Mtr. 151

"ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE PERTENCENTES A DOIS GRUPOS SÓCIO-ECONÔMICOS DIFERENTES ATENDIDAS POR UM CENTRO DE SAÚDE DA CAPITAL DO ESTADO DE SÃO PAULO"

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Mtr 151
BIBLIOTECA

AURA GARCIA ULLOA

Trabalho apresentado ao Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para a obtenção de grau de Mestre.

São Paulo

1972

A G R A D E C I M E N T O S

Expressamos nossos agradecimentos aos Drs. Otávio Azevedo de Mercadante e José Carlos Seixas, respectivamente, Diretor e Assistente do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, bem como aos demais componentes dessa Unidade Sanitária.

Somos ainda, especialmente gratos às Visitadoras de Saúde Pública, Da. Leonice L. Vieira, Da. Suely Nogueira Dias e Stas. Rosa Maria Roberto, Maria Inês de Andrade, Jorgina Maria Pedro e Eunice Aparecida do Lago, que se incumbiram da coleta dos dados.

Agradecemos igualmente à Dra. Helena Alba P.C.S. Baldo, pela contínua orientação que nos dispensou.

Ao Dr. Flaviano Ojeda Villalba, às Stas. Rosa Nilda Mazzilli, Teresa Herrera e Diva Aparecida Soares, e à Dna. Maria Lúcia Ferrari Cavalcanti, agradecemos o apoio e interêsse dedicados durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

É com satisfação que registramos nosso especial agradecimento ao Prof. Yaro Ribeiro Gandra, por sua valiosa orientação, pelo precioso tempo dispendido na versão para o português e pelo inestimável auxílio emprestado na revisão final deste trabalho.

S U M A R I O

pag.

1. INTRODUÇÃO 1

2. GENERALIDADES 3

3. OBJETIVOS 6

4. MATERIAL E MÉTODOS 7

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 12

   5.1. Características das Mães Entrevistadas..... 12

   5.2. Alimentação Infantil 17

      5.2.1. Orientação recebida no hospital..... 17

      5.2.2. Aleitamento materno 19

      5.2.3. Alimentação suplementar 29

      5.2.4. Crenças e práticas alimentares em algumas manifestações patológicas..... 41

6. CONCLUSÕES 47

7. RESUMO 50

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51

9. ANEXOS .

./.

I N T R O D U Ç Ã O

A desnutrição proteico-calórica infantil representa um grave problema de saúde pública constituindo uma das causas que com maior frequência contribui para elevar as taxas de mortalidade infantil e pré-escolar.

O estado nutricional da criança depende de uma série de fatores íntimamente relacionados entre sí, de tal maneira que , para se conseguir níveis normais de nutrição é indispensável que os alimentos de que ela necessita se encontrem disponíveis, que os consuma em quantidades adequadas e, que os possa aproveitar de maneira integral.

Como é sabido, a criança depende, nos seus primeiros anos de vida completamente dos cuidados maternos e, por conseguinte, os conhecimentos e as crenças que as mães tenham sôbre os alimentos, assim como, os seus habitos alimentares e higienicos, influem de maneira decisiva na alimentação de seus filhos. Daí, a necessidade e o interêsse de se conhecer êsses aspectos em diferentes extratos da comunidade, pois as informações obtidas são indispensáveis para o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de programas de prevenção de desnutrição infantil e de promoção do bom estado de saúde em geral.

Considerando entretanto, que não se dispõe de suficientes informações acêrca das práticas de alimentação infantil, especialmente nas áreas periféricas das grandes cidades, onde os problemas nutricionais são frequêntes e, conhe-

cendo o interêsse da administração do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, para obtenção de dados dessa natureza, nos propusemos a levar a cabo o presente estudo, em um grupo de mães de classes sócio-econômicas diferentes que têm seus filhos matriculados no dito Centro, e que, por conseguinte, estão sob a influência do programa educativo daquela unidade.

Esperamos que os resultados encontrados no presente trabalho contribuam para orientação das atividades de educação nutricional realizada por aquela unidade sanitária na área materno-infantil. Se conseguirmos esta meta daremos por atingido o objetivo principal dêste nosso trabalho.

GENERALIDADES

Uma disponibilidade e um consumo adequado de alimentos que satisfaça as necessidades nutricionais dos indivíduos, assim como a ausência de fatores adversos que prejudicam o aproveitamento dos nutrientes, são condições indispensáveis para a prevenção da desnutrição em uma comunidade.

O consumo adequado de alimentos por parte de um membro de uma família ou de uma comunidade, depende de uma série de fatores correlacionados. O primeiro é a aquisição a qual depende por sua vez, de outros fatores tais como salários, fontes de emprêgo, ingresso familiar, determinando o seu poder aquisitivo, assim como os hábitos alimentares que formam parte de sua cultura, e condicionam preferências na seleção de alimentos disponíveis nos mercados.

A partir da despensa até a ingestão adequada de alimentos para cada um dos membros da família, continuam exercendo sua influência uma série de fatores sócio-culturais que determinam as características e a adequação da dieta individual. Tais fatores que influem no consumo de alimentos, se relacionam principalmente com os padrões culturais e com os níveis educativos da população. Entre êsses fatores podemos destacar aqueles relacionados com os hábitos alimentares, com as práticas de desmame e crenças sôbre saúde e enfermidade.

Êsses fatores sócio-culturais nem sempre influem com igual força em todos os membros da família, pois de uma maneira geral, as situações adversas se concentram nos grupos mais vulneráveis, isto é, nos lactentes, pré-escolares e mães no período de gestação e lactação, grupos êsses que têm as

suas necessidades nutricionais aumentadas. A disponibilidade adequada de alimentos na despensa familiar não significa sempre uma alimentação equilibrada para crianças, devido à falta de conhecimento dos pais, ao seus hábitos alimentares inadequados e, especialmente, às falsas crenças sôbre a alimentação da criança.

Nestas condições, o comportamento das mães, fruto de seu padrão cultural, influi de maneira decisiva na alimentação das crianças, especialmente nos lactentes, que dependem quase que totalmente da mãe para sua subsistência.

Um aspecto que se reveste de grande importância na alimentação da criança é a alimentação natural. Em que pese o valor incomparável dêste processo sob o ponto de vista nutricional, higienico, afetivo e econômico, o perîodo destinado a êle vem paulatinamente diminuindo de maneira considerável, principalmente nas áreas urbanas e nas zonas periféricas das grandes cidades. Assim por exemplo, verificamos que em algumas áreas rurais no Estado do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Guanabara, Goiás, Bahia, Minas Gerais, o perîodo médio de amamentação natural é superior a 9 meses (2, 7, 8, 9, 10, 11). Por outro lado, nas áreas urbanas e suburbanas dos Estados de Pernambuco, Bahia, Paraiba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, a idade mais frequente de desmame tem sido ao redor de 3 meses (4), assim como também nas zonas urbanas da cidade como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, o perîodo de amamentação tem variado em tôrno de 2 a 5 meses (22).

É fato conhecido que o desmame precoce vem adquirindo uma crescente popularidade. Esta prática está conduzindo a um maior número de casos de desnutrição, especialmente nas

comunidades que formam os bairros de baixo nível sócio-econômico, para cuja população os produtos elaborados com leite de vaca, tornam-se demasiadamente caros. (2).

Outro aspecto importante da desnutrição da criança, é a presença de enfermidades que diminuem a utilização dos alimentos pelo organismo e ocasionam perda de alguns nutrientes por excreção excessiva dos mesmos. Entre essas enfermidades merecem ser destacadas aquelas infecciosas, que contribuem a agravar o estado nutricional da criança, não sòmente devido à redução da ingestão de alimentos, por diminuição do apetite, à prescrição inadequada e prolongada das dietas líquidas à base de alimentos farináceos pobres em proteínas, como também pela perda de elementos, principalmente de nitrogênio, ocasionada por desequilíbrio metabólico. (18).

Com relação a êste aspecto alguns autores têm verificado a suspensão, por parte da mãe, dos principais alimentos protéicos quando a criança apresenta algumas manifestações, como diarréia, febre, oferecendo como substituição infusão de ervas e outras bebidas, água de arroz e mingaus (1, 2, 7, 8, 12); esta prática limita e empobrece a alimentação das crianças, tornando-as mais susceptíveis às infecções, e por conseguinte expondo-as mais frequentemente à desnutrição, criando com isto um verdadeiro circulo vicioso.

O B J E T I V O S

O objetivo principal que nos propusemos a atingir neste estudo, foi o de identificar, mediante o conhecimento das práticas, crenças e conceitos das mães, as características da alimentação das crianças menores de 1 ano de idade, em dois grupos sócio-econômicos diferentes, atendidos pelo serviço materno-infantil do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda.

As características da alimentação das crianças investigadas no presente trabalho, foram as seguintes: duração do aleitamento materno e causas do desmame, introdução de outros alimentos, além de leite, forma de preparação das mamadeiras, idade em que as crianças participam da comida familiar e alimentos permitidos ou restringidos em casos de diarréia, febre ou vômito.

Investigamos também outros aspectos relacionados com a alimentação da criança,tais como, a orientação que as mães receberam durante sua estada no hospital, atitude das mães sôbre a amamentação; seus conceitos em relação à idade da criança que acreditavam ser ideal para desmame, assim como o conceito que possuiam sôbre os alimentos que consideravam melhores para a saúde e a prioridade no consumo dos mesmos pelos membros da família.

Finalmente, para melhor conceituação das informações levantadas sôbre os hábitos alimentares, consideramos conveniente ainda obter alguns dados pessoais das mães, tais como idade, escolaridade, ocupação, número de filhos, assistência pré-natal e lugar de nascimento da criança estudada.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. - Área de Trabalho:

O presente estudo foi levado a efeito na área de influência do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, localizado no sub-distrito da Barra Funda, na cidade de São Paulo. O referido Centro atende a uma população aproximadamente de 24.000 mil habitantes, distribuidos em 3 extratos de diferentes níveis sócio-econômicos: o 1º de nível médio e médio-superior, o 2º de nível médio e médio-inferior e o 3º extrato de nível inferior, correspondente à favela da Barra Funda, caracterizada esta por uma população flutuante de cêrca de 1.000 mil habitantes que vivem em condições precárias de habitação e de saneamento básico. (6).

O Centro de Saúde referido depende da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e funciona mediante convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Esta unidade conta com serviços de consulta médica, enfermagem em Saúde Pública, educação Sanitária, estatística e serviço social. Êstes serviços, além das atividades diretas sôbre a comunidade, realiza ainda atividades docentes.

Como parte do programa de saúde infantil, o Centro desenvolve uma atividade de suplementação alimentar que compreende a distribuição semanal de 1 k. de leite em pó para as crianças menores de 1 ano de idade, quantidade esta que cobre suas necessidades totais de proteinas e, 1 k. de uma "mistura de 35% de proteina de soja, 20% de leite em pó e 45% de fuba", distribuida para tôda a família. A seleção dos benefi

ciados se faz, tendo como base as baixas condições sócio-econômicas. Na ocasião em que se realizou êste estudo existiam 65 crianças inscritas. O pessoal responsável por esta atividade é o mesmo que se encarrega dos serviços de saúde infantil e do serviço social.

Semanalmente, antes da distribuição do suplemento , as crianças são pesadas e as mães assistem às reuniões. Nestas reuniões é ensinado o preparo das mamadeiras e diferentes pratos,nos quais se utiliza a mistura citada.

4.2. - Seleção da Amostra:

A seleção da amostra foi desenvolvida em várias etapas. Em 1º lugar foram identificadas as famílias que tinham filhos na idade de 6 a 15 meses. Em 2º lugar, verificou-se a classificação sócio-econômica dessas famílias, de acôrdo com um critério utilizado pelo centro de Saúde*, dividindo as mães em 2 grupos sócio-econômicos.

O grupo I, ficou constituido por mães da classe sócio-econômica baixa (A). Êste grupo recebia, do Centro de Saúde, leite em pó para a criança em estudo e a mistura protéica para tôda a família. A maioria desta classee reside na "favela da Barra Funda".

O grupo II, ficou constituido por mães de

---

* - A classificação sócio-econômica utilizada pela Unidade Sanitária considera 3 grupos A- B- C-, estabelecidos em função do salário mínimo vigente. Do total do ingresso familiar diminuem-se as quotas correspondentes ao aluguél,gás, luz, água e um per cápita mensal de Cr$.35,00 (trinta e cinco cruzeiros) para a alimentação. De acôrdo com o saldo obtido e o número de pessoas que formam a família, está é classificada segundo uma tabela pré-estabelecida. (6) (Anexo 1).

classe sócio-econômica média (B-C), que não recebiam suplementação alimentar.

39 famílias reuniam as características estipuladas para o grupo I e 52 para o grupo II. Deste contigente sortearam-se ao azar, 30 famílias para cada grupo, bem como famílias suplentes para substituição na amostra. Em outras palavras, 60 mães constituiram o objeto deste estudo, mães estas que possuíam filhos de 6 a 15 meses matriculados no Serviço de Saúde da Criança e que pertenciam aos grupos sócio-econômicos citados, de acôrdo com a classificação utilizada por aquele Centro.

4.3. - Formulário:

O formulário especialmente organizado para este estudo é o que consta no anexo 2.

4.4. - Coleta de Dados:

Os dados foram coletados por 6 visitadoras do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, mediante entrevistas com as mães, desenvolvidas nos próprios lares.

As visitadoras de Saúde Pública que participaram da coleta dos dados, foram submetidas a um período prévio de treinamento específico. Êste treinamento constou de informações sôbre o objetivo do estudo, importância da veracidade dos dados coletados, padronização dos conceitos, da terminologia e do registro das informações obtidas. Foi realizada ainda avaliação das visitadoras e do formulário, através de entrevistas nos lares com mães que possuiam as mesmas características daquelas da amostra, porém não pertencentes à

mesma.

Durante o período da coleta de dados, foram efetuadas reuniões diárias, no sentido de se comentar o desenvolvimento das entrevistas, o motivo da substituição das famílias e o registro dos dados. Com isso pretendia-se que a informação coletada fosse a mais completa e fidedígna possível. Os formulários foram revisados diàriamente pela nutricionista responsável pelo estudo, a qual também supervisionou as visitadoras durante as entrevistas.

Apesar de se ter estabelecido que as entrevistas seriam realizadas, em sua totalidade, nos lares, onde a mãe estaria menos influenciada pelo ambiente do Centro de Saúde e, consequentemente, se sentiria com maior liberdade para dar as respostas, foi necessário entrevistar 10 mães na própria Unidade Sanitária, devido às dificuldades da localização de suas casas.

4.5. - Análise por Escalograma:

Dentre os métodos utilizados na análise dos resultados, empregou-se o escalograma para o estudo da introdução dos alimentos na dieta da criança, durante os seis primeiros meses de vida. A escala de Guttman, ouescalograma. apresenta como característica principal a "Unidimensionalidade", ou seja, a medição de um só conceito de maneira ordenada e acumulada (19).

A técnica do escalograma se baseia na premissa de que, para adquirir um novo hábito, é necessário passar por certos hábitos prévios, de forma escalonada, de modo que os níveis alcançados pelo indivíduo ou grupo podem ser mensu-

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

ráveis. (13).

A escala de Guttman para o estudo dos hábi - tos alimentares, foi utilizada por Price, Sanjur e outros investigadores (13, 17, 19), os quais demonstraram que a complexidade dietética segue um padrão mensurável com a técnica escalográfica. No presente estudo utilizou-se a prova da reprodutibilidade para se saber se os alimentos introduzidos na alimentação da criança constituiam uma escala no sentido Guttman, e também para calcular a gravidade dos erros que ocorreram na mesma escala. O nível de aceitabilidade para o coeficiente de reprodutibilidade é de 0,90 a 1,0 (5).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .

5.1. - Características das mães entrevistadas:

As características estudadas foram a idade, o grau de instrução, a ocupação, o número de filhos, o controle pré-natal e o lugar de nascimento da criança estudada.

5.1.1. - Idade:

Como pode ser observado no Quadro nº 1, a maioria (83,4%) das mães dos 2 grupos encontra-se na faixa etária de 20 a 34 anos, isto é, naquela idade de procriação mais frequente.

Quadro 1 - Distribuição das mães segundo idade e grupo sócio-econômico do "Centro de Saúde Experimental da Barra Funda", março de 1972 (*)

Idade em anos \ Grupo sócio-econômico	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
até 19	3	10.0	2	6.7	5	8.3
20 ⊢ 25	7	23.3	10	33.3	17	28.3
25 ⊢ 30	8	26.7	9	30.0	17	28.3
30 ⊢ 35	8	26.7	8	26.7	16	26.8
35 ⊢ 40	4	13.3	1	3.3	5	8.3
T o t a l	30	100.0	30	100.0	60	100.0

(*) De agora em diante citado pelas letras C.S.E.B.F.

5.1.2. - Grau de Instrução das Mães:

Com relação ao grau de instrução encontrou-se que a metade das mães do grupo de nível sócio-econômico mais baixo (grupo I) é analfabeta e apenas 20% têm o primário completo. No grupo de nível sócio-econômico médio (grupo II), 60% atingiram um grau de instrução superior ao do primário, não se encontrando nenhuma mãe analfabeta e apenas uma com o primário incompleto.

Quadro 2 - Distribuição das Mães segundo o grau de instrução e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F.

Grupo sócio-econômico / Instrução/mães	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Analfabeta...	13	43.3	-	-	13	21.7
Primário incompleto.	9	30.0	1	3.3	10	16.7
Primário completo.	6	20.0	11	36.7	17	28.3
Ginásio incompleto.	2	6.7	7	23.3	9	15.0
Ginásio completo.	-	-	8	26.7	8	13.3
Colegial completo.	-	-	3	10.0	3	5.0
T o t a l	30	100.0	30	100.0	60	100.0

Estes resultados concordam com aqueles de muitas investigações, nos quais encontrou-se que graus mais

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

baixo de escolaridade estão sempre nos grupos sócio-econômicos menos favorecidos (16).

As diferenças do grau de instrução e, consequentemente, a capacidade de compreensão das pessoas devem ser consideradas no planejamento e desenvolvimento dos programas de educação alimentar.

5.1.3. Ocupação das Mães:

A ocupação principal desempenhada por tôdas as mães estudadas foi a de prendas domésticas, desenvolvidas dentro de sua própria casa.

No grupo I, seis mães trabalhavam também fora de casa, 5 em serviços domésticos e 1, como operária.

No grupo II, além do trabalho doméstico, cinco mães realizaram outro tipo de trabalho dentro do lar (3 modistas, 1 tecelã e 1 professora de piano) e duas fora de sua casa (1 professora primária e 1 secretária).

Achamos ser interessante conhecer o tipo e o lugar da ocupação das mães, para se poder estimar a influência desse trabalho na alimentação da criança e, ainda, para servir de subsídios no planejamento das atividades educativas, de acôrdo com a disponibilidade de tempo e facilidades de locomoção.

5.1.4. Número de filhos por mãe:

O Quadro nº.3 apresenta os resultados da indagação sôbre o número de filhos por mãe, em cada grupo sócio-econômico estudado.

As famílias de nível sócio-econômico baixo, (Grupo I), são muito mais numerosas que as de nível médio (Grupo II). 50% das mães do Grupo II tinham sòmente 1 filho, enquanto que essa mesma percentagem foi encontrada no Grupo I, para as mães que possuiam 4 a 5 filhos. 73% das famílias do Grupo I tinham de 2 a 5 filhos, enquanto que 80% das do Grupo II, tinham de 1 a 3 filhos. A média de filhos por família foi de 3,4 e 1,8 , respectivamente. Estas médias são inferiores à média geral da área de influência do Centro de Saúde e que é de 4.0 (6).

Quadro 3 - Distribuição das mães segundo o nº de filhos e grupos sócio-econômicos.

Grupo sócio-econômico / nº de filhos	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
1	6	20.0	15	50.0	21	35.0
2 |--- 4	7	23.3	12	30.0	19	31.6
4 |--- 6	15	50.0	3	20.0	18	30.0
6 e mais	2	6.7	-	-	2	3.4
T o t a l	30	100.0	30	100.0	60	100.0

Os resultados em relação ao número de filhos estão de acôrdo com o que foi encontrado em outras investigações sôbre grupos sócio-econômicos diferentes, do mesmo modo como o grau de escolaridade já comentado. (16).

5.1.5. Assistência Pré-Natal:

A maioria das mães de nossa amostra - 85%, frequentou os Serviços Pré-Natal da Unidade Sanitária para o contrôle durante o período de gravidez, correspondente à criança estudada. As 9 mães que não receberam assistência pré-natal pertencem ao grupo de nível sócio-econômico baixo (Grupo I).

Com relação ao mês de gestação em que se iniciou o contrôle pré-natal, verificamos que 68% das mães estudadas, frequentaram o Serviço Pré-Natal no 1º trimestre de gravidez, sendo digno de ressaltar que o número de mães do Grupo I foi consideràvelmente inferior àquele do Grupo II. Aproximadamente 25% das mães frequentaram o Serviço Pré-Natal no 2º trimestre de gestação e sòmente 4 do Grupo I, receberam aquela assistência no último trimestre.

Quadro 4 - Distribuição das mães segundo o mês de gestação da 1a. consulta pré-natal e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F.

Grupo sócio-econômico / Mês de gestação da 1a.consul.	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
1 --- 4	12	57.2	23	76.6	35	68.7
4 --- 7	5	23.8	7	23.4	12	23.5
7 --- 10	4	19.0	-	-	4	7.8
T o t a l	21	100.0	30	100.0	51	100.0

Comparando-se esses resultados com à queles de outras investigações, verificamos que na realidade nesta área, há uma maior frequência de mães ao Serviço pré-natal nos primeiros meses de gestação. Esses resultados podem ser a consequência das atividades do Centro de Saúde, uma vez que em outras áreas, como dissemos, é comum encontrar que a maior parte das mães se apresentam à conculta pré-natal sòmente nos últimos meses de gestação.

5.1.6. Local do nascimento da criança estudada.

90% das crianças estudadas nasceram no hospital; das que nasceram no domicílio, 4 correspondem ao Grupo I e 2 ao Grupo II.

5.2.- Alimentação Infantil:

Como mencionamos anteriormente, 54 das crianças estudadas nasceram em hospitais, onde algumas mães receberam assistência ou orientação sôbre alimentação que deveriam dar aos seus filhos.

5.2.1. Orientação recebida no Hospital:

Das 54 mães que tiveram seus partos nos hospitais, sòmente 27 (50%) informaram ter recebido orientação sôbre alimentação das crianças; destas, 18,3% pertenciam ao Grupo I e 26,6%, ao Grupo II.

Ao serem interrogadas sôbre qual havia sido a orientação recebida, tôdas as mães informaram o tipo de leite recomendado,porém, sòmente 12 referiram ter recebido instruções por escrito para sua preparação; 6 mencio-

naram orientação sôbre o horário e 9 , sôbre o uso de água fervida. O Quadro nº.5 nos informa sôbre o tipo de leite recomendado para cada grupo sócio-econômico.

Quadro 5 - Distribuição das mães que receberam orientação no hospital, segundo o tipo de leite recomendado e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F.

Grupo sócio-econômico / Tipo de leite.	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Leite materno	1	9.0	7	43.7	8	29.6
Leite em pó	10	91.0	9	56.3	19	70.4
T o t a l	11	100.0	16	100.0	27	100.0

Pelo quadro acima, verifica-se que a orientação para o uso do leite materno foi ministrada quase que exclusivamente para as mães do grupo sócio-econômico mais favorecido. Do mesmo modo nos parece importante destacar que 91% das mães do grupo sócio-econômico baixo mencionaram que receberam, no hospital, recomendação de darem leite em pó aos seus filhos, apesar de seu limitado poder aquisitivo. Não se descarta a possibilidade de que essas informações, por nós recebidas das mães do grupo I, fossem apenas uma justificativa para continuarem recebendo o leite em pó, distribuido pela Unidade Sanitária. Destas, 10 mães, 6 informaram que junto com a prescrição receberam também uma lata de leite em pó o qual não foi utilizado, porque tinham suficiente leite ma

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

terno para seus filhos.

5.2.2. Aleitamento Materno:

Tôdas as mães do grupo I e 90% das do grupo II, amamentaram os seus filhos, enquanto que as demais utilizaram o leite em pò modificado.

As razões pelas quais as mães informaram que deram leite materno a seus filhos aparecem no Quadro nº.6.

Quadro 6 - Distribuição das mães em cada grupo sócio-econômico segundo as razões pelas quais deram leite materno a seus filhos.C.S.E.B.F.

Grupo sócio-econômico / Razões	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
-Tinha leite suficiente.	9	30.0	11	40.8	20	35.0
-O leite materno é o melhor.de todos.	9	30.0	9	33.3	18	31.7
-Por ordem médica.	2	6.7	4	14.8	6	10.5
-Não tinha outro leite.	4	13.3	-	-	4	7.0
-Por costume.	3	10.0	-	-	3	5.3
-Outras.	1	3.3	3	11.1	4	7.0
-Não sabe informar.	2	6.7	-	-	2	3.5
T o t a l	30	100.0	27	100.0	57	100.0

Pode-se dizer que apenas 30% das mães deram de mamar a seus filhos, porque tinham o conceito das necessidades nutricionais e afetivas da criança, expressada como " o leite materno é o melhor para a criança". As outras razões mencionadas se relacionam com a quantidade de leite produzido, a orientação médica, os fatores econômicos,os costumes e outras, as quais não sugerem que as mães tenham um conhecimento definido sôbre o valor nutritivo do leite materno para a criança. Com relação ao aleitamento natural para os filhos anteriores à criança estudada, observou-se que 90% das mães alimentaram ao seio todos os seus filhos.

5.2.2.1. A Atitude das Mães em relação à lactação:

Apenas uma mãe do grupo I e 5 do grupo II, expressaram que não sentiam especial agrado ou prazer em amamentar seus filhos. As razões referidas por essas mães foram classificadas em: físicas -"sentiam muita dor no seio", "depois de dar o seio, sentiam-se muito debilitadas ou com tonturas" ; Nutricionais -"seu leite era fraco" ; sociais: - "amamentar seus próprios filhos é uma prática antiquada", - "não tinham paciência e perdiam muito tempo". As mães que citaram razões sociais pertenciam à classe sócio-econômica de melhor nível, grupo II. Por outro lado as razões pelas quais as mães gostavam de amamentar seus filhos, foram classificadas em 4 grupos como pode se observar no Quadro nº.7.

Quadro 7 - Distribuição das mães em cada grupo sócio-econômico, segundo as razões pelas quais gostavam de dar o seio a seus filhos. C.S.E.B.F. -

Grupo sócio-econômico / Razões	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Nutricionais	17	58.7	17	68.0	34	63.0
Higiênicas	6	20.7	4	16.0	10	18.5
Afetivas	5	17.2	4	16.0	9	16.7
Econômicas	1	3.4	-	-	1	1.8
T o t a i s	29	100.0	25	100.0	54	100.0

Verifica-se no nosso estudo que mais da metade das mães indicaram razões classificadas como nutricionais, tais como: " é melhor do que dar leite em pó, faz bem à criança e a protege contra enfermidades". Para, aproximadamente, uma quinta parte das mães, a razão principal está relacionada com aspectos higiênicos, tais como: " o leite materno é mais higiênico e mais saudável" e, para outra quinta parte, as razões são de caráter afetivo, tais como: "pega amor à criança e esta à mãe". Uma das mães informou que " não tinha outra coisa a dar ao seu filho", o que pode ser interpretado como um motivo econômico.

Na pergunta sôbre o que as mães achavam melhor, se dar o leite materno ou preparar a mamadeira, verificou-se que a maioria (66,7%) considerou dar o seio e, apro

ximadamente 30%, dar leite em mamadeira. Para três mães não existia preferência alguma, como se pode apreciar no Quadro nº.8.

Quadro 8 - Distribuição das mães segundo o método considerado melhor para alimentar seus filhos e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico / Métodos	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
-Dar o seio	19	63.4	21	70.0	40	66.7
-Dar leite em mamadeira.	10	33.3	7	23.3	17	28.3
-Qualquer um dos dois	1	3.3	2	6.7	3	5.0
T o t a l	30	100.0	30	100.0	60	100.0

Quando se perguntou às mães como acreditavam que seus filhos se sentiam melhor, se tomando leite materno ou de mamadeira, 50% responderam que suas crianças se sentiriam melhor se alimentadas com leite materno; 4 mães não reconheciam diferenças.

De maneira geral as mães atribuiam as mesmas qualidades ao leite materno e àquele fornecido através de mamadeira. Provàvelmente está influenciando neste conceito, a intensa propaganda sôbre as virtudes e qualidades dos diferentes tipos de leite em pó, para substituir - "vantajosamente" o leite materno, e ministrar um "alimento

completo" à criança. Deve-se salientar ainda que o processo educativo para se conseguir que a mãe alimente o seu filho ao peito, é muito mais trabalhoso do que aquele de lhes dar instruções sôbre o preparo da mamadeira.

Apesar da relativa inconsistência das respostas das mães, provàvelmente consequência do padrão cultural, consideramos que elas têm atitude positiva em relação ao aleitamento materno, uma vez que a maioria sentia prazer em alimentar seus filhos, acreditavam ser melhor dar-lhes o seio a não a mamadeira, e achavam, ainda, que as crianças sentiam-se melhor quando alimentadas ao peito.

5.2.2.2. Idade do Desmame:

5.2.2.2.1. Idade real do desmame:

Das 57 mães que alimentavam ao seio seus filhos, 13 continuavam dando leite materno.

Quadro 9 - Distribuição das mães segundo a idade real do desmame e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico / Idade do desmame (em anos)	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 1 mês	3	14.3	2	8.7	5	11.3
1 ⊢ 4	13	61.9	14	60.9	27	61.4
4 ⊢ 7	3	14.3	5	21.7	8	18.2
7 ⊢ 11	2	9.5	2	8.7	4	9.1
T o t a l	21	100.0	23	100.0	44	100.0

Como se observa no Quadro anterior, o período de aleitamento materno é curto, pois 72,7% alimentavam ao seio seus filhos sòmente até os 3 meses de idade, Convém informar que das 27 mães incluidas no grupo de 1 a 3 meses de aleitamento, 20 alimentaram seus filhos ao seio apenas até o 2º mês de idade. A idade mais frequente para o desmame no Grupo I, foi de 2 meses e para o Grupo II de 1 mês, embora a média geral fosse de 3 meses para ambos os Grupos.

Em muitas regiões o desmame precoce vem adquirindo crescente popularidade. Entretanto,esta prática tem sido responsabilizada pelo maior número de casos de desnutrição devido ao emprego de diluições inadequadas do leite e de alimentos deficientes em proteinas como substitutos do leite materno. Uma das maiores garantias contra a desnutrição protéico-calórica infantil, é a alimentação materna. Ainda que a dieta da mãe seja inadequada, a criança, geralmente se desenvolve bem, pelo menos durante os primeiros 4 ou 6 meses de vida. Depois dessa idade, continuando o aleitamento materno juntamente com alimentos caseiros, o risco da desnutrição protéico-calórica de reduz consideravelmente. (16).

5.2.2.2.2. Idade ideal do desmame segundo o conceito da mãe:

As respostas das mães em relação à idade que consideravam ideal para o desmame, estão apresentadas no Quadro nº.10, Observa-se que da idade considerada ideal para o desmame é realmente diferente da idade real do mesmo, ou em outras palavras, não há uma coinci

dência entre o que as mães conceituam como adequado e o que, na realidade elas praticam sôbre este mesmo aspecto. Observa-se que entre as mães que amamentaram durante 1 a 3 meses, a maior parte do Grupo I considerava adequado dar amamentação ao seio de 11 a 12 meses, enquanto que uma boa parte do Grupo II considerava como idade ideal de 3 a 6 meses. Como dado curioso, observou-se que sòmente em 3 mães houve coincidência entre a idade real e a idade ideal do desmame.

Quadro 1o - Distribuição das mães segundo a idade real e a idade que consideravam ideal para o desmame e por grupo sócio-econômico.

Idade considerada (em meses) / Idade real (em meses)		Grupo I						Grupo II						Total	
		3	3 -- 7	7 -- 11	11 -- 13	13+	Total parcial	3	3 -- 7	7 -- 11	11 -- 13	13+	Total parcial	nº	%
1 mês		-	-	-	2	1	3	1	-	-	1	-	2	5	11.3
1 --- 4		-	1	1	9	2	13	-	5	3	5	1	14	27	61.4
4 --- 7		-	1	-	2	-	3	-	-	1	4	-	5	8	18.2
7 --- 11		-	-	-	2	-	2	-	-	1	1	-	2	4	9.1
Total:	nº	-	2	1	15	3	21	1	5	5	11	1	23	44	100.0
	%	-	4.5	2.2	34.1	6.8	47.7	2.2	11.4	11.4	25.0	2.2	52.3	100.0	

5.2.2.3. Causas do desmame

As causas pelas quais as mães deixaram de amamentar ao seio seus filhos, segundo suas próprias informações, encontram-se no Quadro nº.11. Como vemos, a causa mais frequente indicada foi a de que "havia pouco leite " ou "o leite secou", representando, aproximadamente, 2/3 das respostas. A 2a. causa, indicada como "a criança não quis mais", parece-nos bastante estranho que crianças de 1 a 3 meses passem a não aceitar mais o leite materno sem nenhuma causa aparente, conforme informação das mães. Ao perguntar às mães porque suspendiam a amamentação na presença de uma nova gravidez, disseram que "o leite fica ruim", inclusive produzindo desordens gastro-intestinais nas crianças.

Parece-nos bastante possível que, na prática do desmame precoce, estejam influenciando fatores relacionados com a propaganda intensa sôbre os diferentes tipos de leite em pó para a alimentação da criança, assim como sôbre outros alimentos adequados para a primeira infância. Por outro lado, os programas nacionais e internacionais que provêm a distribuição de leite através dos serviços materno-infantís, nem sempre acompanhada do adequado processo educativo, esteja talvez contribuindo para reduzir o período de amamentação. A falta de tempo para se desenvolver um processo educativo com as mães, tanto nos serviços materno-infantís, como nos consultórios particulares, é, provàvelmente, outro fator que deverá estar influenciando sôbre a antecipação da época do desmame.

Não encontramos associação entre a idade do desmame e outras variáveis, tais como idade e escolari

Quadro 11 - Distribuição das Mães segundo causa e idade do desmame e grupo sócio-econômico. CSEBF.

Causa do desmame \ Idade em meses	1		1 ⊢ 4		4 ⊢ 7		7 ⊢ 11		Total Parcial		Total
	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	
Insuficiente quantidade de leite.	3	1	7	9	1	3	-	-	11(52.5)	13(56.6)	24 (54.6
A criança não quiz mais	-	-	3	2	-	-	-	1	3(14.3)	3(13.0)	6 (13.6
Por orientação pediátrica	-	1	-	1	-	2	-	-	- -	4(17.4)	4 (9.1
Enfermidade da mãe	-	-	-	1	-	-	1	1	1(4.7)	2(8.7)	3 (6.8
Enfermidade da criança	-	--	1	-	1	-	-	-	2(9.5)	- -	2 (4.5
Nova gravidez	-	-	1	-	1	-	1	-	3(14.3)	- -	3 (6.8
A mãe precisou trabalhar	-	-	1	-	-	-	-	-	1(4.7)	- -	1 (2.3
A mãe não tinha paciência	-	-	-	1	-	-	-	-	- -	1(4.3)	1 (2.3
T o t a l	3 (14.3)	2 (8.7)	13 (61.9)	14 (60.9)	3 (14.3)	5 (21.7)	2 (9.5)	2 (8.7)	21(100.0) (100.0)	23(100.0) (100.0)	44 (100.

-As cifras entre-parênteses representam porcentagens.

dade da mãe, número de filhos e, ainda, época ideal, segundo as mães, para o desmame.

5.2.3. Alimentação Suplementar:

5.2.3.1. - Escala de alimentação:

Como já se mencionou anteriormente, empregamos a escala de Guttman para o estudo da introdução de alimentos na dieta da criança, seguindo o mesmo raciocínio utilizado por outros investigadores (13, 17, 19). Como medida "unidimensional" da complexidade progressiva da dieta da criança, durante seus primeiros 6 meses, encontramos uma escala de 9 graus na alimentação infantil do grupo estudado. Nos Quadros nº.12 e 13, observa-se que cada grau das escalas representa a introdução de um novo alimento ou um novo grupo de alimentos. Os coeficientes de reprodutibilidade de 0,91 e 0,95, obtidos para os grupos I e II, respectivamente, estão dentro dos valores considerados aceitáveis por Guttman. (5).

Quadro 12 - Escala de Alimentação no período de 0 a 6 meses de idade das crianças do Grupo I

Coeficiente de reprodutibilidade = 0,91

Graus da Escala	Alimentos	crianças nº	%
1	Leite materno	30	100
2	Leite de vaca (fresco e em pó)	29	97
3	Frutas (sucos e purês)	27	90
4	Caldo de feijão	15	50
5	Arroz (cozido e amassado)	15	50
6	Sopa de legumes (cozidos e amassados).	14	47
7	Pão e bolachas	12	40
8	Caldo de carne	8	27
9	Ovos	6	20

Quadro 13 - Escala de Alimentação no período de 0 a 6 mêses de idade das crianças do Grupo II

Coeficiente de reprodutibilidade = 0,95

Graus da Escala	Alimentos	crianças nº	%
1	Leite de vaca (fresca e em pó)	29	97
2	Frutas (sucos e purés)	29	97
3	Sopa de legumes	28	93
4	Leite materno	27	90
5	Caldo de carne	25	83
6	Ovos	17	57
7	Arroz (cozido e amassado)	8	27
8	Caldo de feijão	8	27
9	Pão e bolachas	6	20

Como se pode observar nos quadros acima, os alimentos indicados nas escalas são os mesmos para os dois grupos sócio-econômicos estudados, porém a prioridade que ocupam em cada uma das escalas é diferentes. O primeiro grau das escalas (leite materno para o Grupo I e leite de vaca para o Grupo II), constitui a base da alimentação das crianças até os 6 meses de idade. O leite de vaca oferecido às crianças, nesta época, de modo geral, é leite em pó principalmente modificado. As frutas mencionadas são geralmente introduzidas a partir dos 1º e 2º meses, sob a forma de sucos e, posteriormente em forma de papas. A sopa de legumes é, comumente, preparada com cenoura, batata e outras raizes passadas na peneira ou no liquidificador. O caldo de feijão contém uma parte da leguminosa amassada eoo caldo de carne é ministrado junto com a sopa de legumes.

Chamamos a atenção para o fato de que o ovo e o caldo de carne raramente foram incluídos na alimentação das crianças do primeiro grupo, e para as do segundo grupo, os alimentos menos frequentes foram pão, bolacha, caldo de feijão e arroz. A maioria das crianças do grupo II participou dos alimentos incluídos nos 5 primeiros graus da escala, enquanto que esta participação geral no grupo I se concentrou nos 3 primeiros graus, o que indica menor variedade da dieta neste grupo sócio-econômico. As diferenças na posição dos alimentos nos diferentes graus das escalas, provàvelmente, é influência do fator econômico, pois as famílias de menores recursos davam com maior frequência caldo de feijão e arroz, e como "o único que tinham para comer", uma vez que eram menores possibilidades para obter outros alimentos, como legumes, carnes e ovos.

O fato dos alimentos da dieta infantil constituirem uma escala, demonstra a existência de hábito alimentar e que não se trata de uma simples lista aleatória de alimentos. Uma das vantagens da escala é a de indicar a existência de um regimem alimentar. No presente estudo, infelizmente, não nos foi possível evidenciar até onde esse regime tenha sido influenciado pelo trabalho educativo do Centro de Saúde, por não existir nenhum levantamento prévio como base de comparações.

O regime dietético das crianças estudadas é na realidade mais complexo do que o de outras grupos já estudados, uma vez que encontramos uma escala de alimentação de 9 graus, enquanto que, por exemplo, Sanjur e Col. (19), encontraram uma de 6 graus, em uma comunidade pré-indus

trializada do México.

5.2.3.2. Introdução de alimentos durante os 6 primeiros meses de vida.

Pelos Quadros nºs.14 e 15, verifica-se que o leite em pó foi introduzido na dieta, desde o primeiro mês de vida, para mais de um terço do total das crianças estudadas, enquanto que o leite fresco o foi sòmente a uma sexta parte e durante o período de 6 meses. Esses dados estão de acordo com a opinião expressada pelas mães em relação à preferência pelo uso do leite em pó. Ao finalizar o primeiro trimestre de vida, 87% das crianças do grupo I e 60% das do grupo II estavam recebendo leite de vaca fresco ou em pó, sendo que aquelas pertencentes ao grupo I recebiam esse leite do Centro de Saúde.

O primeiro alimento que as crianças recebem, depois do leite materno ou de vaca, é o suco de frutas que algumas mães começam a fornecer desde o primeiro mês, porém, a idade média mais frequente de introdução para esse alimento está em tôrno de 3 meses. As frutas utilizadas para o preparo do suco são, principalmente, laranja e tomate que, em geral, oferecem sem adição de açúcar e de água. Quanto às frutas em forma de pirão, a mais usada foi a banana maçã, utilizada por tôdas as mães, e a maçã por 40 a 80% das mães do I e II grupos, respectivamente.

É interessante notar que, apesar dos limitados recursos econômicos, 40% das mães do grupo I , mencionaram que davam maçãs a seus filhos, embora sendo esta fruta de preço bastante elevado em relação ao seu valor nutri

tivo, quando comparada com a banana ou outras frutas nacionais.

Gostaríamos de chamar a atenção para a variedade de frutas, de legumes, de verduras que as mães informaram utilizar na alimentação dos seus filhos durante os primeiros 6 meses de vida.

Quadro 14 - Idade de introdução dos alimentos nas crianças do Grupo I

Meses / Alimentos	1	2	3	4	5	6	Total nº	Total %
Leite humano	30	-	-	-	-	-	30	100.0
Leite de vaca fresco.	-	1	-	-	-	-	1	3.0
Em pó	14	8	3	2	-	1	28	94.0
Frutas -sucos	2	2	8	3	2	7	24	80.0
Purê	-	-	6	5	3	6	20	68.0
Caldo de feijão	-	-	-	5	4	6	15	50.0
Arroz	-	-	-	3	3	9	15	50.0
Sopa de legumes	-	-	1	5	4	4	14	47.0
Pão e bolachas	-	-	-	3	6	3	12	40.0
Açúcar	5	4	2	1	-	-	12	40.0
Maizena	3	3	1	1	-	-	8	27.0
Caldo de carne	-	-	-	3	4	1	8	27.0
Mistura de proteina de soja.	-	-	1	-	2	2	5	17.0
Ôvo	-	-	-	-	3	3	6	20.0
Macarrão	-	-	-	2	1	1	4	13.0
Carne de vaca	-	-	-	-	2	1	3	10.0
Farinha de trigo	-	-	-	1	-	-	1	3.0
Farinha de milho	-	-	-	-	1	-	1	3.0
Aveia	-	-	-	1	-	-	1	3.0
Chocolate	-	1	-	-	-	-	1	3.0

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Quadro 15 - Idade de introdução dos alimentos nas crianças do Grupo II

Meses / Alimentos	1	2	3	4	5	6	total nº	total %
Leite humano	27	-	-	-	-	-	27	90.0
Leite de vaca fresco	1	1	1	3	-	3	9	30.0
Em pó	10	3	2	2	-	1	18	60.0
Frutas - sucos	4	8	11	1	2	-	26	86.0
pure	-	1	8	9	1	2	21	70.0
Sopa de legumes	-	-	6	18	3	1	28	93.0
Caldo de carne	-	-	2	13	7	3	25	83.0
Ôvo	-	-	1	3	9	4	17	57.0
Açúcar	2	2	3	5	-	4	16	53.0
Maizena	2	2	2	4	1	2	13	43.0
Caldo de feijão	-	-	-	2	3	3	8	27.0
Arroz	-	-	-	3	1	4	8	27.0
Carnes- fígado	-	-	-	1	4	2	7	23.0
Pão e bolachas	-	-	-	-	-	6	6	20.0
Farinha Lácteas	-	-	-	1	-	2	3	10.0
Macarrão	-	-	-	-	2	-	2	7.0
Neston	-	-	-	2	-	-	2	7.0
Marmelada	-	-	-	1	-	-	1	3.0
Gelatina	-	-	-	-	1	-	1	3.0
Geléia	-	-	-	-	-	1	1	3.0
Mel	-	-	-	-	-	1	1	3.0

5.2.3.3. Preparação das mamadeiras.

Das 60 mães estudadas, 54 declararam que davam mamadeira a seus filhos na época deste estudo.

Ao perguntar sôbre a forma do preparo das mamadeiras, encontrou-se que tanto as condições higiênicas como as de diluição do leite, eram inadequadas na maioria dos casos, em que pese a orientação proporcionada pelo Centro de Saúde.

No Quadro 16 podemos observar que, em ambos os grupos sócio-econômicos, as falhas em relação às condições higiênicas no preparo das mamadeiras, foram mais frequentes do que aquelas relativas à diluição do leite. Os dois tipos de erros foram mais frequentes no grupo sócio-econômico mais baixo.

O programa de educação sôbre a preparação das mamadeiras, pareceu-nos que não está surtindo o efeito desejado, apesar de serem muitas as oportunidades em que as mães recebem essa orientação, tanto de forma individual como de grupo.

De acôrdo com as instruções que as mães recebem no Centro, deveriam ferver o frasco, o bico e o material, cada vez de preparar a mamadeira, além de ferver a solução de açúcar, esta última indicação especificamente dirigida às mães do grupo I.

Quadro 16 - Distribuição das mães segundo os cuidados higiênicos e a diluição do leite utilizado na preparação das mamadeiras e por grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F.

Higiene / Diluição	Grupo I			Grupo II			Total		
	Adeq.	Inadeq.	Total Parcial	Adeq.	Inadeq.	Total Parcial	Adeq.	Inadeq.	Total Parcial
Adequada	4	3	7 (24.1)	7	7	14 (56.0)	11	10	21 (38.9)
Inadequada.....	1	21	22 (75.9)	2	9	11 (44.0)	3	30	33 (61.1)
T o t a l	5 (17.2)	24 (82.2)	29 (100.0) (100.0)	9 (36.0)	16 (64.0)	25(100.0) (100.0)	14 (25.0)	40 (74.1)	54 (100.0) (100.0)

-As cifras entre-parênteses representam porcentagem.

No Quadro 17 são apresentadas as falhas higiênicas mais comuns cometidas pelas mães do grupo em questão.

Quadro 17 -Proporção de mães em cada grupo sócio-econômico que cometiam as falhas, abaixo relacionadas, no preparo das mamadeiras. C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico. / Falhas	Grupo I %	Grupo II %
-Apenas lavam o frasco, o bico e o material.	27	24
-Apenas escaldam o materiàl.	24	12
-Fervem só o frasco e o bico.	14	8
-Fervem só o bico.	14	-
-Não fervem a solução de açúcar.	16	-

No que respeita à diluição do leite, encontrou-se que para o grupo I, 28% das mães colocavam mais e 21% menos leite, enquanto que aquelas do grupo II, apenas 12% utilizaram maior e 12% menor quantidade de leite do que o recomendado.

5.2.3.4. Conceito da mãe em relação à participação da criança na comida familiar.

Quando se perguntou às mães em que idade acreditavam que a criança podia participar da comida

familiar, as opiniões foram muito variadas como pode-se observar no Quadro 18.

Quadro 18 - Distribuição das mães segundo a idade em que acreditavam que as crianças podiam participar da comida familiar e grupo sócio-econômico. C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico / Idade em meses	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 6	2	6.7	-	-	2	3.3
6 ⊢ 9	4	13.3	3	10.0	7	11.7
9 ⊢ 12	3	10.0	2	6.7	5	8.3
12 ⊢ 13	14	46.7	12	40.0	26	43.4
13 ⊢ 19	5	16.6	9	30.0	14	23.3
24 e mais	2	6.7	4	13.3	6	10.0
T o t a l	30	100.0	30	100.0	60	100.0

Em geral parece que as mães do grupo I são partidárias de que a criança participe mais cedo da refeição familiar, o que, possìvelmente, se deve ao fato de que não dispondo elas de outros alimentos "adequados" para as crianças, sentem a necessidade de que as mesmas tomem parte mais precocemente na alimentação habitual da família.

Das 60 mães entrevistadas, 81,6% informaram que davam "todos" os alimentos às crianças depois de um ano de idade. A relação dos alimentos oferecidos às crianças,

encontra-se no Quadro 19.

Quadro 19 - Relação da proporção de mães, em cada grupo sócio-econômico, que davam os alimentos abaixo relacionados, às crianças depois de um ano de idade. C.S.E.B.F.

Grupo sócio-econômico / Alimentos	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Cereais	24	40.0	20	33.3	44	73.3
Feijão	17	28.3	13	21.6	30	50.0
Carnes	11	18.3	10	16.6	21	25.0
Verduras	9	15.0	5	8.3	14	23.3
Frutas	4	6.6	3	5.0	7	11.6
Leite	2	3.3	2	3.3	4	6.6
Ôvo	1	1.6	2	3.3	3	5.0

Verificou-se ainda, neste estudo, que 50% das mães do grupo I e 57% das do grupo II, costumavam dar refrigerantes às crianças, em quantidade e frequência não passíveis de tabulação. Constatou-se também que 83% das mães do grupo I e 80% das do grupo II, davam vitaminas e fortificantes aos seus filhos, na maioria das vezes, por orientação médica. As famílias do grupo sócio-econômico menos favorecido recebiam esses compostos gratuitamente da Unidade Sanitária. É bastante provável que este fato tenha contribuido grandemente para a valorização do conceito de "vitaminas" para as mães, as quais atribuem à presença desses nutrientes nos alimentos que consi-

deram melhores para a saúde.

Quadro 20 - Relação da proporção de mães, em cada grupo sócio-econômico, que consideravam os alimentos, abaixo relacionados, como melhores para a saúde porque "continham vitaminas". C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico	Grupo I		Grupo II		Total	
Alimentos	nº	%	nº	%	nº	%
Verduras e legumes.	12	20.0	14	23.3	26	43.3
Carnes	6	10.0	11	18.3	17	28.3
Ôvos	4	6.6	7	11.6	11	18.3
Leite, queijo	2	3.3	7	11.6	9	15.0
Feijão	5	8.3	3	5.0	8	8.3
Cereais	4	6.6	4	6.6	8	13.3
Frutas	1	1.6	5	8.3	6	10.0

Gostaríamos de chamar a atenção para o fato de que as frutas, que são realmente boas fontes de vitaminas, figuram com muito menor frequência, segundo o conceito que as mães têm. Durante as entrevistas observou-se que as mães davam um valor especial às vitaminas, entretanto, não tinham o conceito da real função destas no organismo. Isto deve ser considerado ao planejar os programas de educação nutricional, pois, é importante que as pessoas aprendam, ainda que de maneira sumária, para que servem os alimentos no organismo e quais os mais ricos nos diferentes nutrientes.

Tendo em vêsta que, nem sempre a alimentação familiar é distribuida adequadamente entre os diferentes membros da família, resolvemos investigar qual o conceito das mães em relação às prioridades na distribuição dos melhores alimentos durante as refeições. Os resultados que obtivemos estão relacionados no Quadro 21.

Quadro 21 - Relação das proporções de mães, em cada grupo sócio-econômico, que consideram os membros da família, abaixo relacionados, como prioritários para receberem os melhores alimentos. C.S.E.B.F..

Grupo sócio-econômico / Alimentos	Grupo I		Grupo II		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Crianças 1 ano	13	44.3	11	36.8	24	40.0
Crianças de 1 a 5 anos.	13	44.3	7	23.3	20	33.4
O pai	6	20.0	3	10.0	9	15.0
A mãe	6	20.0	3	10.0	9	15.0
Escolares	4	13.3	4	13.3	8	13.4
Adultos	1	3.3	2	6.7	3	5.0

5.2.4. Crenças e práticas alimentares relacionadas com algumas manifestações patológicas.

A restrição prolongada de alimentos em casos de diarréia, febre, vômitos e outras manifestações pato-

lógicas da criança tem sido, em muitos casos, responsável pelo aparecimento de quadros graves de desnutrição (14, 16, 18).

Interessados que estávamos em saber quais eram as restrições alimentares que as mães costumavam impor aos seus filhos, em casos de manifestações relacionadas com enfermidades, indagamos sôbre os alimentos que davam ou suspendiam quando estes apresentavam diarréia, febre ou vômito que, segundo as informações do pessoal médico da Unidade Sanitária, são as manifestações mais frequentes na área.

5.2.4.1. - Diarréia

Na expressão das próprias mães, a criança apresentava diarréia quando "soltava o seu intestino". Das mães entrevistadas, 90% informaram que impunham restrições alimentares e 50% delas indicaram que suspendiam todos os alimentos, quando as crianças apresentavam diarréia. A suspensão específica de determinados alimentos acham-se representada no Gráfico nº.1.

Quando interrogamos às mães a respeito do período da restrição de alimentos a que submetiam os seus filhos, as respostas variaram desde 12 horas até 3 ou 4 dias; 20 mães não souberam precisar o tempo exato, uma vez que suspendiam os alimentos "até que a criança melhorasse". Como pode-se observar no Gráfico nº.1, as mães retiravam da dieta das crianças alimentos fontes de proteínas, prática esta perigosa porque muito frequentemente é a responsável pelo agravamento do estado carencial. Como pode-se esperar, principalmente no grupo sócio-econômico menos favorecido, que os surtos de diarréia se repitam devido às mas condições sanitárias em

GRÁFICO Nº 1

PROPORÇÕES DE MÃES DE CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE SUSPENDIAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM DIARRÉIA.

CSEBF, MARÇO DE 1972

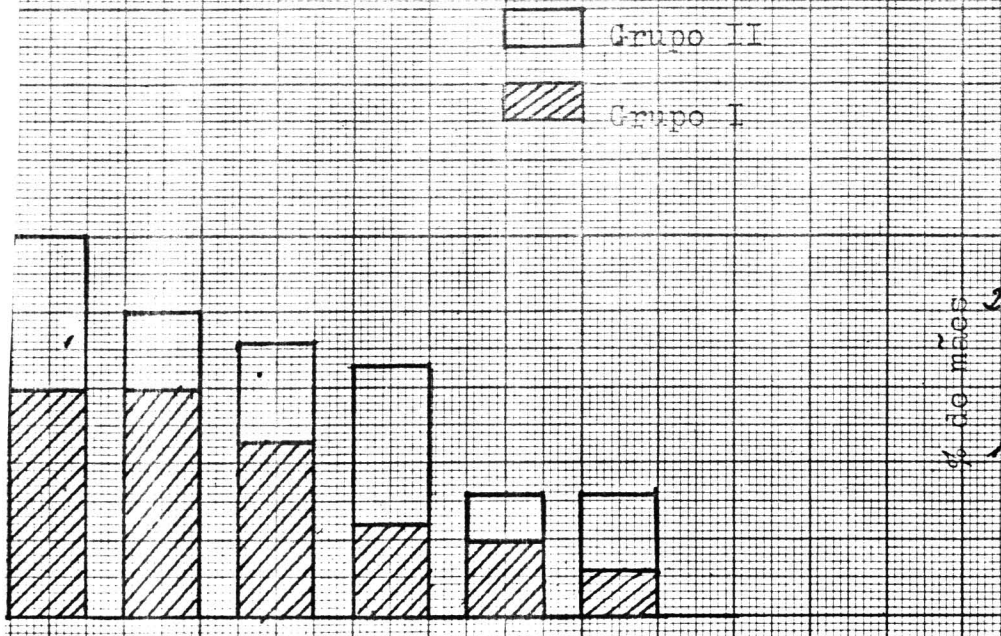
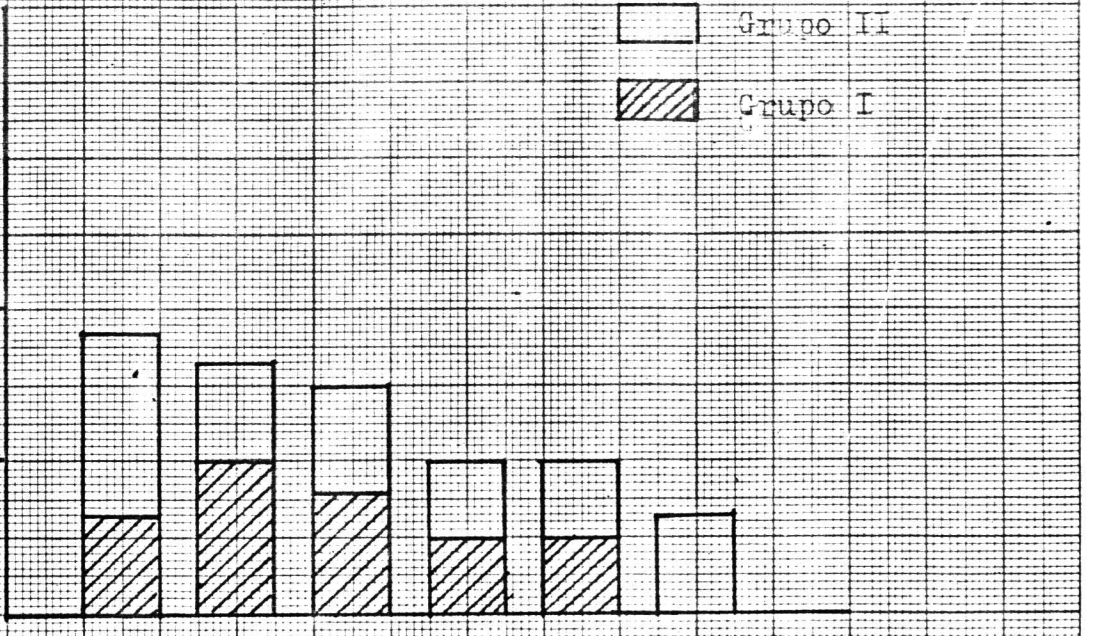


GRÁFICO Nº 2

PROPORÇÃO DE MÃES DE CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE SUSPENDIAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM DIARRÉIA PORQUE "SOLTAM O INTESTINO". CSEBF, MARÇO DE 1972



que vivem, as restrições sendo impostas com a mesma frequência tendem a esgotar as reservas nutricionais das crianças , levando-as mais fàcilmente ao estado de desnutrição.

As razões, pelas quais as mães suspendiam os alimentos citados, estão relacionadas, principalmente, com o medo aos próprios alimentos, isto é,tinham a impressão de que ministrando-os à criança, contribuiriam para o agravamento da diarréia.

O gráfico nº.2 apresenta a relação dos alimentos que eram retirados da dieta infantil, aos quais as mães atribuiam a propriedade de "soltar o intestino". Chamamos a atenção para o fato de que os cereais e as frutas permanecem na mesma ordem de frequência em relação aos alimentos que são suspensos por tôdas as causas.

No gráfico nº.3 temos a representação dos alimentos que com mais frequência, as mães davam aos seus filhos, quando estes eram acometidos de diarréia.As infusões de camomila, erva doce, hortelã, canela, mate e água de arroz, são os substitutos mais usuais para os alimentos retirados. A principal razão referida pelas mães para darem esses alimentos às crianças enfermas, foi a eventual capacidade dos mesmos para a normalização do transito intestinal, informando que êles "prendem o intestino" (gráfico nº 4).

Na análises dos nossos resultados observamos que alimentos como os cereais, o leite, e as sopas, são considerados por algumas mães com a propriedade de "soltar o intestino", enquanto que outras, acham que esses mesmos alimentos, "prendem o intestino".

GRÁFICO Nº 3

PROPORÇÃO DE MÃES EM CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE DAVAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM DIARRÉIA.

CSEBF, MARÇO DE 1972

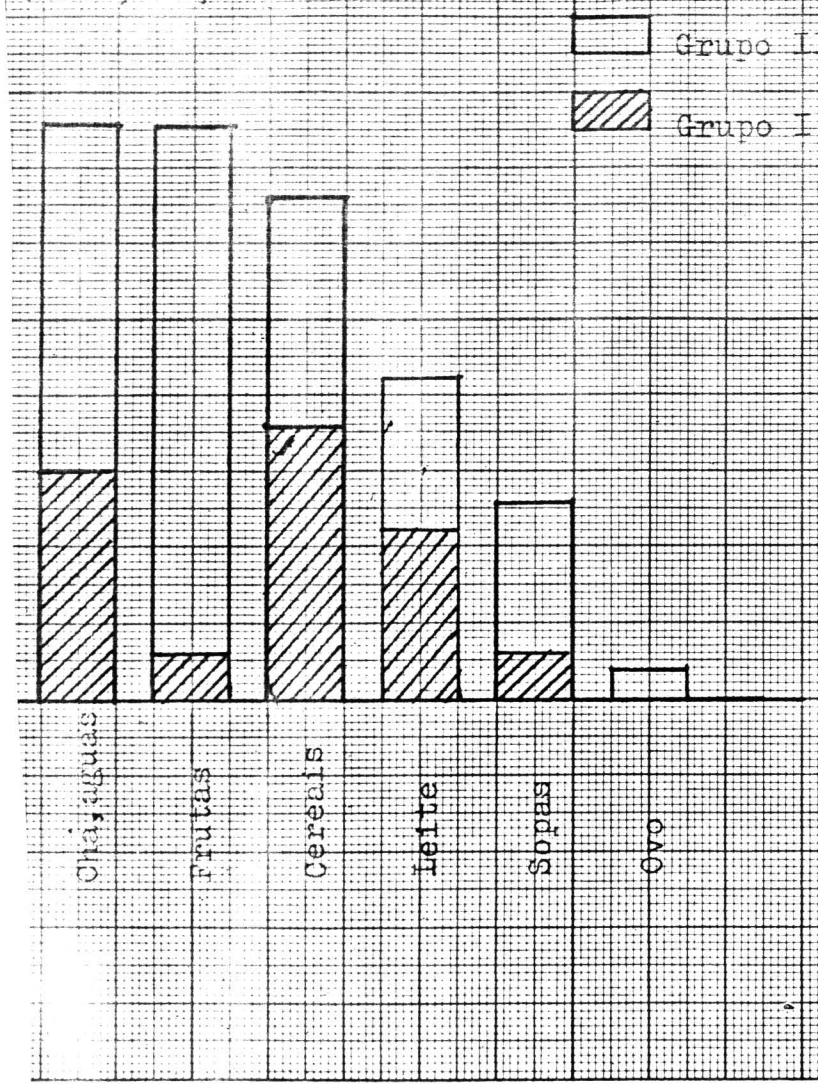
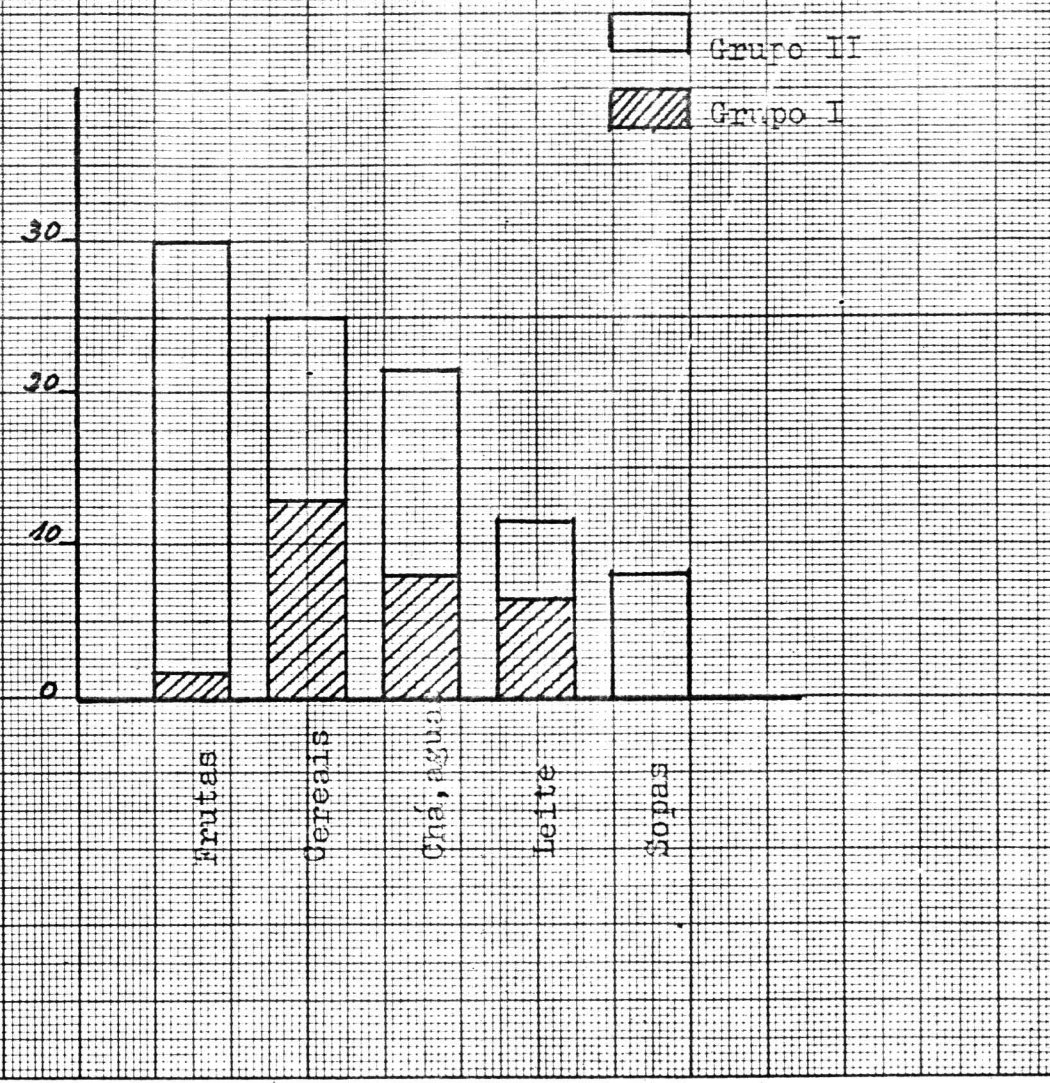


GRÁFICO Nº 4

PROPORÇÃO DE MÃES DE CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE DAVAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM DIARRÉIA PORQUE " PRENDIA O INTESTINO". CSEBF, MAR 1972



5.2.4.2. Febre:

A febre era identificada pelas mães quando as crianças estavam "demasiadamente quentes" e com " mal estar". As restrições alimentares para os estados febrís,foram menores que aquelas para a diarréia,50% das mães do grupo I e 20% das do grupo II faziam restrições alimentares na febre. Os alimentos suspensos com maior frequência, estão representados no gráfico nº.5. As razões apresentadas pelas mães para suspender os alimentos,entretanto, foram muito variadas e não se encontrou uma causa comum. O gráfico nº.6 apresenta os alimentos que as mães informaram que ministravam a seus filhos em caso de febre.

5.2.4.3. Vômito:

As restrições de alimentos que as mães fazem quando seus filhos têm vômito, são muito mais frequente do que aquelas quando têm febre, imposta por cêrca de 80% das mães do grupo I e 36% das do grupo II. Cêrca de metade das mães suspendeu todos os alimentos e as três razões mais frequentes para esta prática foram: "medo de que os alimentos fossem mal suportados", "que a criança piorasse" e " que a criança continuasse vomitando". Em relação ao período de restrição alimentar, observou-se que este variou de 8 horas a 7 dias. A infusão de ervas, tais como camomila , erva doce e hortelã, foram oferecidas com maior frequência às crianças quando estas apresentavam vômitos.

Apesar da orientação dada pelo Centro de Saúde, as mães aumentavam consideravelmente o período de restrição e o número de alimentos suspensos, tanto no caso de diarréia quanto nos de vômito e febre, especi

GRÁFICO Nº 5

PROPORÇÕES DE MÃES EM CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE SUSPENDÍAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM FEBRE. CSEBF, MAR. DE 1972

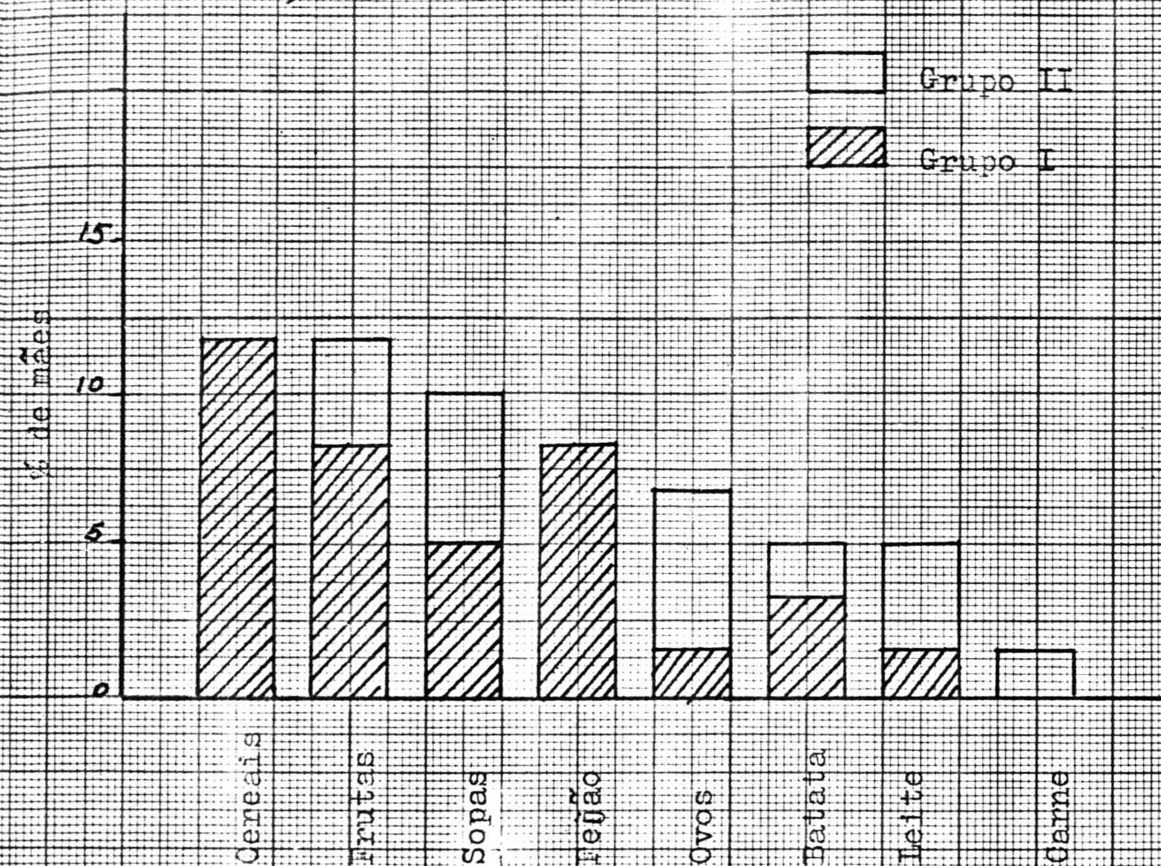
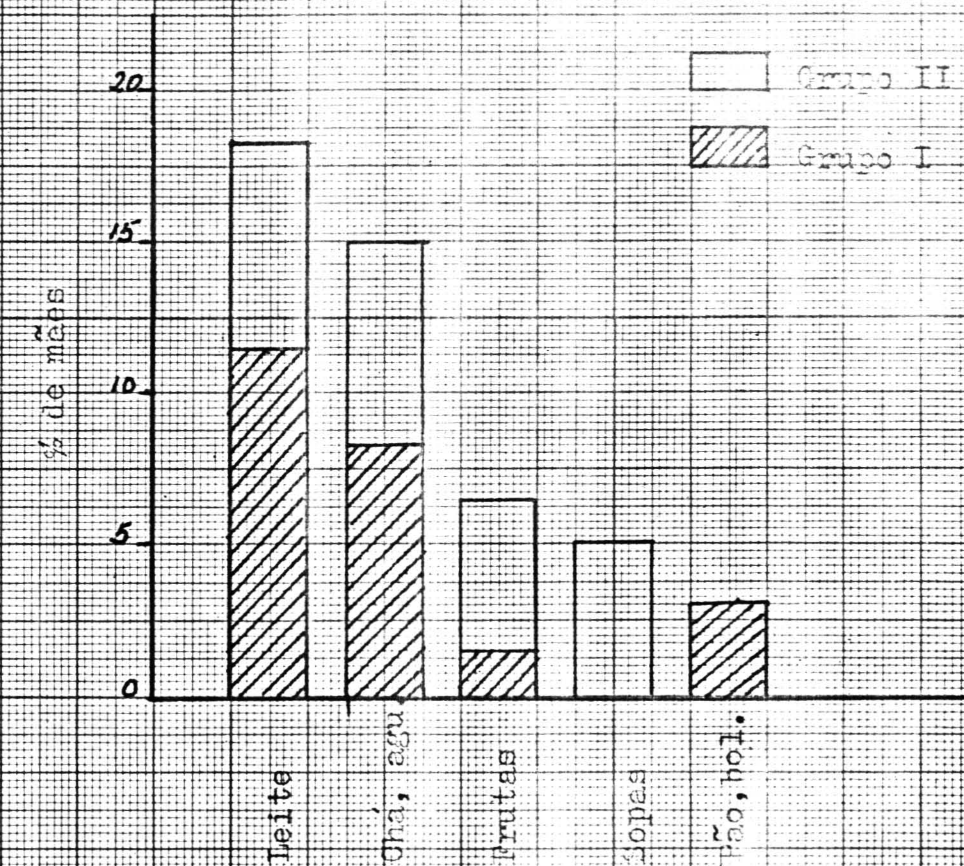


GRÁFICO Nº 6

PROPORÇÕES DE MÃES EM CADA GRUPO SÓCIO-ECONÔMICO, SEGUNDO OS ALIMENTOS QUE DAVAM QUANDO SEUS FILHOS TINHAM FEBRE. CSEBF, MAR. DE 1972



8811 - Bloco de 50 Fôlhas - Indústria Brasileira - RUA FÁBIA, 404 - SÃO PAULO

almente aquelas do grupo sócio-econômico mais baixo.

Resumindo os principais aspectos de nosso trabalho, podemos dizer que as crianças foram desmamadas precocemente, apesar da atidude positiva das mães em relação ao aleitamento natural. Não temos a capacidade de precisar,até que ponto pode estar influindo no período de amamentação materna, as recomendações para o uso de leite em pó dada nas maternidades, a propaganda intensiva sôbre os diferentes tipos de leite em pó, assim como a distribuição deste, por parte das Unidades Sanitárias. Valeria a pena, como consequência, realizar estudos específicos a esse respeito.

Em decorrência do desmame precoce, a alimentação suplementar foi iniciada muito cedo nos grupos estudados. A introdução de outros alimentos, além do leite de vaca, foi frequente durante os primeiros 6 meses de vida da criança. A alimentação das crianças do grupo de maiores recursos econômicos, foi mais variada e continha, frequentemente, alimentos fontes de proteína, ferro e vitaminas.

Poucas mães dos grupos estudados preparavam as mamadeiras de acôrdo com a orientação proporcionada pela Unidade Sanitária. Foram mais comuns as falhas relativas aos cuidados higiênicos no preparo das mamadeiras do que aquelas relacionadas com a diluição do leite. Ambos os tipos de falhas, foram também mais frequentes no grupo sócio-econômico de menores recursos.

A imposição de restrições alimentares para a criança em casos de diarréia, febre ou vômito foi comum,

pois o medo de que os alimentos piorassem o estado de saúde da criança, fez com que as mães substituissem os alimentos por infusões de ervas e outros tipos de bebidas, de pouco ou nenhum valor nutricional. As mães valorizavam sobremaneira as "vitaminas", as quais atribuiam a quase todos os alimentos, sendo esta a razão para considerá-los mèlhores para a saúde.

Parece-nos de fundamental importância, a ampliação dos programas de educação alimentar proporcionados pela Unidade Sanitária, de modo a incluir, além dos assuntos de rotina já estabelecidos, outros relacionados com o valor nutritivo dos alimentos e dos demais aspectos específicos, evidenciados no presente estudo.

C O N C L U S Õ E S

De acôrdo com os resultados obtidos no presente trabalho, executado com um grupo de mães que frequentavam o Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, podemos concluir:

1- As mães de nível sócio-econômico mais baixo eram aquelas que tinham menor grau de instrução, famílias mais numerosas e que frequentavam mais raramente a consulta pré-natal.

2- A maioria das mães alimentaram seus filhos ao seio e o faziam por razões nutricionais, higiênicas ou afetivas, entretanto, o período de amamentação observado foi muito curto. Mais de 70% das crianças foram desmamadas nos três primeiros meses de vida, sendo mencionada como causa principal do desmame a insuficiente quantidade de leite. Houve, na realidade, grande diferença em relação à idade real e àquela considerada ideal para o desmame.

3- A alimentação suplementar iniciou-se precocemente e, de modo geral, com o leite em pó modificado. O primeiro alimento que a maioria das crianças recebeu depois do leite materno ou do de vaca, foi o suco de frutas, que algumas mães começaram a dar desde o primeiro mês, porém, a idade mais frequente foi a de 3 meses, idade em que também iniciaram o uso de frutas em forma de pirão.

4- Existe nos grupos estudados, um regime dietético para as crianças, demonstrado pela escala de alimentação de 9 graus, que indica também a variedade do mesmo durante os 6

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

primeiros meses de vida. Os alimentos constantes nas escalas dos dois grupos sócio-econômicos são os mesmos, porém, os graus que ocupam em cada uma delas são diferentes. Cinco foram os alimentos consumidos pela maioria das crianças do grupo sócio-econômico de melhor nível, enquanto que apenas três foram aqueles consumidos pela maioria do grupo sócio-econômico menos favorecido.

5- A alimentação das crianças do grupo de melhores recursos econômicos foi mais variada, pois, ao se finalizar o sexto mês de vida, a maioria das crianças desse grupo já havia recebido, além do leite, frutas, sopa de legumes, caldo de carne e ôvo, enquanto que as do nível sócio-econômico mais baixo, apenas a metade havia recebido, além do leite, frutas, caldo de feijão e arroz.

6- A maioria das mães dos dois grupos estudados,preparavam as mamadeiras de forma inadequada, tanto em relação aos preceitos higiênicos como àqueles de diluição do leite, a pesar da orientação proporcionada pelo Centro de Saúde. Essas falhas foram encontradas, mais frequentemente, nas mães do grupo de nível sócio-econômico mais baixo.

7- A maioria das mães indicaram que davam "todos"os alimentos às crianças depois de um ano de vida, idade esta , considerada por elas, adequada para que a mesma já participasse da comida familiar. O costume de se distribuir refrigerantes, fortificantes e soluções de vitaminas às crianças, foi muito generalizado. Apesar da maioria das mães darem ao termo "Vitaminas" um valor especial, poucas se refiriram às frutas como fontes desses nutrientes.

8- A grande maioria das mães impõem uma forte restrição de alimentos aos seus filhos, quando estes apresentam diarréia, vômito ou febre. Esta ocorrência é mais frequente entre as mães que pertencem ao grupo sócio-econômico mais baixo.

R E S U M O

O trabalho relata o estudo sôbre conhecimentos, crenças e práticas das mães em relação à alimentação de crianças menores de um ano. Foram entrevistadas 60 mães pertencentes a duas classes sócio-econômicas diferentes, que tinham crianças entre 6 a 15 meses de idade e que frequentavam o serviço de saúde da criança do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, na cidade de São Paulo.

O estudo abrange aspectos sôbre a atitude das mães com relação ao aleitamento materno, idade e causas do desmame, alimentação suplementar e restrição de alimentos em algumas manifestações patológicas da infância.

S U M M A R Y

The paper portrays a study of the thoughts, beliefs and practices of mothers in relation to the feeding of children less than one year of age. Sixty mothers of children between the ages of six and fifteen months, were interviewed, from two different social economic classes, and who attended the health services at the Experimental Centro of "Barra Funda" in the city of São Paulo.

The study intails some aspects of the mothers atitudes regarding breast feeding, age of wearing, suplementary foods and restriction of foods in illnesses comun in infancy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Comissão Nacional de Alimentação. Inquérito sôbre hábitos e recursos alimentares em São Paulo de Potengi, Rio Grande do Norte. Rio de Janeiro, (Mimeografado).

2. BRASIL. Comissão Nacional de Alimentação. Inquérito sôbre hábitos e recursos alimentares em Boapava, Colatina, Espírito Santo. Rio de Janeiro, (Mimeografado).

3. CAMEL, F. Estadística médica y de salud pública. Mérida . Universidad de los Andes, 1970.

4. ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. Indepartamental Committee on Nutrition for National Development. Northeast Brazil Nutrition Survey, March-May, 1963. Washington, 1965 p. 142-43.

5. GOODE, W. J. & KATT, P.K. Métodos em Pesquisa Social. Companhia Editora Nacional. São Paulo,1968.

6. HERRERA, N. Serviço Social e Saúde Pública. Instalação do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. São Paulo, 1969. (Trabalho inédito).

7. INQUÉRITO sôbre hábitos e consumo alimentares em Buritizeiro e Pirapora, Minas Gerais. Anais da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro, 3 (4):291-388 , 1969.

8. INQUÉRITO sôbre hábitos e consumo alimentares em Bom Jesus da Lapa, Bahia. Anais da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro,3 (4):5-109, 1969.

9. INQUÉRITO sôbre hábitos e consumo alimentares no Município de Araruama, Estado do Rio de Janeiro. Anáis da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro,1 (1) : 11-67, 1967.

10. INQUÉRITO sôbre hábitos e recursos alimentares em Guaratiba, Guanabara. Anais da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro, 2(3): 101-179, 1967.

11. INQUÉRITO sôbre hábitos e recursos alimentares no Município de Cristalina, Estado de Goiás. Anais da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro, 2(3):159-214 , 1968.

12. INQUÉRITO sôbre hábitos e recursos alimentares no Município de Juazeiro, Estado da Bahia. Anais da Comissão Nacional de Alimentação. Rio de Janeiro, 3 (4): 150-246 , 1969.

13. INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION. División de Nutrición.Hábitos de alimentación en una región fronteriza. Informe preliminar del estudio de Agua Prieta y Esqueda, Sonora. Salud Pública. México , 11 (3): 357-80, 1969.

14. JELLIFE, D.B. Nutrición Infantil en la zonas tropicales y sub-tropicales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1970. (Monografia Tecnica 29).

15. JELLIFE, D.B. Las costumbres y la salud del niño. In: Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1966. La Salud del Niño en los trópicos, p.5-8. (Publicación Científica, 133).

16. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La Malnutrición y los hábitos alimentarios. Washington, 1963. (Publicación Científica, 91).

17. PRICE CHASSY, J. et al. The aplication of Social Sciencie Research Methods to the study of Food Habits and Food Consumption in an Industrializing Area. Amer.J. clin. Nutr., 20 (1): 56-64, 1967.

18. RUEDA WILLIAMSON, R. La desnutrición proteico-calórica infantil. Bogotá. Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1966. (Publicación TRN-31).

19. SANJUR, D. et al. La alimentación de los lactantes y el destete en un medio rural preindustrial. Estudo desde el punto de vista socio cultural. Acta Pediactr. Scandinavica, Suplemento 200, 1970, Apud Bol.Ofic.Sanit. Panamer. 71: 280-339, 1971.

20. SIMPOSIO sobre el valor incomparable de la leche humana . Amer.J.clin.Nutr, ago. 1971. Apud Bol.Ofic.Sanit.Panamer. 70(5):272-74, 1971.

21. EL VALOR incomparable de la leche humana, diferencias psicológicas entre la lactancia natural y la artificial. Amer.J.clin.Nutr., ago. 1971. Apud Bol.Ofic.Sanit.Panamer., 71: 348-59, 1971.

22. WATERLOW, J. & VERGARRA, A. Protein Malnutrition in Brazil. Roma. F.A.O. 1956. (Nutritional Studies, 14).

A N E X O - 1

TABELA PARA CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA - (C.S.E.B.F).

Classe / Nº.de pessoas	A	A-5	B	B-5	C
2	50	100	150	200	250
3	100	150	200	250	300
4	150	200	250	300	350
5	200	250	300	350	400
6	250	300	350	400	450
7	300	350	400	450	500
8	350	400	450	500	550
9	400	450	500	550	600
10 e +	450	500	550	600	650 e +

Fonte:- HERRERA, N. Serviço Social e Saúde Pública. Instalação do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. São Paulo, 1969 - (Trabalho inédito).

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

ANEXO 2

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESTUDO DAS CRENÇAS, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DAS MÃES SÔBRE ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS DE 0 — 1 ANO

Centro de Saúde Experimental da Barra Funda

Formulário Nº_____

Nome do chefe da família_____ Ficha Nº_____

Endereço_____ Data_____ Classe s.e._____

Entrevistadora_____ Duração da entrevista_____

DADOS PESSOAIS:

1. Nome da mãe_____ 2. Idade_____

3. Nº de filhos_____ 4. Quantos filhos amamentou?_____

5. Grau de instrução_____ 6. Ocupação: Dentro de casa_____

Fora de casa_____

. DADOS DA CRIANÇA:

1. Nome_____ 2. Sexo___ 3. Data nasc._____

4. Fez contrôle pré-natal ? Não____ Sim____ Em que mês iniciou?____

5. Lugar do parto: Domicílio_____ Hospital_____

6. Recebeu orientação de como alimentar o bebê ? Não _____ Sim_____

Qual:_____

_____

7. Amamentação ao peito: Sim_____ Não_____ Por que?_____

_____

8. Se não amamentou seu filho qual foi o alimento que deu no lugar do leite de peito ?_____

9. Até que idade amamentou ?_____

10. Por que deixou de amamentar

Nova gestação_____ Doença da mãe_____

A criança não quiz mais_____ Doença do filho_____

Pouca quantidade de leite____ Leite fraco_____

Que é leite fraco? _____

Outras razões (Especificar)_____

_____

11. A Sra. gostava ou não de amamentar ao seu filho? Sim____ Não____

Por que ?_____

_____

12. O que acha melhor: Fazer mamadeira _____ Dar o peito_____

13. Como a Sra. acha que seu filho se sente melhor ?

Recebendo mamadeira_____ Recebendo leite de peito_____

Por que ?_____

_____

14. Até que idade a Sra. acha que é bom amamentar as crianças ?_____

Por que ?_____

_____

15. Qual o leite que a Sra. acha que é melhor para as crianças?

Materno_____ Lactogeno _____ Corlac _____

De vaca_____ Pelargon _____ Ninho _____

Em pó _____ Nestogeno _____ Outros _____

Por que? _____

_____

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA

16. Como a Sra. prepara a mamadeira ?

Higiene: Certo _____ Errado _____

Diluição: Certa _____ Errada _____

=

17. Além do leite materno, com que idade começou a dar outros alimentos ao seu filho ?

ALIMENTOS	IDADE
Leite de vaca	
Leite em pó	
Suco de frutas (Quais?)	
Papas de frutas (Quais?)	
Sopas de legumes (Quais)	
Carne (Quais ?)	
Ovo	
Feijão	
Arroz	
Pão	
Outros	

18. Quais os alimentos que a criança está comendo agora ?

ALIMENTOS	QUANTIDADE

19. Com que idade a Sra. acha, que a criança já pode comer de tudo o que a família come ?_____

20. Quando a criança está com diarréia quais são os alimentos que a Sra. dá a ela ?_____

Por que?_____

_____

21. Quais os alimentos que suspende ?_____

Por quanto tempo cada um ?_____

Por que ?_____

_____

22. Quando a criança está com febre quais os alimentos que a Sra. da?

_____

Por que?_____

_____

23. Quais os alimentos que deixa de dar ?_____

Por quanto tempo cada um ?_____

Por que ?_____

_____

_____

24. Quando a criança está com vômito, quais os alimentos que a Sra. dá ?_____

Por que?_____

_____

25. Quais os alimentos que suspende ?_____

_____

Por quanto tempo cada um?_____

Por que ?_____

_____

_____

_____

_____

26 Quais os alimentos que a Sra. dá para as crianças depois de I ano de idade ?_____

Por que ?_____

_____

27. Costuma dar refrigerantes à criança ? Sim____ Não____

Quantas vêzes compra por semana _____ Quantas garrafas_____

28. Costuma dar fortificantes e vitaminas à criança ? Sim____ Não____

Com que frequência_____

Por que ?_____

_____

29. Quais são os alimentos que a Sra. acha que são melhores para a saúde ?_____

Por que ?_____

_____

30. Quais as pessoas da família que devem receber os melhores alimentos ?

Crianças menores de 1a ano_____ Crianças de 1 a 5 anos _____

Escolares_____ Adultos _____ O pai_____ A mãe _____

Gestantes_____ Nutrizes _____ Todos_____

OBSERVAÇÕES:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA