

ARTIGO DE PESQUISA

ALIMENTAÇÃO ATUAL DE CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA SEGUNDO O ESTRATO SOCIAL¹

*Jaynara Menezes Souza*²*Francisca Georgina Macêdo de Sousa*³*Marinese Herminia Santos*⁴**Resumo**

Estudo exploratório descritivo tendo como objetivo classificar a alimentação atual de crianças no primeiro ano de vida segundo o estrato social. Participaram do estudo 197 crianças de zero a 12 meses. Para alcançar os estratos sociais, os dados foram coletados, entre outubro de 2005 e fevereiro de 2006, em unidade de saúde da zona rural de um município do interior do Maranhão e em dois serviços de saúde (um público e outro privado) da capital São Luiz - Brasil. Para classificar o estrato social, foi utilizado o Modelo Graffar e, para a coleta de dados, aplicou-se um questionário com 17 perguntas. Os resultados permitiram afirmar que o aleitamento materno foi amplamente praticado, embora tenha ocorrido introdução precoce de alimentos complementares. A categoria aleitamento materno exclusivo foi mais prevalente no estrato Social II e o único caso de alimentação artificial ocorreu no Estrato V. A alimentação infantil decorre de complexa rede de relações e dimensões que vão da família e alcançam as ações em saúde e o estrato social.

Descritores: Nutrição infantil; aleitamento materno; Classe Social; Saúde Infantil.

Abstract

CURRENT FEEDINGS OF CHILDREN DURING THEIR FIRST YEAR THE ACCORDING TO SOCIAL STRATA

The objective of this descriptive, exploratory, study is to classify the current feeding habits of children during their first year the according to social strata. One hundred ninety-seven children from zero to twelve months participated in the study. In order to include various social strata, the data was collected in a health clinic in the rural zone of a country in Maranhão-Brazil. One offered public health care services and the other offered private, or paid, health care services. The Graffar Model was used in order to classify the social strata, whereas the data was collected via a questionnaire with seventeen questions. The results permit the affirmation that maternal breast-feeding was amply practiced, while a premature introduction to complementary food was also noticed. The category of exclusive maternal breast-feeding was most prevalent within the Social Strata II, whereas the only case of artificial feeding occurred in Social Strata V. Infantile feeding originates from a complex network of relationships and dimensions stretch from the family to health care actions to social strata.

Descriptors: Infant Nutrition; Breast Feeding; Social Class; Child Welfare.

¹ Derivado do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente – UFMA.

² Enfermeira, Especialista em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, técnica do Programa Saúde da Família do município de São José de Ribamar – MA, e do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão.

Endereço: Rua Santarém Quadra C Casa 6 – Parque Amazonas São Luis –MA CEP: 65031-570

E-mail: enf_jaynara@yahoo.com.br Telefone: (98) 32320148.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Bolsista CAPES/CNPq – Orientadora do Trabalho.

⁴ Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Resumen

ALIMENTACIÓN ACTUAL DE NIÑOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA SEGÚN EL ESTRATO SOCIAL

Estudio exploratorio descriptivo teniendo como objetivo clasificar la alimentación actual de niños en el primer año de vida según el estrato social. Participaron del estudio 197 niños de zero a 12 meses. Para alcanzar los estratos sociales los datos fueron recolectados, entre octubre de 2005 y febrero de 2006, en unidad de salud de la zona rural de un municipio del interior del Estado de Maranhão y en dos servicios de salud (uno público y otro privado) de la capital São Luiz - Brasil. Para clasificar el estrato social, fue utilizado el Modelo Graffar y, para la recolección de datos, se aplicó un cuestionario con 17 preguntas. Los resultados permitieron afirmar la lactancia materna fue intensamente practicada, aunque haya ocurrido introducción precoz de alimentos complementarios. La categoría lactancia materna exclusiva fue más prevalente en el estrato Social II y el único caso de alimentación artificial acaeció en el Estrato V. La alimentación infantil adviene de compleja red de relaciones y dimensiones que van desde la familia y alcanzan las acciones en salud y el estrato social.

Descriptores: Nutrición infantil; lactancia materna; clase social; salud infantil.

INTRODUÇÃO

Com os avanços da ciência, mais especificamente no fim do século XIX, surgiram novas percepções sobre as necessidades nutricionais das populações das regiões que se industrializavam e se reurbanizavam. Os desafios incluíam como alimentar bebês e crianças pequenas com segurança e como evitar complicações decorrentes do estilo de vida, valores culturais e papéis sociais das mães e mulheres responsáveis pelos cuidados às crianças. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apoiada pelo Ministério da Saúde, preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o aleitamento parcial até os dois anos de idade (BRASIL, 2002). A partir do sexto mês, recomenda a introdução de alimentos complementares de forma lenta e gradual baseada nas evidências de que a introdução desses alimentos antes do referido período não oferece vantagens e pode ser prejudicial à saúde da criança.

Para Costa (2004), existem claras evidências de que a situação socioeconômica desempenha um papel central na determinação da saúde e nas práticas de promoção e prevenção. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1998) realizou um estudo comparativo entre a nutrição e o *status* da mulher, tendo concluído que, nos países onde as melhorias na nutrição não acompanharam

o crescimento econômico, esconde altos níveis de analfabetismo, altas taxas de fertilidade e baixa expectativa de vida da mulher. O estudo associa a alta prevalência de desnutrição a fatores como a precariedade de acesso das mulheres à educação e aos baixos níveis de emprego. Por outro lado, em países onde as mulheres têm alto nível de alfabetização, grande participação no mercado de trabalho e uma posição importante nos processos de tomada de decisão com relação a questões sociais e familiares, houve uma melhora também no padrão nutricional infantil ao longo das duas últimas décadas. Compreende-se que a estratificação social resulta, sobretudo, de um grau desigual de acesso a bens, serviços ou oportunidades, ao mesmo tempo em que desafiam e determinam, no âmbito da saúde, indicadores de qualidade de vida. Empiricamente têm-se observado que é cada vez mais frequente, a mídia falada e escrita, divulgar o ato de amamentar por mulheres que ocupam estrato social alto, fato que se estende, inclusive, para as campanhas de promoção do aleitamento materno. Em contrapartida, vivenciamos no espaço dos serviços públicos de saúde, o abandono precoce do aleitamento materno e da introdução inadequada de alimentos complementares à dieta das crianças, o que traz vários agravos à saúde infantil.

Selecionou-se como objeto deste estudo a alimentação de crianças no primeiro ano de vida considerando o estrato social a que pertencem. Parte-se da hipótese de que a estratificação social impõe às famílias condutas sociais e culturais que interferem na escolha dos alimentos e no padrão alimentar podendo desempenhar papel preponderante na alimentação infantil. Assim, a pergunta central do estudo foi: *Qual o tipo de alimentação de crianças no primeiro ano de vida quando considerado o estrato social?* Propõe-se investigar a alimentação da criança no primeiro ano de vida segundo o estrato social, com a intenção de enriquecer o debate sobre a temática desse aspecto da saúde da criança. A partir da afirmação de que as necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança variam de acordo com a idade, o contexto familiar e social no qual está inserida (SILVA, 2005), e que o conhecimento do tipo de alimentação infantil poderá subsidiar ações de promoção e intervenção, desde o pressuposto de que a atuação do enfermeiro pediatra deve contribuir para uma melhor assistência à criança (SILVA, 2005).

Definiu-se então, os seguintes objetivos: classificar a alimentação atual de crianças no primeiro ano de vida segundo a idade e o estrato social definido pelo Método Graffar; Comparar a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre os estratos sociais e identificar em que estrato social ocorre com maior precocidade a introdução de alimentos complementares.

Contextualizando a Alimentação Infantil

Há muitos séculos, a alimentação infantil obedecia aos princípios de um longo período de amamentação exclusiva ao peito e introdução tardia de alimentos complementares. O aleitamento natural prolongava-se por até dois anos em média, e o desmame quase sempre ocorria na vigência de uma nova gravidez. No fim do século XIX, com o aparecimento das primeiras modificações derivadas da industrialização e dos avanços das técnicas advindas do uso do vapor com fonte geradora de energia, apareceram os primeiros leites de vaca evaporados e em pó. A partir daí, e com a entrada da mulher na força de trabalho, a crescente industrialização e o aparecimento do *marketing*, ocorreu uma enorme modificação na alimentação infantil,

caracterizada pelo surgimento dos leites artificiais e a entrada precoce dos alimentos complementares. Somente nos últimos anos do século XX, ocorreu uma volta aos conhecimentos básicos de uma alimentação equilibrada, com o incentivo ao aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares a partir do sexto mês de vida (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno. A recomendação da OMS, apoiada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) é que o leite materno seja oferecido de forma exclusiva até o sexto mês de vida e continuado por dois anos ou mais com a introdução de alimentos complementares a partir do sexto mês de vida. Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite materno oferecidos à criança amamentada (BRASIL, 2002). A OMS recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos a partir de seis meses, e não recomenda essa introdução antes dos quatro meses de idade, uma vez que os malefícios superam, em muito, qualquer benefício (BRASIL, 2002). Casos especiais poderão requerer a introdução dos alimentos complementares antes do sexto mês, devendo cada caso ser analisado individualmente, após terem sido esgotadas todas as possibilidades de recondução ao aleitamento materno exclusivo.

GASTOS FINANCEIROS: LEITE HUMANO X LEITE NÃO-HUMANO

Uma vantagem importante do leite materno é o custo. A amamentação, segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2002), é uma fonte de economia para a família, especialmente nos países em desenvolvimento, onde grande parte da população pertence aos níveis econômicos mais baixos. Os custos para alimentar artificialmente uma criança durante os seis primeiros meses de vida foram calculados para o Brasil, no ano de 1997, cujo valor do real em relação ao dólar na época era de US\$ 1,00 = R\$ 1,09. O custo do aleitamento artificial nos seis primeiros meses, utilizando leite fresco, foi de R\$ 91,80,

com uma média de R\$ 15,30/ mês, considerando que em média essa criança precisaria de 150 ml/kg/peso/dia. Portanto, uma criança de 3,5 kg precisaria de 525 ml por dia, uma de 5 kg precisaria de 750 ml por dia e uma de 7 kg necessitaria de 1 litro de leite/dia. Se o bebê tiver uma curva de crescimento normal nos seis primeiros meses, precisará de um total de 135 litros de leite fresco (KING, 2001). Quando oferecidos em pó integral e modificado à criança leite, o valor passaria para R\$ 108,00 e R\$ 217,00, respectivamente. King (2001) analisou que a quantidade de leite em pó integral que uma criança precisa, em média, é de 2 kg de leite em pó por mês durante os três primeiros meses e aproximadamente 2,5kg por mês depois dessa idade. Isto totaliza 13,5 kg ou 27 latas de ½ kg por seis meses. Quanto ao leite em pó modificado, no primeiro mês de vida, a criança precisa de cinco latas de ½ kg de leite maternizado; no segundo mês, 6,5 latas e, no terceiro, oito latas. Se a mãe mudar para outro tipo de leite modificado, a criança precisará de oito latas cada mês nos próximos três meses, num total de 24 latas. Ao considerar que o salário mínimo no Brasil, em agosto de 1997, era de R\$ 120,00/mês (US\$ 110,09), e destacando que muitos trabalhadores recebem menos do que este valor (trabalhadores de zonas rurais, trabalhadores menores de 18 anos e empregadas domésticas), observa-se a dificuldade da realização de tal prática alimentar pela família de baixa renda (KING, 2001). Alimentar uma criança, nos seis primeiros meses de vida, com leite artificial consome cerca de 13% do salário-mínimo e quase 1/3, se o leite for modificado (BRASIL, 2002). Assim, amamentar ao seio, significa, além de economia de recursos para a família, economia para os serviços de saúde, na compra de fórmulas, mamadeiras e tempo de pessoal de saúde, além da menor morbidade infecciosa do lactente, que determinará menor gasto de recursos em hospitalização, medicamentos e atenção profissional.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Na busca de estratos sociais diferenciados e da proporcionalidade entre os mesmos, a população do estudo compreendeu crianças no primeiro ano de vida

atendidas em três serviços de saúde: uma Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) de um município maranhense, um serviço pediátrico privado e a demanda do Banco de Leite de um Hospital Universitário da capital maranhense. Para alcançar estratos sociais diferenciados, foram incluídos, além do serviço privado, os filhos de funcionários de nível superior do Hospital Universitário na faixa etária específica do estudo.

A população do estudo totalizou 197 crianças de zero a 12 meses de idade, sendo que 73 corresponderam à demanda do Banco do Leite, 62 foram crianças cadastradas no PSF, 52 de um serviço privado de atendimento pediátrico e 10 filhos de profissionais da saúde.

Para alcançar as crianças da zona rural, a pesquisadora utilizou as Fichas de Cadastramento das Famílias do PSF, totalizando 62 crianças no primeiro ano de vida. Após a identificação dessas crianças, foram realizadas reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde da área com o objetivo de solicitar que as mães fossem encaminhadas para a coleta dos dados. Aquelas mães que não compareceram à unidade de saúde os dados foram coletados no domicílio. No Banco de Leite e no serviço privado, o critério utilizado foi a demanda agendada dos referidos serviços. Os profissionais de saúde foram identificados dentro e fora do Hospital Universitário, realizado contato telefônico e agendada a coleta de dados no local de trabalho ou no domicílio, de acordo com a disponibilidade dos informantes. Vale ressaltar que neste estudo as mães foram as informantes em 100% dos casos.

A coleta foi realizada entre outubro de 2005 e fevereiro de 2006. O período de coleta foi estendido com a finalidade de alcançar os vários estratos sociais. Essa etapa do estudo foi desenvolvida após a liberação da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário sob o registro nº. 33104-1245/2004. Todos os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aplicou-se um questionário com 17 perguntas abordando aspectos relacionados aos dados da criança e os necessários para classificar o estrato social segundo o Método de Graffar Modificado (CASTELLANO, 2004).

As variáveis relacionadas às crianças foram: idade em meses e tipo de alimentação. Para este último critério, utilizaram-se os conceitos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002): *aleitamento materno exclusivo (AME)* - quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas de xaropes de vitaminas e/ou medicamentos; *aleitamento materno predominante (AMP)* - quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (sucos de frutas ou chás); *aleitamento materno (AM)* - quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano. Acrescentou-se para este estudo a categoria *alimentação artificial (AA)* quando a criança não recebe de nenhuma maneira o leite materno, mas, outros alimentos como mingaus, frutas e comida da família.

Para classificar as famílias segundo estrato o social, foi utilizado o Método de Estratificação Social - Método de Graffar Modificado (CASTELLANO, 2004). Pelo Método Graffar, o nível socioeconômico é determinado utilizando quatro critérios: *profissão do chefe de família; nível de instrução da mãe; fonte e regularidade do salário e condições de moradia*. Para cada critério, o modelo descreve cinco itens, e para cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos. Esses valores somados e a partir da pontuação obtida, as famílias poderão ser classificadas em cinco estratos sociais: Estrato I ou Alto-alto (4 a 6 pontos); Estrato II ou Médio-Alto (7 a 9 pontos); Estrato III ou Médio (10 a 12 pontos); Estrato IV ou Médio-Baixo (13 a 16 pontos) e Estrato V ou Baixo (17 a 20 pontos). A medida básica para o estudo da estratificação social no Modelo de Graffar é o *status* socioeconômico que combina ocupação do chefe da família, instrução materna, regularidade do salário e dados ambientais, sem considerar, no entanto, o valor do salário. Apesar de não haver muita especificidade entre os estratos sociais, destaca-se que as características nos estratos extremos (I e V) ficam mais bem definidas que nos estratos intermediários. Em ambos, os resultados se dão pelas menores e maiores pontuações,

respectivamente, ou seja, quanto melhor avaliação qualitativa das variáveis menor será a pontuação obtida e classificam-se no estrato social mais alto. Sendo assim, no Estrato I destaca-se principalmente a profissão do chefe de família e o nível de instrução da mãe (nível superior e aqueles pertencentes às forças armadas e mães com formação universitária ou equivalente), o que contribui para uma pontuação mais baixa. No Estrato V, como a soma é elevada, na maioria das vezes este Estrato é definido pelas baixas condições de moradia da família e escolaridade das mães, aliada a profissão não especializada do chefe de família.

Como o Modelo de Graffar original é apresentado em outro idioma que não o português, o mesmo foi encaminhado para tradução por profissional especializado.

A análise ocorreu posterior a inserção dos dados coletados em planilha Excel e os resultados foram apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se avaliar a variável idade, prevaleceram no estudo crianças de um a três meses (31,4%), seguida da faixa etária de quatro a seis meses (30,0%), e os menores de um mês (4,6%). Quando adicionados, os intervalos de < de 1 mês, aquelas entre 1-3 e de 4-6 meses totalizam 130 crianças que corresponde a 66% da população estudada que deveriam ser alimentadas exclusivamente ao seio.

Ao utilizar o Método Graffar para classificar o estrato social das famílias, a maioria se encontrava nos estratos IV, III e I, com 37,0%, 23,9% e 20,9%, respectivamente. O estrato V foi o menos prevalente, com 3,0%. O estudo alcançou todos os estratos sociais propostos pelo método utilizado.

Quanto à alimentação atual das crianças pesquisadas, 50,8% foram incluídas na categoria AME, 35,9% AM, 13,7% AMP e 0,5% na categoria AA. Existiam 130 crianças na faixa etária de 0-6 meses que deveriam estar recebendo somente o leite materno, no entanto, a prevalência de AME para a referida faixa etária foi de 76,9%, enquanto 14,6% foram incluídas na categoria AMP e 8,5% em AM. Nenhuma criança foi encontrada nesta faixa etária em AA.

Tabela 1. Crianças segundo o estrato social e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

Estrato Social	Tipo de alimentação									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	15	36,7	06	14,6	20	48,7	-	-	41	100,0
II	22	73,3	03	10,0	05	16,7	-	-	30	100,0
III	28	59,6	07	14,9	12	25,5	-	-	47	100,0
IV	34	46,6	11	15,0	28	38,4	-	-	73	100,0
V	01	16,7	-	-	04	66,6	01	16,7	06	100,0
Total	100	50,8	27	13,7	69	35,0	01	0,5	197	100,0

Quando associada as variáveis, estrato social e tipo de alimentação, a categoria AME prevaleceu no Estrato II, com 73,3%, seguida por aquelas do Estrato III, com 59,6%. Na categoria AMP, 15,0% pertenciam ao Estrato IV, 14,9% ao Estrato III, 14,6% ao Estrato I e 10,0% ao Estrato II. Na categoria AM, a maior prevalência foi de 66,6% no Estrato V, seguida pelas crianças do Estrato I e IV, com 48,7% e 38,4% respectivamente. Somente 16,7%

(que correspondeu a uma criança), encontrava-se em AA e pertencia ao Estrato V. Vale destacar que quase 100% das crianças encontravam-se, no momento da coleta de dados, incluídas em uma das categorias de aleitamento (exclusivo, predominante ou em aleitamento materno) e que somente uma delas recebia outros alimentos que não o leite materno, sendo incluída, portanto, na categoria AA.

Tabela 2. Crianças segundo o Estrato Social I, a idade e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

	Estrato Social I									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1	02	100	-	-	-	-	-	-	02	100,0
1 - 3	11	78,6	02	14,3	01	7,1	-	-	14	100,0
4 - 6	02	28,6	03	42,8	02	28,6	-	-	07	100,0
7 - 9	-	-	01	10	09	90	-	-	10	100,0
10 - 12	-	-	-	-	08	100	-	-	08	100,0
Total	15	36,6	06	14,6	20	48,8	-	-	41	100,0

Quando analisado o Estrato I (classe alta-alta), foram encontradas duas crianças menores de um mês, ambas em aleitamento materno exclusivo. Das crianças que estão na faixa etária de um a três meses, 11 encontravam-se em aleitamento materno exclusivo e três em outras categorias

(AMP e AM), contrapondo-se ao preconizado pelo Ministério da Saúde que reforça o AME até os seis meses, sem que a criança necessite de água, chás ou mesmo outro tipo de alimento (BRASIL, 2002).

Tabela 3. Crianças segundo o Estrato Social II, a idade e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

Idade (meses)	Estrato Social II									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1	01	100,0	-	-	-	-	-	-	01	100,0
1 - 3	12	85,7	02	14,3	-	-	-	-	14	100,0
4 - 6	09	75,0	01	8,3	02	16,7	-	-	12	100,0
7 - 9	-	-	-	-	02	100,0	-	-	02	100,0
10 - 12	-	-	-	-	01	100,0	-	-	01	100,0
Total	22	73,3	03	10	05	16,7	-	-	30	100,0

No Estrato II, uma criança na faixa etária menor de um mês encontrava-se em AME. Na faixa etária seguinte (1-3), nota-se um percentual de 85,7% em AME e 14,3% em AMP.

Na faixa etária de quatro a seis meses, mais da metade (75,0%) das crianças encontrava-se em AME, 8,3% em AMP e 16,7% em AM.

Tabela 4. Crianças segundo o Estrato Social III, a idade e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

Idade (meses)	Estrato Social III									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1	02	100	-	-	-	-	-	-	02	100,0
1 - 3	14	82,4	03	17,6	-	-	-	-	17	100,0
4 - 6	12	63,2	03	15,8	04	21,0	-	-	19	100,0
7 - 9	-	-	-	-	01	100	-	-	01	100,0
10 - 12	-	-	01	12,5	07	87,5	-	-	08	100,0
Total	28	59,5	07	14,9	12	25,6	-	-	47	100,0

No Estrato III, 100% das crianças < 1mês foram incluídas na categoria AME. Das crianças na faixa etária de 1-3 meses, 82,4% estavam em AME e 17,6% em AMP. Na faixa etária de 4-6 meses, a categoria AME manteve-se mais prevalente que as demais e nenhuma criança foi incluída na categoria AA. Das crianças de 7-9 meses, uma

encontrava-se em AM e a outra na faixa etária de 10-12 meses em AMP correspondendo a 12,5%. Esses resultados podem significar introdução tardia de outros alimentos na alimentação da criança, o que também representa erro alimentar.

Tabela 5. Crianças segundo o Estrato Social IV, a idade e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

Idade (meses)	Estrato Social IV									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1	03	75,0	01	25,0	-	-	-	-	04	100,0
1 - 3	15	93,8	01	6,2	-	-	-	-	16	100,0
4 - 6	16	80,0	03	15,0	01	5,0	-	-	20	100,0
7 - 9	-	-	02	18,1	09	81,9	-	-	11	100,0
10 - 12	-	-	04	18,1	18	81,9	-	-	22	100,0
Total	34	46,6	11	15,0	28	38,4	-	-	73	100,0

No Estrato IV, estão incluídas as famílias de nível médio-baixo. Das quatro crianças menores de um mês, 75,0% estavam em AME. Ao considerar as crianças na faixa etária de < 1 mês a 6 meses, a prevalência de AME cai para

46,6%, pois quatro delas estavam na categoria AMP, o que significa que, além de amamentadas, recebiam outro tipo de alimento além do leite humano.

Tabela 6. Crianças segundo o Estrato Social V, a idade e o tipo de alimentação. São Luis – MA, 2006.

Idade (meses)	Estrato Social V									
	AME		AMP		AM		AA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 3	01	100,0	-	-	-	-	-	-	01	100,0
4 - 6	-	-	-	-	01	100,0	-	-	01	100,0
7 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 12	-	-	-	-	03	75,0	01	25,0	04	100,0
Total	01	16,7	-	-	04	66,6	01	16,7	06	100,0

A menor concentração de crianças (seis) pertencia ao Estrato V. Destas, 16,7% foram incluídas na categoria AME, 66,6% em AM e 16,7% em AA. O Estrato V merece atenção especial dos serviços e dos profissionais por ser aquele em que as famílias vivem em condições inadequadas de moradia, aliadas à baixa escolaridade materna e onde o chefe de família não possui profissão especializada, e que normalmente recebem salário semanal ou por tarefa realizada.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados reforçam duas condições em relação à alimentação infantil: a primeira vem contrapor-se à afirmação de que as mães não amamentam; a segunda, o grande desafio dos serviços e dos profissionais de saúde na orientação ao período e à forma de introdução da alimentação complementar. Pode-se afirmar que a prática do aleitamento encontra-se amplamente difundida entre as famílias pesquisadas, e quanto à especificidade do tipo enfatiza-se a alta prevalência de aleitamento materno nos diferentes estratos sociais, com ênfase maior ao Estrato II, que corresponde à classe social média-alta, onde a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 73,3%, seguida pelo Estrato III com 59,6%. O estudo demonstrou que as mães

estão amamentando seus filhos por um período mais longo, muito embora com a introdução, ainda precoce, de outros alimentos. Reconhece-se que, para as crianças com mais de seis meses, a dificuldade de acesso a outros alimentos pode determinar a necessidade de amamentá-las por mais tempo, fato que pode justificar que crianças na faixa etária de mais de seis meses tenham sido incluídas, neste estudo, na categoria aleitamento materno predominante. Quanto à alimentação complementar, foi observada introdução precoce dos alimentos nas faixas etárias em que as crianças deveriam estar recebendo somente o leite humano. Esta inadequação da alimentação infantil foi observada em todos os estratos sociais.

Finaliza-se inferindo que a alimentação infantil decorre não só da estratificação social, mas de uma complexa rede de relações nas quais participa um conjunto de elementos e dimensões que vão da família e alcançam as ações em saúde e os diversos estratos sociais. Esforços devem ser feitos para reduzir os casos de abandono do aleitamento materno exclusivo precoce e também para melhorar a qualidade dos alimentos complementares oferecidos à população infantil, já que, nesse período de vida, as deficiências de nutrientes fundamentais trazem prejuízos, às vezes permanentes, para a saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, 2002.
- CASTELLANO H.M. **Método de Graffar Modificado**. Disponível em: <http://www.fundacredesa.com>. Acesso em: 14/10/2004.
- COSTA, M.F.L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios -PNAD/98. **Rev. Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, out./2004.
- GIUGLIANNI, E.R.J; LAMOUNIER, J.A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para prática do profissional de saúde. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, n. 5 (Supl), 2004, p. S117-8.
- KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.189 p.
- SILVA, C.V. O cuidar em saúde da criança: um ato humanizado do cuidado. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 5, n. 1, p. 5-8, 2005.
- UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1998.