preenchendo funções simbólicas da vida dos indivíduos. Em consequência, geram-se diversas restrições e exclusões alimentares.

Podem ser citados alguns tabus em Moçambique, e a situação é mais notória e crítica em alguns distritos da província de Cabo Delgado, nomeadamente, Balama, Montepuez, Ancuabe, Namuno e Chiúre, considerados celeiros.

Entretanto, a propagação de tabus faz com que mulheres grávidas e crianças não consumam alguns alimentos bastante nutritivos, por exemplo: se acredita que as crianças não devem comer ovos, porque podem ter diarreia e ficarem com o corpo amarelado por toda vida, e as mulheres grávidas se consumir ovo, o bebé pode nascer sem cabelos e ficar para sempre sem cabelos, assim como outras complicações, são orientações dos velhos e que não podem ser transgredidas. Para uma orientação segura é necessário conhecer e saber lidar com as percepções das crenças da família acerca da saúde e nutrição da criança.

É um importante aspecto a ser considerado e, sempre que possível, essas percepções e crenças devem ser consideradas e não combatidas durante o processo de educação em saúde.

Todos os aspectos necessitam ser considerados, durante as consultas de nutrição, para garantir o aporte nutricional na etapa do ciclo da vida. Assim, na interacção com os profissionais de saúde, que assistem às crianças e família, deve haver lições de afectividade com a criança, além do factor económico que influencia a aquisição de alimento para suprir as necessidades da família, neste âmbito o contexto familiar assume a sua importância na inserção da Alimentação Complementar, tendo em vista as crenças e saber que são adquiridos historicamente.

2.2.9 Papel das mães e cuidadores de Crianças

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interacção da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento, anatomofisiologia e por factores emocionais, psicológicos, socioeconómicos e culturais. Deve-se considerar, entretanto, que a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interacção da criança com os pais ou com as pessoas responsáveis pela sua alimentação, que desenvolvem o papel dos primeiros educadores nutricionais.

Os factores culturais e psicossociais influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, por processo de aprendizagem. O contexto social

exerce papel predominante, sobretudo nas estratégias que as mães utilizam para alimentar a criança e estimulá-la a consumir alimentos específicos.

O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais e as relações entre familiares podem ter grandes influências na alimentação, nas preferências e afectar o equilíbrio nutricional, disponibilidade e a composição. Assim, a família tem um papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceites, e na formação de novos hábitos, e no outo controle da ingestão, para formação de um novo comportamento alimentar que pode ser adequado.

Há aspecto importante associado a factores, que pode dificultar a introdução dos alimentos complementares: criança que não aceitam comer outros alimentos por preferir o leite materno. Alguns lactentes procuram constantemente a mama, por querer a presença, o carinho, o colo da mãe. As mamadas frequentes, nesta circunstância, inibem a fome e fazem com que a criança não aceite os alimentos complementares.

Em estudos sobre práticas alimentares nos primeiros meses de vida, afirma-se a oportunidade de introdução de alimentos salinos e crescem com o aumento da idade materna e o nível de escolaridade. Em certas avaliações sobre o aleitamento materno e prática de alimentação complementar observa-se que a adesão das recomendações está associada a educação materna, devendo-se sempre criar e propor estratégias para aumentar os conhecimentos das mães em aleitamento materno, a qual a escolaridade materna interfere significativamente no conhecimento sobre amamentação.

O cuidador principal, como explicitado, tem o maior destaque por envolver-se na aquisição de informações sobre os cuidados de Alimentação Complementar, o preparo do alimento, e a administração ao lactente, sendo assim, indispensável para o enfermeiro manter uma relação de introdução e manutenção adequada.

2.2.10 Tipo de alimentos, preparo e utensílios utilizados para oferta

Em um encontro de profissionais de saúde, foi verificado que, de forma geral, o padrão alimentar complementar é inadequado. Isto acontece porque os alimentos ministrados às crianças são de baixo teor energético, devido à diluição inadequada (leite de

vaca em pó) e ao uso de preparações predominantemente liquidas e diluídas (caldo de arroz, feijão, vegetais ou legumes), e tendo em conta que a utilização de frutas é limitada. As dietas têm pouca variedade, são pobres em vitaminas e sais minerais, não reflectindo as opções locais de variação alimentar.

É certo que a dieta monótona acarreta deficiência de nutrientes específicos, contribuindo para a anorexia crónica. Estas dietas, muitas das vezes, são oferecidas sob forma líquida, comum mente, em mamadeiras não bem higienizadas. É conhecido que, mesmo aqueles que ainda amamentam, recebem mamadeiras contendo sucos, chás e águas.

Estas práticas constituem importante fonte de contaminação dos alimentos dos bebês, sabendo que as mamadeiras são difíceis de higienizar, conforme afirmam as próprias mães, e isso reflecte a deficiência de higiene durante o manuseio, preparo, administração e armazenamento dos alimentos oferecido a criança. Fraca higienização repercute-se no aumento da mortalidade infantil por doenças diarreicas.

2.2.11 Factores Associados ao Desmame Precoce

Considerando-se que a prática de aleitamento materno ainda se mantém distante das recomendações dos organismos mundiais, verifica-se a necessidade de identificação dos factores associados ao desmame para favorecer a operacionalização das acções de incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada quanto a introdução dos alimentos complementares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava o aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida. No entanto, há pediatras que defendem a amamentação exclusiva além desse período. (WHO, 2005).

O aleitamento materno, além de ser um acto biológico, é social e psicologicamente delineado. A cultura, a crença e os tabus influenciam crucialmente a sua prática, interferindo na construção de uma herança sociocultural e no significado do aleitamento materno para a mulher.

Dessa maneira, a amamentação, as crenças transmitidas por familiares, o crescimento e o desenvolvimento da criança são alguns dos factores relacionados à prevalência baixa do aleitamento materno. Verifica-se que as crianças das áreas rurais ainda são mais amamentadas do que as das áreas urbanas. A amamentação parece ser um processo mais difícil para as mães que residem na área urbana, por sofrerem pressão em relação ao trabalho e o processo da modernização.

A introdução precoce dos alimentos complementares tem sido à opinião contrária das avós, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, à baixa escolaridade materna e à renda familiar, à idade materna inferior a 20 anos, ao uso de chupetas e de mamadeiras interferem directa ou indirectamente ao estado do desenvolvimento do estado de saúde assim como nutricional.

A utilização das mamadeiras, especialmente no início da amamentação, pode retardar o estabelecimento da lactação por confundir o reflexo de sucção do recém-nascido, desfavorecendo, consequentemente, o estímulo de produção do leite. Estudos demostram ainda que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos, como chá e água, nos primeiros meses de vida é uma prática inadequada e desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando dias quentes e secos. Deve-se considerar que, em crianças amamentadas, essa complementação está associada à redução do consumo total do leite materno, podendo culminar com o desmame precoce (Mendonça, 2010).

3. CAPITULO III: TRAJECTÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de pesquisa, trajectória metodológica

Trata-se de uma pesquisa de carácter exploratório, descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. Pesquisa dessa natureza consiste em descrever uma realidade tal como esta se apresenta, conhecendo-a e interpretando-a por meio da observação, do registo e da análise dos factos ou fenómenos. Pesquisa deste género tem em vista responder questões do tipo "o que ocorre" na vida social, política e económica, sem, no entanto, interferir nesta realidade (Ribas e Fonseca, 2008).

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no centro de saúde no povoado de Malanha, no período do mês de Abril e Maio. Trata-se de um centro de saúde de nível primário, segundo Diploma Ministerial 127/2007. A localização localiza-se no Distrito de Quelimane, no Posto Administrativo de Maquival, dista a 43 km da cidade de Quelimane, em uma área sanitária com uma população de 12.937 habitantes.

3.3 População e amostra

Concebe-se população, como conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum (Marconi e Lakatos, 2012). Foram inquiridas um total de 32 mães/ cuidadores de crianças, com idade compreendida entre 6 a 24 meses, que iniciaram com alimentação complementar, de uma forma aleatória.

A população alvo para esta pesquisa correspondeu a todas as mães ou cuidadores de crianças de seis a 24 meses que frequentam a consulta de criança sadia no Centro de Saúde do Povoado de Malanha. Optou-se pelo método não probabilístico por conveniência, ou seja, a escolha dos elementos para pertencer à amostra não depende de alguma probabilidade, e não podemos generalizar resultados com precisão estatísticos (Gil, 2007).

A escolha deste método deve-se, como o nome infere, por motivos de conveniência, facilidade de obtenção de dados, limitações de ordens financeiras, bem como do tempo.

A dimensão da amostra é determinada pelo nível de precisão e pelo nível de confiança desejado na pesquisa. Onde o nível de precisão é o grau de erro que pode ser tolerado, enquanto o nível de confiança é o grau no qual podemos estar confiantes de que a amostra estimada se aproxima dos parâmetros da população. Para determinar a dimensão da amostra para este tipo de amostragem usado nesta pesquisa, não é possível usar ferramentas estatísticas como a margem de erro e o nível de confiança para medir a precisão dos resultados. Os beneficiários do estudo precisarão confiar nos critérios da selecção feita pelo pesquisador (Maroco, 2007).

Por tanto, a presente pesquisa, a amostra foi constituída por 32 mães e cuidadores de crianças com idades compreendidas entre 6 a 24 meses, que se fizeram presentes na consulta de controlo de crescimento no Centro de Saúde do Povoado de Malanha nos dias de recolha de dados e que por livre vontade aceitaram participar na pesquisa.

3.4 Universo de Estudo e Objecto de Estudo

O objecto da pesquisa é alimentação complementar de crianças de 6 a 24 meses.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidadas a participar na pesquisa todas as mães e cuidadores de crianças de 6 aos 24 meses que estiveram disponíveis no Centro de Saúde Malanha, tendo sido excluídas mães ou cuidadores de crianças doentes, crianças menores de 6 meses ou maiores de 24 meses e aquelas que não concordaram participar na pesquisa.

3.6 Técnica e instrumento de colecta de dados

Para satisfazer nossos objectivos, usamos na colecta da informação a entrevista. Segundo Gressler (2003), a entrevista consiste em uma conversação com o propósito de obter informação para uma investigação, envolvendo duas ou mais pessoas. Contudo, não é somente uma simples conversa, mas sim um diálogo orientado para um objectivo definido. Para o efeito, recorreu-se a uma entrevista semiestruturada com um roteiro previamente estabelecido de perguntas abertas, constituídas por duas partes. A primeira, com dados demográficos, e a segunda, com questões cujas respostas respondem aos objectivos da pesquisa.

3.7 Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados após a entrevista, as respostas foram transcritas usando o programa informático Excel 2017. Para melhor compreensão, os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. A análise foi com base no método de análise de conteúdo que permitiu melhor explicação das variáveis.

De acordo com Bardin (2009), este método permite a pesquisa das comunicações entre os seres humanos, enfatizando o conteúdo das mensagens, para além de privilegiar a análise das formas de linguagem escrita e oral. Para melhor interpretação, foi previamente feito o agrupamento das categorias conforme as respostas dos entrevistados.

3.8. Considerações éticas.

Trata-se de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram consideradas todas as normas relacionadas com o sigilo ético, conforme os princípios da bioética que proporcionam a integridade do ser humano em qualquer área de actividade a ser pesquisada, considerando a sua responsabilidade social, as necessidades individuais, os seus valores e condutas humanas.

Para o efeito, a realização desta pesquisa teve lugar somente após a submissão e aprovação do protocolo pela Escola Superior de Altos Estudos e Negócios, assim como do comité interinstitucional de Bioética para a saúde da província. Para os participantes, foram lhes apresentados claramente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi devidamente assinado pelos participantes.

CAPITULO IV: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, foram apresentados de forma clara e simples os resultados da pesquisa em forma de tabelas e gráficos.

Tabela 1: Caracterização das mães/cuidadores entrevistados**.**

Variável	Frequência	Percentagem (%)
Idade das mães		
14 a 15 anos	3	9,4
15 a 20 anos	15	46,9
20 a 25 anos	6	18,8
25 a 30 anos	4	12.5
30 a 35 anos	2	6,3
+35 anos	2	6,3
Total	32	100,0
Sexo		
Masculino	1	3,13
Feminino	31	96,9
Total	32	100,0
Estado Civil		
Casada	3	9,4
Divorciada	0	0
Solteira	10	31,3
Viúva	1	3,1
União de facto	18	56,3
Total	32	100,0
Nível de escolaridade		
Primário	12	37,5
Sem escolaridade	20	62,5
Ocupação		
Doméstica	29	90,6
Comerciante	2	6,3
Pescadora	1	3,1
Total	32	100,0

Fonte: Autora

Segundo as características da variável idade, a maioria tem uma idade média compreendida entre 15 a 20 anos, na razão de 15 mães/cuidadores, correspondente a 46.9%.

Estes ostentam a fase da adolescência, e relativamente ao sexo, (31) participantes são do sexo feminino que compreende a 69% e um (1) do sexo masculino somente único, que corresponde a 3.13%, e para a variável escolaridade 20 referem não ter nenhum nível de escolaridade que corresponde a 62.5%,. e para o efeito a minoria nunca frequentou a escola, o que pode ter um impacto significativo que não lhes permite ter um poder aquisitivo aceitável quando associado a falta de ocupação.

Ao confrontar a percentagem dos participantes que assumiram a maternidade com idade tenra, associada ao baixo nível de escolaridade, a taxa também é elevada, está associada à elevada taxa de condição doméstica.

A satisfação da resposta para nossa inquietação tendo em conta ao objectivo da pesquisa, os resultados demostram um factor de desvantagem, pois o nível de escolaridade e a falta de ocupação, influenciam negativamente na percepção e adequação da informação oferecida nas consultas de saúde, e é evidente que as variáveis escolaridade e ocupação da mãe /cuidador são factores que influenciam negativamente o aleitamento exclusivo (AME), das crianças até aos 6 meses, assim como a introdução precoce e tardia de alimentação complementar no povoado da área de saúde de estação Malanha.

Tabela 2. Diversas opções de personalização da frequência das consultas.

Variável	Frequência	Percentagem (%)
Consultas pré-natal regular		
Sim	29	90,6
Não	2	6,3
Sem aplicação	1	3,1
Total	32	100,0
Idade da criança		
5 a 10 meses	13	40,6
10 a 15 meses	8	25
15 a 20 meses	4	12,5
20 a 24 meses	7	21,9
Total	32	100,0
Importância da alimentação		
Sim	21	65,6

Não	11	34,4
Total	32	100,0

Conhecimento da idade limite para amamentar a criança com leite do peito		
Sim	23	71,9
Não	9	28,1
Total	**32**	**100,0**

Fonte: Autora

Para as 29 mães/ cuidadores que afirmaram terem frequentado as consultas pré-natais regularmente são maioria, e em relação à idade das crianças a maioria tem 5 à 10 meses, presume-se que, as mães frequentam a unidade sanitária para procura de serviços de saúde no primeiro ano de vida da criança para cumprir o calendário de vacinação, e quando questionadas se têm conhecimento da idade limite para amamentar, a maioria respondeu que sim sendo estas um total de 23 mães/cuidadores que perfaz 71,9% e a minoria composto por 9 correspondente a 28.1% responderam que não possuíam conhecimento.

Tabela 3. Pontuação obtida da frequência das consultas pré-natal?

Pontuação		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Valid	1 vez	2	6.3	6.3
	2 vezes	6	18.8	25.1
	3 vezes	5	15.6	40.7
	4 vezes	2	6.3	47.0
	5 vezes	5	15.6	62.6
	+ 6 vezes	9	28.1	90.7
	Não responde	1	3.1	93.8
	Total	30	93.8	100.
Missing	System	2	6.3	
Total		**32**	**100.0**	

Fonte: autora

Quando se avalia as 29 mães e cuidadores que frequentaram a consulta pré-natal (C.P.N) com regularidade a tabela mostra que 9 mães frequentaram mais de 6 vezes, que a maioria correspondente a 28.1%, cinco (5) cuidadores cerca de 5 vezes com 15.6%, duas (2) mães/cuidadores com a 4 vezes com 6.3%, cinco (5) mães/cuidadores com 3 vezes com

15.6%, e seis (6) mães/cuidadores 2 vezes com 18.8% respectivamente e uma mãe não respondeu à questão como se pode constatar na tabela.

Percebe-se que, durante as consultas pré-natais, as mães que frequentam mais vezes obtiveram alguns conhecimentos referentes aos benefícios do leite do peito, assim como a utilização e consumo dos novos alimentos "alimentação complementar" de forma saudável para as suas crianças.

Tabela 3.1 – Resumo de número frequência de consultas pré-natais realizadas pelos cuidadores

Nº de consultas pré-natais	Mães que frequentaram a consulta (N=30)	
	Nº	(%)
1	2	(6.3)
2	6	(18.8)
3	5	(15.6)
4	2	(6.3)
5	5	(15.6)
>6	9	(28.1)
Não sabe/não responde	1	(3.1)

Constata-se que as mães não frequentam com regularidade as consultas de pré-natal, somente 9 cuidadores, que reflecte em 28.1%, são as que frequentaram mais, esta cobertura é relativamente baixa. E as outras tiveram menor contacto/ número de consultas baixa, e acredita-se que não estão se beneficiando de alguns aconselhamentos do pacote nutricional, referentes a alimentação da criança como o AME e a alimentação complementar, visto que nas consultas as mães são aconselhadas com regularidade em relação à alimentação oportuna e saudável do novo ser/criança.

Tabela 4. Se sim, verifique a curva de crescimento

Variação da curva	Frequência	Percentagem	Cumulativo Percentagem
Estacionário	3	9.4	9.4
Decrescente	7	21.9	31.3
Crescente	22	68.8	100.0
Total	32	100.0	

Fonte: autora

Para aqueles que afirmaram ter o cartão de saúde da criança, verificou-se a curva de crescimento das crianças. Neste contexto, 22 crianças correspondentes a 68.8% a curva era crescente, 7 equivalentes a 21.9% a curva era decrescente e, por fim, 3 crianças que perfazem 9.4% estavam com uma curva estacionária, como se pode constatar na tabela a cima.

Tabela 5. Teve parto na maternidade?

Parto na maternidade	Frequência	Percentagem	Frequência acumulada
Não	10	31.3	31.3
Sim	22	68.8	100.0
Total	**32**	**100.0**	

Fonte: autora

Questionado se teve parto na maternidade, das 32 mães/cuidadores entrevistados, 22 corresponde a 68.8% disseram que tiveram parto na maternidade e 10 equivalentes a 31.3% disseram que o parto foi realizado em casa, como se pode notar nos números da tabela 5.

A tabela mostra onde foi realizado o parto das mães, a maioria correspondente, a 22 cuidadores que representa (68.8%), declarou que sua maternidade ocorreu nesta US, existindo uma minoria de 10 mães que representa (31.3%) que realizou o parto fora da maternidade (em casa). Porém, um dos participantes é do sexo masculino e referiu que a

esposa teve parto na maternidade. Esta informação foi validada através do cartão de saúde da criança.

Tabela 6. Com quantos meses começou a dar água a sua criança?

	Idade em meses	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Valid	1 mês	4	12.5	12.5
	7 meses	1	3.1	15.6
	6 meses	11	34.4	50.0
	5 meses	1	3.1	53.1
	4 meses	6	18.8	71.9
	3 meses	2	6.3	78.1
	2 meses	7	21.9	100.0
	Total	**32**	**100.0**	

Fonte: autora

Em relação ao fornecimento de água para as crianças, 11 mães entrevistadas forneceram água aos seus filhos a partir dos 6 meses (é satisfatório), 7 iniciaram aos 2 meses, 4 introduziram o fornecimento de água aos seus filhos com apenas 1 mês, 2 mães aos três meses, uma aos 7 e 5 meses respectivamente segundo ilustra os dados da tabela. Os números reflectem que a maioria das mães e cuidadores não assume e nem prioriza o aleitamento exclusivo até o sexto mês, consoante a tabela acima ilustrada.

Tabela 7. A sua criança já começou a consumir outros tipos de alimentos?

Consumo de alimentos		Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Valid	Sim	29	90.6	90.6
	Não	3	9.4	100.0
	Total	**32**	**100.0**	

Fonte: autora

Relativamente a esta variável, a amostra foi composta por 32 mães /cuidadores procurou-se saber, se as crianças já tinham iniciado o consumo de outros alimentos e líquidos, em simultâneo com o leite materno, das entrevistadas 29 correspondentes a 90,6%

iniciaram que é a maioria, três (3) equivalentes a 9.4% não tinham ainda começado, como se pode constatar na tabela.

Para as mães que iniciaram a dar outro tipo de alimentação, quando questionadas sobre o tipo de alimentação administrada, constatou-se que iniciaram com papas de farinha de milho, chima, arroz, consomem tudo o que é disponibilizado, o que a família consome normalmente sem limitação, significa que os cuidadores não seleccionam o tipo, a consistência, a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos pelas crianças, olhando para suas idades. Perante este aspecto pode comprometer a absorção dos nutrientes e pode resultar em alguns casos em desnutrição e doença infecciosa.

Tabela 8. Alimentos preparados vêm da produção própria ou são comprados?

Proveniência dos alimentos		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Valid	Compra	18	56.3	64.3
	Vem da produção própria	3	9.4	75.0
	Machamba e compra	7	21.9	100.0
	Total	28	87.5	
Missing	System	4	12.5	
Total		**32**	**100.0**	

Fonte: autora

Em relação a proveniência dos alimentos consumidos, percebeu-se que a maioria vem das compras, segundo a resposta positiva confirmativa das 18 mães entrevistadas, correspondente a 56.3%, e a minoria, exactamente 3, responderam que são provenientes da produção própria que sustentam os 9.4%, e as 7 mães/cuidadores responderam que tem providência mista machamba e compra que corresponde 21.9 %.

Tabela 9. Quantas vezes durante o dia a sua criança come?

		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Valid	Uma vez	8	25.0	27.6
	Duas vezes	10	31.3	62.1
	Três vezes	11	34.4	100.0
	Total	29	90.6	
Missing	System	3	9.4	
Total		32	100.0	

Fonte: autora

No que concerne ao número de vezes em relação as refeições oferecidas as crianças, 11 mães indicaram que fornecem alimentos aos seus filhos três vezes ao dia, 10 mães responderam duas vezes, 8 uma vez e, por fim, 3 não responderam a questão conforme mostra a tabela.

Presume-se que, a média das refeições por dia dos entrevistados é de 3 refeições durante o dia. Esta variável reflecte que, as mães ainda não conceberam os conselhos em relação ao número de refeições em média para as crianças, esta questão pode estar associada ao poder de aquisição.

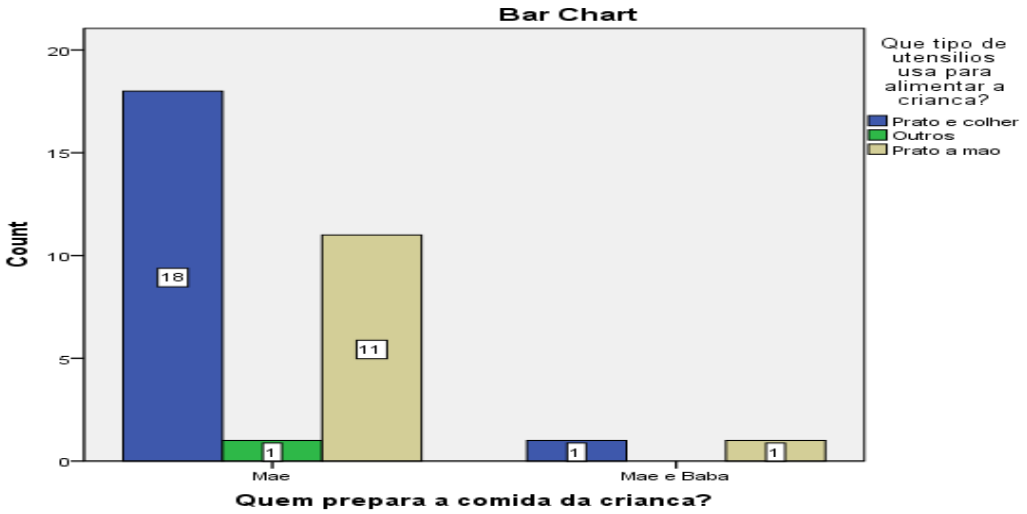
Tabela 10. Qual é a consistência da comida que costuma dar a criança tendo em conta a idade?

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Pastosa	1	3.1	3.1
Mole	3	9.4	12.5
Esmagada	6	18.8	31.3
Em pedaços	10	31.3	62.5
Liquida, Pastosa e Esmagada	1	3.1	65.6
Fatia e em pedaço	1	3.1	68.8
Tudo	9	28.1	96.9
Mole e pedaços	1	3.1	100.0
Total	32	100.0	

Fonte: Autora

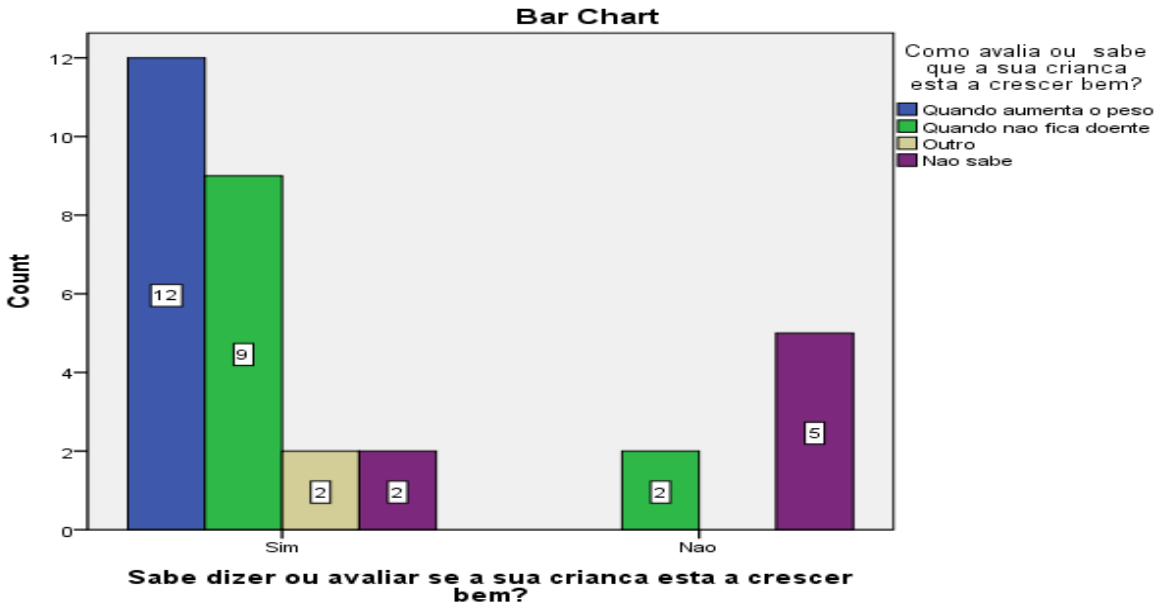
No que concerne a consistência da comida administrada as crianças, 10 mães correspondentes a 31.3% afirmaram que as suas crianças consomem alimentos em pedaços, 9 equivalentes a 28.1% apontaram que oferecem todo tipo de alimentação aos seus filhos desde pastosa, mole, esmagada, em pedaços, liquida e pastosa, 6 mães correspondente a 18.8% indicaram que consomem alimentos esmagados tendo em conta a idade e essas mães são a minoria, aderem os conselhos sobre a consistência do alimento. Para o efeito percebe-se que a maioria das mães/cuidadores não obedecem o processo de escolha e preparação tendo em conta a consistência do alimento a ser oferecida a criança, segundo as idades.

Gráfico 1. Tipos de utensílios usados na alimentação das crianças



No que diz respeito aos utensílios usados para o consumo dos alimentos, a maior parte das mães entrevistadas, cerca de 18 afirmaram que usam prato e colher, 11 usam o prato e comem a mão e por fim uma mãe apontou outros instrumentos que não vinham designados na ficha de entrevista. Em relação a pessoa que prepara as refeições, os dados obtidos indicam que são as mães/ cuidadores de acordo com o gráfico.

Gráfico 2. Nível de conhecimento sobre o estágio de crescimento da criança (Fonte: autora)



(Fonte: autora)

Na perspectiva de avaliar nível de conhecimento das mães sobre o estágio de crescimento dos seus filhos, procurou-se antes saber se as mães sabiam dizer ou avaliar se a criança está crescendo bem. Para esta questão, 25 mães cuidadoras das crianças responderam que sabiam e 5 mães não sabem dizer ou avaliar.

Das 25 mães que responderam sim, procurou-se saber c*omo avaliam ou sabem que a criança está a crescer bem?* Para esta questão, 18 mães entrevistadas responderam que sabem que a criança esta a crescer bem, quando a criança aumenta de peso, 9 mães apontaram que conseguem notar que a criança esta crescendo bem quando ela não fica doente, 2 mães indicaram outros meios que não vinham especificados na ficha e por fim duas mães não souberam explicar segundo o gráfico a cima.

Tabela 11. Qual é a sua idade * Estado Civil

Idade		Estado Civil				Total
		Solteira	Casada	Vive em união de facto	Viúva	
Qual e a sua idade	14 a 15 anos	1	0	2	0	3
	15 a 20 anos	7	0	8	0	15
	20 a 25 anos	1	2	2	1	6
	25 a 30 anos	1	1	2	0	4
	30 a 35 anos	0	0	2	0	2
	+35 anos	0	0	2	0	2
Total		**10**	**3**	**18**	**1**	**32**

Fonte: autora

Das 32 mães/cuidadores entrevistadas, com idades compreendidas de 14 a 15 anos, 1 é solteira, 2 vivem em união de facto, são adolescentes e consideravelmente tiveram casamento prematuro, carecem de responsabilidade em relação aos cuidados da criança. No intervalo de 15 a +35 anos, 9 mães são solteiras, 3 casadas, 16 vivem em união de facto e 1 viúva. Estas duas variáveis, idade assim como o estado civil, nos levam a perceber que a idade, tanto como estado civil podem contribuir negativamente na assimilação da informação relativa a orientação e conselho oferecido pelo serviço de saúde. Para o efeito contribui no comprometimento do processo de alimentação complementar da criança.

Tabela 12. Nível de escolaridade * A criança foi amamentado exclusivamente até aos 6 meses de idade?

Escolaridade		A criança foi amamentada exclusivamente até aos 6 meses de idade?			Total
		Sim	Não	Não sabe dizer	
Nível de escolaridade	Primário	8	4	0	12
	Nunca foi a escola	9	10	1	20
Total		**17**	**14**	**1**	**32**

Fonte: autora

No que concerne o nível de escolaridade das 32 mães inquiridas, 12 que correspondente a (37,5%) mães zeladoras de criança tinham até a data da entrevista o ensino primário, para o caso de Moçambique, da 1ª à 7ª classe, destas, 8 (47%) mães disseram que amamentaram a crinça exclusivamente até aos 6 meses de idade, e 4 (28,6%) mães disseram que não amamentaram até aos 6 meses de idade, na mesma ordem, 20 mães inquiridos correspondente a 62,5% nunca foram a escola, dos quais, 9 (53%) destas mães disseram que amamentaram exclusivamente a criança até aos 6 meses de idade, 10 (71,4%) mães disseram que não amamentaram até aos 6 meses de idade e 1não soube dizer, vide tabela12.

Tabela 13. Ocupação versus a criança foi amamentada exclusivamente até aos 6 meses de idade?

Ocupação	A criança foi amamentada exclusivamente até aos 6 meses de idade?			Total
	Sim	Não	Não sabe dizer	
Doméstica	16	12	1	29
Comerciante	1	1	0	2
Pescadores	0	1	0	1
Total	**17**	**14**	**1**	**32**

Fonte: autora

Relativamente a ocupação, das 32 mães inquiridas, 29 correspondente a 90,6% são domésticas, cujo, 16 (94,1%) destas mães, amamentaram exclusivamente a criança até aos 6 meses de idade e 12 (85,7%) não amamentaram a criança até aos 6 meses de idade,

enquanto isso, 2 (6,3%) mães são comerciantes, destas, 1 disse que sim amamentou até aos 6 meses e a outra disse que não, e por último, apenas 1 pescador disse que não amamentou a criança até aos 6 meses de idade, vide tabela13 acima.

Tabela14. Durante a gravides fez as consultas pré-natal regular? *Verso* Teve aconselhamento nas consultas pré-natal em relação a alimentação?

Mulheres que tiverem a CPN, tiveram aconselhamento	Teve aconselhamento nas consultas pré-natal em relação a alimentação da criança?		Total
	Sim	Não	
As mulheres que tiveram aconselhamento sobre alimentação da criança	19	10	29
Total	**19**	**10**	**29**

Fonte: autora

Das 32 mães inquiridas, 29 mães frequentaram a consulta pré-natal, e 19 mães correspondente a 90,6%, afirmaram terem aconselhamento em relação a alimentação da criança, e 10 mães / cuidadores não tiveram aconselhamento sobre alimentação da criança das que tiveram, quando questionados sobre os cuidados de alimentação complementar equilibrada e alimentação exclusiva com o leite do peito até aos 6 meses), quase todas as respostas convergiam.

Tabela 15. Idade da criança *Versus* Tem cartão de saúde?

Idade da Criança	Tem cartão de saúde?		Total
	Sim	Não	
5 a 10 meses	13	0	13
10 a 15 meses	7	1	8
15 a 20 meses	4	0	4
20 a 24 meses	7	0	7
Total	**31**	**1**	**32**

Fonte: autora

No que concerne ao cartão de saúde e a idade, a maioria tinha cartão, somente uma não. Destas crianças, 31 crianças correspondentes a 96,9% foi a maioria e possuíam cartão de saúde como mostra a tabela (15), foi positivo, olhando que facilitou a verificar a informação registada em relação o aconselhamento sobre alimentação.

Tabela 16. Alguma vez já teve informação sobre a importância da alimentação da criança? *Versus*. Qual é a fonte de informação que teve?

Importância da alimentação		Qual é a fonte de informação que teve?			Total
		Centro de Saúde	Amigos	Outros	
Alguma vez já teve informação sobre a importância da alimentação da criança?	Sim	17	3	1	21
Total		**17**	**3**	**1**	**21**

Fonte: autora

Questionados sobre importância da alimentação da criança, responderam todos 21 mães/ cuidadores, afirmaram positivamente terem ouvido falar da importância, a maioria, 17 mães /cuidadores tiveram informação no centro de saúde, e três (3) tiveram informação com amigos e por fim uma mãe teve a partir de outras fontes, vide tabela16.

Tabela 17: Sabe dizer até que idade a criança deve ser amamentada com leite de peito? *Versus s*e sim, assinale o parâmetro mencionado

		Se sim, assinale o parâmetro mencionado					Total
		12 Meses	18 Meses	24 Meses	Até deixar sozinha	Quando come tudo	
Sabes dizer até que idade a criança deve ser amamentada com leite de peito?	Sim	10	2	1	4	6	23

		Se sim, assinale o parâmetro mencionado					
		12 Meses	18 Meses	24 Meses	Até deixar sozinha	Quando come tudo	Total
Sabes dizer até que idade a criança deve ser amamentada com leite de peito?	Sim	10	2	1	4	6	23
Total		**10**	**2**	**1**	**4**	**6**	**23**

Fonte: autora

Relativamente a amamentação da criança com relevância ao leite materno (LM), pode-se observar que, as mães cuidadoras não sabem a idade certa, as respostas das idades divergiam, 10 mães indicaram 12 meses de idade, 6 responderam até que a criança comece a comer todo tipo de alimento, 4 mães referiram até que a criança deixe sozinha, 2 mães apontaram até aos 18 meses de idade, mas apenas 1 mãe respondeu o certo 24 meses, conforme ilustra na tabela17 acima.

CAPITULO V: DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, buscou-se analisar a relação associada das variáveis, observou-se que a idade dos 32 participantes incluídos na pesquisa variou de 14 a mais de 35 anos, com predominância da idade de 15 a 20 anos, com escolaridade média 7ª calasse (nível primário).

E em relação ao estado civil, a maioria delas vive com companheiro e não tem emprego formal (domésticas), sendo apenas duas que exercem actividade de comércio informal e um pescador respectivamente. Tendo em conta que a ocupação das mães/ cuidadores interfere nos cuidados das crianças, a pesquisa revelou que a maioria das mães e cuidadores são domésticas, consequentemente, com maior disponibilidade de tempo para cuidar das suas crianças.

Em relação o aleitamento materno exclusivo (AME), os resultados mostra que, a continuação do aleitamento materno exclusivo está sendo um desafio, uma vez que, o índice de amamentação exclusivo na área de Saúde do Povoado de Malanha, é relativamente baixo, quando comparados ao preconizado pela OMS e Ministério de Saúde que é de 100% até o sexto mês

Este dado é sustentado pelo que foi possível constatar nesta pesquisa, onde 14 crianças, correspondente a 43.6%, não tiveram o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses conforme as recomendações.

Alguns estudos apontam que as condições sociais maternas influenciam no desmame. Os jovens e adolescentes são os que amamentam, bem como aquelas que não têm companheiro e/ou apresentam uma baixa renda.

Das 32 mães entrevistadas, três (3) estão em situação de casamento prematuro. Para o contexto desta pesquisa, percebe-se claramente que a maioria dos participantes é de jovens e adolescentes, algumas delas são primíparas. Esta condição pode estar a contribuir para o desmame precoce, registado em 18 mães /cuidadoras das crianças.

Ainda relacionando a estes dados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que o AME seja oferecido até o sexto mês, e depois deve ser complementado o leite materno (LM), oferecendo outros alimentos líquidos ou alimentos pastosos e adequados à criança, sob livre demanda, até dois anos ou mais.

A pesquisa mostrou que a prevalência do AME é muito baixa, apesar do nível das crianças amamentadas nas mães/cuidadores entrevistados situar-se a 53,1%, há muito que melhorar, considerando-se a prevalência de AME durante seis meses recomendada pela OMS.

O nível de escolaridade é outro factor que tem influência na duração do AME, pois mães sem escolaridade, com baixo poder aquisitivo, apesar de possuir mais disponibilidade de tempo para amamentar, tendem a introduzir antecipadamente os alimentos ou tardiamente.

Em relação à ingestão de água, constatou-se que a maioria das mães, 20, correspondente a 62.5%, não obedeceu ao período normal indicado, que é a partir dos seis meses. Algumas mães ofereceram água aos bebés, a partir do primeiro mês de vida. Nutricionistas apontam que oferecer água ao bebé com menos de seis meses pode prejudicar a ingestão do leite materno, porque o estômago fica cheio de algo sem calorias e outros nutrientes.

Dependendo da proveniência, a água pode contaminar a criança. Por isso, concluí que a percepção das mães cuidadoras das crianças tem limitações no conhecimento sobre alimentação ideal da criança, mesmo as que frequentam com regularidade as consultas pré-natais.

Pressupõe-se que esta situação poderá estar a influenciar aspectos culturais da própria comunidade, que, de algum modo, acabam deixando de lado todo o ensinamento oferecido durante as consultas. Mas também há que apontar a fragilidade nas consultas de saúde maternas e da curva de crescimento da criança, em termos de ensinamentos para as mães gestantes e lactantes.

A pesquisa mostrou que a maioria das entrevistadas, (29) frequentaram a consulta pré-natal o que revela o entendimento da importância desta consulta pela comunidade, e a oportunidade que têm para discussão de pontos importantes dos cuidados infantis, incluindo o aleitamento materno exclusivo (AME), alimentação complementar bem como o aleitamento materno (LM) contínuo até aos 24 meses.

Quando analisado o número de frequência das consultas pré-natal, notou-se que a maioria das mães que afirmam terem frequentado a consulta pré-natal, mas particularmente de forma irregular, pois como se pode constatar na tabela 5 nos resultados, cerca de 15 mães frequentaram as consultas não mais do que 4 vezes, verificou-se fraca participação e aderência das mães nas consultas, pois, a maioria tem conhecimento da importância e quantas vezes que se deve frequentar normalmente.

Segundo o modelo de atenção das consultas pré-natais, a OMS encoraja o aumento do número de contactos com o profissional de saúde ao longo do tempo da gravidez de quatro (4) consultas para uma média de oito (8) contactos.

E as evidências recentes indicam que uma maior frequência de contactos na atenção pré-natal de mulheres e adolescentes com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos. O mínimo de oito meses tendo contactos pode reduzir as mortes perinatais em oito mil para cada mil nascidos, quando comparados ao mínimo de quatro contactos.

Para a pesquisa, apenas 9 mães frequentaram a consulta pré-natal acima de 6 vezes, o que contradiz com as orientações da OMS. Assim, conclui-se a frequência das consultas pré-natais no centro de saúde de Estacão Malanha, as metas estão ainda mais além do desejado do plasmado. Ainda apurou que cerca de 10 mães, equivalentes a 31,3%, tiveram parto fora da maternidade, correndo vários riscos. Estes dados são preocupantes, pois se nota que, apesar da maioria das mães entrevistadas afirmar ter frequentado as consultas pré-natais, e quando chega o período do parto, não se dirigem ao centro de saúde. Isso remete-nos a afirmar que algo está falhando segundo as orientações durante a consulta pré-natal. Pois pode-se dizer que essas mães

não deram o leite do peito após o nascer e não cumpriram com as normas ou as recomendações do aleitamento (AME).

Em relação à alimentação complementar, das 29 mães que dizem ter frequentado as consultas pré-natais, correspondentes a 72,4% tiveram aconselhamento sobre alimentação durante as consultas. Mas apesar do número das que tiveram aconselhamento sobre alimentação situar-se a 72.4% ainda se pode considerar preocupante, pois o ideal seria todas as mães terem aconselhamento sobre cuidados de alimentação infantil (complementar) durante a consulta, assim como sobre o aleitamento materno para ser dispensado no primeiro momento na hora do parto, para contacto imediato e para aumentar o vínculo mãe-filho, conforme preconizado nos protocolos da MISAU de assistência a saúde, é prioridade para a promoção de saúde das crianças e é um indicador de excelência da amamentação.

O conceito de alimentação complementar, foi adaptado pelo Ministério de Saúde, o qual foi concebido que a parir dos seis meses, deve-se oferecer a alimentação adicional ao leite materno, que tem função de complementar a energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento psicomotor assim como a imunidade das crianças.

O conceito de alimentação complementar, foi adaptado pelo Ministério de Saúde, o qual foi concebido que a parir dos seis meses, deve-se oferecer a alimentação adicional ao leite materno, que tem função de complementar a energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento psicomotor assim como a imunidade das crianças.

A compressão das mães cuidadoras ao respeito do aleitamento materno (AM) influência de forma directa na atitude das mesmas quanto ao acto de amamentar. E foi possível verificar que a maioria das mães, 53,1%, tem alguns conhecimentos sobre aleitamento materno, adquiridos durante as consultas de saúde materna infantil, no centro de saúde de Estacão Malanha. Porém, falta dar cobertura 46,9% das mães que não tiveram aconselhamento, o que justifica o desafio do sector de saúde através de serviço de saúde materno infantil e nutrição para intensificar a educação em saúde e nutrição para esta componente do aleitamento materno.

O contexto social é de grande importância, visto que afecta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação e o desenvolvimento sócio emocional da criança.

É preciso considerar as percepções das crenças que exercem bastante influência sobre a família, pois o consumo alimentar de determinados grupos está vinculado aos diversos valores e sentimentos que se relacionam com aspectos da cultura, transporte o acto biológico de comer e preenchendo funções simbólicas na vida dos indivíduos. E, em consequência disto, geram-se diversas restrições e exclusões alimentares.

Em relação ao papel assumido pelo cuidador principal, são destacados alguns factores que influenciam a prática da alimentação complementar, dos quais podem ser citados:

- O conhecimento das mães ou cuidadores sobre a alimentação infantil;
- As condições de saúde do lactente e da mãe,
- Valores culturais, crenças, tabus, estilo de vida da mãe, ou de quem cuida da criança;
- Recursos disponíveis param o preparo dos alimentos complementares em condições adequadas, inclusive a higiene;
- Ajuda para cuidar da criança e dos afazeres domésticos;
- Poder de aquisição das famílias;
- Recomendações familiares, dos amigos e dos profissionais de saúde.

Apesar da noção básica das mães sobre alimentação adequada, constavam no cardápio diário das crianças uns alimentos não saudáveis para o organismo infantil, evidenciando contradição nos discursos. Para o efeito, a equipa de saúde deve ser capaz de planear programas de educação para saúde alimentar adequados às suas inspirações, necessidades e dificuldades, colaborando com a família ou comunidade, por elogios, protecção e apoio necessário, valorizando a cultura.

Considerando ainda mais, as co-mortalidades associadas a doenças crónicas não transmissíveis, não apenas na idade adulta, mas em idade pediátricas, relacionadas com

alimentação e estilo de vida não saudável, reforça-se a intervenção no contexto da promoção da saúde em geral e, em particular da saúde alimentar da família.

Reconhece-se que as famílias têm características, dinâmicas e formas de organização diferentes, assim como necessidades, capacidades e expectativas. Como tal, o impacto e os resultados das intervenções vão depender do envolvimento da família, da sua firmeza para aceitar na melhoria da sua qualidade de vida e controlar o processo de mudança.

Como se pode notar nessa discussão dos resultados, há evidências do desafio de cumprimento da recomendação do sector de saúde sobre o aleitamento materno e há que somar esforços conjuntos uma vez que os factores hora apontados não são só do domínio das mães e de sector de saúde, mas envolve também outros actores sociais assim como as políticas que ditam o desenvolvimento que reflecte directamente o poder aquisitivo das populações nas comunidades.

VI. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES/ SUGESTÕES

Diante dos resultados da pesquisa, permitem concluir que as mães estão recebendo algumas orientações em relação à amamentação e alimentação complementar nas consultas pré-natal, pós-parto e consulta de crianças saudáveis e que as mesmas consideram importante, essa prática. Entre tanto, pouco aplicam os conhecimentos oferecidos de forma alguma a melhorar o estado de saúde e nutrição das suas crianças.

Quanto a motivação das mães e cuidadores de crianças, na introdução da alimentação complementar, é pelo facto de perceberem que a introdução de outros alimentos durante a infância, também tem sido considerada aspecto importante na atenção à criança, devido às consequências sobre a saúde ao longo de toda a vida.

A prática do aleitamento materno exclusivo (AME) mostrou-se associada à escolaridade e ao trabalho materno (Mãe) e do cuidador. Em relação à primeira característica, e embora a escolaridade seja muito baixa, apenas com o nível primário, constatou-se que as mães que frequentaram a escola amamentaram em exclusivo até aos 6 meses com maior frequência.

As mães com ocupação informal apresentaram menor frequência de aleitamento exclusivo até os 6 meses. Isto mostra claramente que a escolaridade da mãe e a ocupação são factores que influenciam o aleitamento exclusivo das crianças até os 6 meses, assim como a introdução da alimentação complementar.

Entre os factores analisados durante a pesquisa, os que mais interferem no comportamento alimentar da criança, destaque-se que à influência do cuidador, em especial das mães, também alguns estudos divulgados evidenciam que, tanto o exemplo dado pelos pais, quanto as atitudes tomadas por eles em relação à alimentação de seus filhos, são determinantes na formação dos hábitos alimentares.

Apesar de ser um acto natural, reconhece-se que o comportamento alimentar é complexo, incluindo determinantes externos e internos. Para o profissional de saúde, o entendimento desses factores determinantes possibilita a elaboração de processos educativos mais efectivos, que permitam obter mudanças mais eficazes no padrão

alimentar das crianças, futuros adultos, com benefícios tanto individualmente quanto colectivo.

Quanto às práticas usadas pelas mães e cuidadores, constatou-se que existem alguns desvios entre eles:

- As mães pouco concebem as informações sobre a saúde e nutrição das suas crianças e acontecem desvios nutricionais ocasionados pela introdução precoce e tardia de alimentação complementar;

- Em alguns momentos, por falta de atenção, as mães preferem dar aos seus bebés, alimentos processados não naturais que são os melhores, em vez de preparar um alimento disponível e natural.

- Há fraqueza e falta de compromisso das mães e cuidadores, apesar de terem conhecimentos básicos, relacionados com a substituição do leite materno por outros tipos alimentos, que mal administrada desenvolve precursões no ritmo intestinal da criança.

- As mães ou cuidadores substituem o aleitamento exclusivo por um tempo prolongado, o que pode criar uma condição para o aparecimento da desnutrição aguda grave;

- Verificou-se que alguns profissionais pouco ficam atentos, que muitos dos hábitos são condicionados desde os primeiros meses de vida, quando o primeiro contacto é negligenciado em relação ao aconselhamento nutricional.

- Muitos hábitos alimentares são condicionados nos primeiros meses de vida, e não são revertidos pelos profissionais nas consultas, via educação para saúde nutricional, tendo em conta a janela de oportunidade;

- Notou-se falta de plano de inclusão de palestras personalizadas que permitem aconselhamento e aprendizagem, baseada na experiência, observação e educação para saúde e nutrição de forma personalizada;

- Falta de plano conjunto dos profissionais de saúde (nutricionistas e enfermeiras de saúde materno infantil) em relação ao seguimento dos pacientes (mães e crianças) em relação à sua condição e estado de saúde e nutricional, uma vez que se apresentam nas consultas de curva de crescimento;

- Constou-se que algumas mães e cuidadores resistem às inovações contemporâneas direccionadas à alimentação complementar, mostrando-se presas às suas crenças e culturas, em relação à alimentação adequada saudável.

Embora com limitações que dizem respeito ao tamanho da amostra, que não permite generalizar suas conclusões, fica evidente a necessidade de se desenvolver pesquisas mais amplas, cujo objectivo seja de estabelecer guias específicos sobre práticas adequadas de alimentação complementar para as crianças de seis a vinte quatro meses, tanto para uso de e demais cuidadores como para os profissionais de saúde.

6. 2 Recomendações /Sugestões

Os achados da presente pesquisa mostraram que, para uma educação alimentar, é importante transmitir mensagens precisas e consistentes através dos vários meios de comunicação, nas embalagens de alimentos, e com reforço da informação dos profissionais de saúde, pois são as pessoas mais indicadas, durante o atendimento na consulta.

Em função do exposto nas conclusões, os pontos sugestivos, ou seja, recomendações, se resumem em.

Os profissionais de saúde, nas consultas pré-natal, pós-parto e controlo de crescimento, deve priorizar a prática de aconselhamento contínuo, que implica ser um processo de escuta activa, individualizado e centrado no utente, que permita o estabelecimento de uma relação de confiança capaz de estimular a autonomia do indivíduo como sujeito da sua própria saúde e transformação.

- Devem promover aconselhamento mais efectivo das famílias, para a alimentação saudável nos primeiros 24 meses de vida, reforçando a superioridade do leite materno e desencorajando a introdução de outros leites, bem como a inclusão correcta da alimentação complementar.

- Ajudar, quando necessário, a mãe cuidadora a executar as práticas adequadas do aleitamento materno exclusivo (AME) e alimentação complementar da criança até que tenham domínio na preparação de papas e outras misturas de outros alimentos;

- Que se faça mais trabalho de modo a permitir maior a proximidade entre os profissionais de saúde e a realidade vivenciada por mães cuidadoras, visando a auxiliar e a interpretar os comportamentos da criança, para melhor escolher de forma esclarecida os alimentos e a actuar de maneira mais efectiva nas questões da alimentação infantil;

- Potenciar a sensibilização das mães para adesão, assim como a frequência regular das consultas pré-natais e controlo de crescimento;

- A equipa de saúde deve realizar regularmente as práticas de demostrações de papas enriquecidas usando produtos disponíveis localmente, como actividade de rotina, de modo que as mães tenham conhecimento prático e suficiente em relação à alimentação complementar.

- Priorizar o aconselhamento nutricional personalizado para as mães ou acompanhante de crianças com curva estacionária e decrescente;

- Referenciar e explicar às mães as causas de aparecimento da desnutrição e os sinais de perigo;

- Garantir o aconselhamento nutricional e cuidados de saúde básicos a todas as mulheres nas consultas pré-natal e pós-parto, de forma que tenham conhecimento sólido sobre alimentação em relação às crianças de 0 a 24 meses de vida.

Referências Bibliográficas

Bardin, L *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições. LDA. 2009.

Birch L.L.; Fisher JA. (1997). *The role of experience in the development of children's eating behavio*r. In: Capaldi ED, editor. Why we eat what we eat. *The Psychology of Eating.* 2ª ed. Washington: APA, p. 113-41.

Birch L.L. (1998). *Psychological influences on the childhood diet*. *Journal Nutrition* 128:407-10.

Carneiro, Aline Silva; Delgado, Susana Elena; Brescovici, Silvana Maria. (2009) *Caracterização* do *desenvolvimento* da *alimentação* em *crianças* dos *6*aos *24 meses* de *idade* do *município* de *Canoas/RS.* Brasil.Rev. CEFAC [online]. vol.11, n.2, pp. 353-360.

Cattoni, D.M; Andrade, D.R.F; Zackiewicz D.M, Neiva, F.C.B. (2001*). Levantamento da consistência do alimento recebido no primeiro ano de vida*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 6:59-64.

Cordeiro, M. (2005). *Alimentação da criança Pré-escolar e Escolar*. In Silva, A.C; Gomes-Pedro, J. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, princípios básicos,* (pp. 106-114). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.

Correa, Elizabeth Nappi; Corso, Arlete Catarina T; Morreira, Emília Addison M; Kazapi, Ileana Arminda M.(2009). *Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis* (SC). Rev Paulista de Pediatria. 27(3): 258-264.

De Almeida (2007). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. DGS, Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa.

Eufic, (2005). *The Determinants of Food Choice. EUFICREVIEW-European Food of Information Council.*

Fernandes, A. (2009). *Diversificação alimentar.* Centro Pediátrico de Telheiras.

Garcia, M.T. (2009). *Aleitamento materno em crianças menores de 6 a 24 meses de idade*, cad. de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande de Sul, p. 21.Brasil.

Garcia, M. T.(2009). *Alimentação complementar e o estado nutricional de crianças de dois anos em Acre,* Amazona ocidental Brasileira. p. 22. São Paulo. http:// www.google acadêmico.br, acesso em Abril de 2014

Giacomo, Fernanda Oliveira; Jordão, Regina Esteves.(2008) *Formação de hábitos alimentares na infância.* Revista Paulista de São Paulo, Pediatria, v.27, n.2, p. 139-147.

Gil, A. C. (2007). *Como Elaborar projecto de Pesquisa.* 4ª ed. Atlas: São Paulo.

Giugliani ERJ, Victora, CG. (2000).v*Complementary feeding.* J Pediatr (Rio J).

Gressler, Lori Alice. (2000). *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Loyola.

Hill, M.(2005). *Investigação por Questionário*, 2ª Edição. Lisboa. Portugal.

Kearney, M. (2000). *Diet in the Amphisbaenian Bipes biporus.* Journal of Herpetology 37:404 – 408.

Levy, L. Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés Edição Revista de 2008.

Lofgren M. (2008). *Lições de Pediatria*. Hospital Pediátrico de Coimbra, Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra: Serviço de Textos e Reprografia.

Marconi, M. A; E M. E. LAKATOS (2012). *Metodologia Científico.* 7ª ed,. Editoras: São Paulo.

Marins, T; Berton, P; Santo, L.K.R.E. (2009). *Educação nutricional e alimentar*: por uma correta formação dos hábitos alimentares. Rev. Fapciência. 2009; 3(7): 72-8.

Maroco, J. (2007).*Análise estatística com a utilização do SPSS.* Lisboa, edições silabo.

MISAU, Departamento de Nutrição (2006). *Alimentação Complementar adequada a partir dos 6-24 meses*.

MISAU, Departamento de Nutrição (2008). *Inquérito de Indicadores Múltiplos (Multiple Indicador Custer Survey*

MISAU, Departamento de Nutrição, Plano de Acção Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique.

MISAU (2013). *Manual do formador*. Pacote de aconselhamento comunitário sobre alimentação infantil.

Monte, Cristina M.G; Giugliani, Elsa R. Guião (2004). *alimentar para crianças menores de dois anos*. Ministério da saúde. Organização Pan Americana da saúde. Brasília.

Monte, et.al. (2004). *Os dez passos para alimentação saudável das crianças menores de anos.* Orientações práticas param as mães. P.24. Brasília.

Monte, Cristina M.G; Giugliani, Elsa R.(2004). *Recomendações para alimentação complementar de crianças em aleitamento materno*. J. Pediat. Vol. 8. Rio de janeiro.

Organização Pan-americana de Saúde e OMS (2007). *Principio de orientacion para laalimentacion de ninõ no amamentados entre los* 6 y 24 meses de edad. 2007. Consultado através de: http://whq libdoc.who.int/publication/.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (2006). *Especial Crescimento Infantil: OMS estabelece padrão universal de desenvolvimento para as crianças. Notícias e informações sobre saúde*. News.med.br acedido a 10 de Maio de 2010, disponível em: http://www.news.med.br/p/especial+crescimento+infantil++oms+-1276.html

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165

Plinner P, Loewen R. (1997). *Temperament and food neophobia in children and their mothers.* Appetite; 28,239-54.

Ramos, M.; Stein, L.M. (2000). *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil.* Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 76 (Supl.3), S229-S23

Ribas, Cintia Cargnin Cavalheiro; Fonseca, Regina Celia Veiga Da (2008). *Manual de metodologia OPET*, Curitiba.

Rozin P. (1990). *Development in the food domain*. Developmental Psychologie Vol. 26:455-562.

Sullivan S.A, Birch L.L. (1994). *Infant dietary experience and acceptance of solid food*. *Pediatrics*. 93:271-77

Silva, A. (2005) *Diversificação alimentar – Porquê, Quando e Como?* In Silva, AC; Gomes-Pedro, J. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, princípios básicos*, (pp. 98-105). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.

World Health Organization. (2008), *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization

World Health Organization, (1990). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases.* Report of a WHO study group. WHO Technical Report Series 797. Geneva. Organization

World Health Organization. (2000) *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. [versão electrónica]. WHO, Geneva.

World health Organization (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, [versão electrónica].WHO Commission on Macroeconomics and Health, Geneva.

World Health Organization. (2010). *Principios De Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado.* Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

WHO, Geneva. Beauchamp GK, Mennella JA (2009). *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. (1994). A alimentação nas primeiras etapas da vida e o desenvolvimento das preferências pelos sabores. In Nestlé Nutrition Services (Ed.), *A alimentação na infância e suas consequências a longo prazo,* (pp. 27-9). Resumo do 36º Seminário Nestlé Nutrition.

ANEXO 1

Termo de consentimento livre e formado

Caro Mãe e Cuidador de Criança, foi escolhido para expressar a sua opinião sobre as várias variáveis que se seguem abaixo, querendo obter informações sobre o seu conhecimento e prática sobre a importância da alimentação complementar. As suas respostas são muito úteis para a pesquisa, uma vez que o mesma ira contribuir na melhoria da introdução precoce da alimentação complementar visando em melhorar o bem-estar de crianças menores de 24 meses em suma do agregado familiar. A informação recolhida será utilizado apenas para efeitos duma pesquisa académico, isto é, apenas com finalidade de elaboração da Dissertação que vai ser apresentado no programa de Mestrado em Saúde Púbica e Medicina Tropical da Universidade Politécnica como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, cujo o objectivo é Avaliar o Conhecimento das Mães e Cuidadores de Crianças dos Seis aos Vinte e Quatro Meses de Idade em Relação a Alimentação Complementar, que esta sendo levado a cabo pela estudante Rosalina Alves Silima Camilo. Salientar de que os dados são confidências e serão simplesmente usados para este fim. Desde já agradeço a sua colaboração.

Província _____ Distrito_____ Posto Administrativo _____ Povoado _____

Nome da área de saúde_____ Data _____/_____/ 2017

ANEXO 1I

INSTRUMENTO DE COLECTA DE DADOS / GUIÃO DE ENTERVISTA.

PARTE I

I. DADOS DEMOGRAFICOS

A1. Qual é a sua idade? _____anos

A2. Sexo

1. Masculino ( ) **2.** Feminino ( )

A3. Qual é o seu estado civil?

1. Casada ( ) **2.** Divorciada ( ) **3.** Solteira ( ) **4.**Viúva ( ) **5.** Vive em união de facto ( )

A4. Qual é o seu nível de escolaridade ?

1. Classe _____ **2.** Nunca foi a escola ( )

A5. Qual a sua ocupação

1. Doméstica ( ) **2.** Comerciante ( ) **3.** Estudante ( ) **4.**Trabalhadora( ) **5.**Estudante

6. Outros (especifique) _____

II. PARTE

A. INFORMAÇÃO DA MÃE OU ZELADOR DA CRIANÇA.

A6. Durante a sua gravidez fez consulta pré-natal regular?

1. Sim ( ) **2.** Não ( ) **3.** Sem aplicação ( )

A7. Quantas vezes frequentou a consulta pré-natal? _____

A8. Teve aconselhamento na consulta pré-natal em relação a alimentação da criança, a pois o nascimento?

1. Sim ( ) **2.** Não ( )

A9. Se sim, mencione os pacotes._____

A10. Teve parto na maternidade? **1.** Sim ( ) **2.** Não ( )

_____

_____

A11. Teve aconselhamento sobre alimentação da criança após o nascimento?

1. Sim ( ) **2.** Não ( )

B. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA, ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA / SITUAÇÃO NUTRICIONAL (VERIFIQUE NO CARTÃO DA CRIANÇA)

B1. Idade da criança em meses _____

B2.Tem cartão de saúde?

1. Sim ( ) **2.** Não ( ).

B3. Se sim, verifique a curva de crescimento

1. Crescente ( ) **2.** Decrescente ( ) **3.**Estacionário ( )

B4. A criança foi amamentada exclusivamente até aos 6 meses de idade?

1. Sim ( ) **2.** Não ( )

B5. Se sim durante quantos meses?

Meses com AM exclusivo _____ Meses.

B6. Se não porque?

_____

_____

B7. Com quantos meses começou a dar água a sua criança? _____

B8. Alguma vez já teve informação sobre a importância da alimentação da criança? S

1. Sim ( ) **2.** Não ( )

Se não passe passa para outra pergunta número.

B9. Qual é a fonte da informação que teve?

1. Centro de Saúde ( ) **2.** Agentes Comunitários ( ) **3.** Amigos ( ) **4.** Outro especifique. _____

B10. Mencione o tipo de informação já teve?

_____
_____
_____

B11. A sua criança já começou a consumir outros tipos de alimento?

1. Sim ( ), **2.** Não ( )

B12. Se sim, especifique ou identifique os alimentos que a sua criança come._____

B13. Qual a ordem de introdução das refeições ?

_____
_____

B14 A criança come no seu próprio prato ou come com outros membros da família?

_____

B15. Alimentos preparados vêm da produção própria ou são comprados?

_____
_____

B16. Existem alguns alimentos que não dá comer a sua crença?

1. Sim ( ) **2.** Não ( )

B17. Se sim por quê?

_____
_____

B18. Que quantidade de comida costuma dar a criança por refeição? Como têm medido? Usa medidas caseiras para descriminar a quantidade (Colher de chá, tigela de bebe, uma chávena ou copo) especifique.

_____

B19. Qual é à consistência da comida que costuma dar a criança?

1. Liquida ( ) **2.** Pastosa ( ) **3.** Mole ( ) **4.** Esmagada ( ) **5.** Às fatias( ) **6.** Em pedaços ( )

B20. Quem prepara a comida da criança?

1. Mãe ( ) **2.** Sogra ( ) **3.** Filha ( ) **4.** Baba ( ) **5.**Outra (especificar)_____

B21. Que tipo de utensílio usa para alimentar a criança?

1. Copo ( ) **21.** Chávena e colher ( ) **3.** Prato e colher ( ) **4.** Beberão ( ) **5.** Outro (especifique)_____

B22. Como é que prepara os alimentos para dar a criança**?** (tendo em conta os principio de higiene) peça a mãe para explicar.

_____
_____

B23. Quais são os cuidados, que tem prestado a criança antes e depois de ela comer?

_____
_____
_____

B24. Sabe dizer ou avaliar se a sua a criança esta crescer bem? **1.** Sim **( )** **2.** Não **( )**

_____
_____

B25. Como avalia ou sabe que a sua criança está a crescer bem?

1. Quando aumento do peso ( ) **2.** Quando come e brinca bem ( ) **3.** Quando não fica doente ( )

_____

B26. Sabe dizer até que idade a criança deve ser amamentada com leite do peito?

1. Sim ( ) **2.**Não ( )

B27. Se sim, assinale o parâmetro mencionado?

1. 0 a 11 meses ( ) **2.** 12 a 18 meses ( ) **3.** 19 a 24 meses ( ) **5.** Outra Idade especifique_____

Muito obrigado por fazer parte e pela colaboração!

O nosso maior valor é a vida

ANEXO 1II

CARTA DE RENUNCIA DO PRIMEIRO ORIENTADOR

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Prof. Doutor Luís Varandas
Instituto de Higiene e Medicina Tropica
Rua da Junqueira 100
1349-0008 Lisboa – Portugal
Email: varandas@ihmt.unl.pt

Exma. Sra. Professora Maria Acácia Ernesto Lourenço,

Na qualidade de primeiro orientador da estudante do Programa de Mestrado em Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade Politécnica, Quelimane, declaro que abdico da orientação da estudante Rosalina Alves Silima Camilo.

Lisboa, 27 de fevereiro de 2023

Assinado por: **LUÍS MANUEL VARANDAS**
Num. de Identificação: 06640346
Data: 2023.02.27 22:29:08+00'00'

_____

Prof. Doutor Luís Varandas