

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL ÀS CRIANÇAS MATRICULADAS NUM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Elaine Marly Masini d'AVILA¹
Maria Thereza Furtado CURY¹
Ronny Marília S. NASCIMENTO²
Milena Rodrigues COELHO²
Nara Limeira HORST²

RESUMO

O presente artigo refere-se ao estudo de 705 crianças com idade compreendida entre 0 e 6 anos incompletos, atendidas num Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O grupo foi avaliado quanto a: relação peso/idade, frequência de morbidades que motivaram a consulta, número médio de consultas por faixa de idade e tipo de aleitamento. Com o resultado desse trabalho, será possível traçar um perfil da clientela atendida e oferecer dados para um replanejamento do Serviço de Nutrição.

Termos de indexação: Serviços de Saúde Comunitária, desenvolvimento infantil, morbidade, aleitamento materno.

1. INTRODUÇÃO

O Departamento de Nutrição em Saúde Pública da Escola de Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO),

(1) Docentes do Departamento de Nutrição em Saúde Pública da Escola de Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), Rua Xavier Signaud, 290, fundos, 3º andar, 22290 Rio de Janeiro, RJ.

(2) Alunas do 8º período da Escola de Nutrição, UNI-RIO.

em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, oferece, desde 1982, estágio para os alunos de 8º período, na equipe de Saúde do Centro Municipal de Saúde (CMS) Manoel José Ferreira, pertencente à IV Região Administrativa. Até o término do ano de 1986, o Centro de Saúde não contava no seu quadro de funcionários com o profissional de Nutrição. Portanto, todo atendimento nutricional era executado pelos estagiários supervisionados por um docente da Universidade. A partir de 1987, mediante concurso público, dois nutricionistas foram lotados no CMS, e os estagiários puderam contar, a partir de então, com uma estrutura administrativa formal para o desempenho do seu trabalho-aprendizagem, sendo supervisionados não só pelo docente, como também pelos nutricionistas da Unidade.

O atendimento nutricional, ambulatorial e individualizado, era oferecido a recém-nascidos, pré-escolares, escolares, adolescentes, gestantes, adultos e funcionários da própria Unidade. Neste trabalho, foram analisadas apenas crianças da faixa etária compreendida entre zero e sete anos incompletos, uma vez que representavam a maior parte do atendimento. Nessa faixa foram atendidas 792 crianças, perfazendo um total de 1415 consultas.

A relevância do atendimento nutricional deve-se às atividades primárias de Saúde que podem ser desenvolvidas e vêm sendo descritas na literatura como instrumentos decisivos e simples, capazes de reverter os quadros de morbidade e mortalidade (UNICEF, 10, 12).

O objetivo básico deste trabalho é avaliar a clientela atendida através de uma análise descritiva, oferecendo subsídios para novas medidas de intervenção para o Serviço de Nutrição, adequadas às reais necessidades da população atendida.

2. MATERIAL E MÉTODO

Os dados utilizados neste trabalho foram colhidos durante todo o ano de 1986, à exceção do período de férias esco-

lares (meses de julho e dezembro), através dos prontuários, preenchidos pelos estagiários no serviço de nutrição, no momento de atendimento à clientela.

No prontuário constavam os seguintes dados: data do nascimento, data da consulta, sexo, peso no dia da consulta, informações sobre aleitamento, o motivo da consulta e a orientação dietética dada à mãe ou responsável, com espaço para quatro consultas subseqüentes.

Dos 792 prontuários originais, foram desprezados 75 por apresentarem inconsistência ou ausência de dados.

Uma vez que não dispúnhamos de no mínimo 100 crianças por sexo e faixa de idade, foi utilizado o agrupamento considerando "Recomendado" por Waterlow et al., em 1977, e referendado em 1980 pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (6):

- 0 — 5,99 meses
- 6 — 11,99 meses
- 1a — 1,99 ano
- 2a — 3,99 anos
- 4a — 5,99 anos
- 6a — 6,99 anos

Para conhecer o desempenho do crescimento, só contamos com peso por idade, uma vez que somente essa variável antropométrica é analisada no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PROGRAMA..., 7). Os formulários foram então agrupados por sexo e faixa de idade (Tabela 1) e o peso das crianças comparado com o padrão de referência do NCHS (National Center for Health Statistics) (ORGANIZAÇÃO..., 6). O percentil 10 foi considerado como ponto crítico, ainda de acordo com o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PROGRAMA..., 7). Foi também calculado o intervalo de confiança da proporção de crianças por faixa de idade com peso abaixo do percentil 10, com probabilidade de 95%, obtendo-se um valor muito alto para a faixa de 6 a 7 anos, resultado do pequeno número de crianças atendidas, $n = 12$, o

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

que nos levou a excluir essa faixa etária de nossos estudos, passando a amostra a perfazer um total de 705 crianças.

Tabela 1 — Distribuição das crianças por sexo e faixa etária. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986.

Faixa etária	Sexo das crianças		Total
	Masculino	Feminino	
meses/anos	nº	nº	nº
0 — 5,99 m	167	159	326
6 — 11,99 m	50	71	121
1a — 1,99 a	48	48	96
2a — 3,99 a	58	56	114
4a — 5,99 a	29	19	48
6a — 6,99 a ¹	4	8	12
Total	356	361	717

(1) Essa faixa etária foi excluída do estudo em função do número reduzido de crianças.

Para estimar a prevalência da desnutrição protéico-calórica na unidade sanitária em estudo, utilizou-se como indicador o critério de Gomez (ORGANIZAÇÃO..., 6).

Durante a consulta de nutrição arguiu-se a mãe sobre a razão que motivou a levar a criança para ser atendida no Centro de Saúde. Essas informações eram anotadas no prontuário, e foi através desses dados que se buscou conhecer as morbidades no momento da consulta, que foram agrupadas nas seguintes categorias: doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas (IRA), parasitoses, controle médico de rotina, imunização, motivos anteriores associados e outros motivos.

Convém observar os seguintes pontos: 1) para doenças diarréicas e IRA, utilizaram-se, como critério para padronização das informações coletadas no prontuário, os documentos do Ministério da Saúde para capacitação e padronização dos recursos humanos (PROGRAMA..., 8, 9); 2) em parasitose, computa-

ram-se apenas aquelas crianças com exame de fezes executado, com resultado positivo, e que retornaram ao Serviço para a solução do problema; 3) por controle médico de rotina entendeu-se a consulta agendada previamente, sem nenhuma queixa de morbidade relatada pela mãe; 4) por imunização, computaram-se as vezes que a mãe levava a criança ao CMS, somente para vacinar; 5) em outros motivos, consideraram-se os relatos das mães que não se enquadravam nas especificações anteriores, tendo sido inseridas nesse tópico as doenças de pele, a crise asmática, a constipação intestinal, a inapetência entre outras.

O número de consultas ao longo do ano, por faixa etária, foi pesquisado, não só para conhecer a cobertura do serviço, através do número médio de consultas, como também para verificar a possibilidade de um estudo longitudinal das 705 crianças. Como critério para avaliação do número médio de consultas por idade, utilizou-se a proposta de MONTEIRO (3): 1º ano de vida, doze consultas; segundo ano, 6; terceiro ano, 4; e nos anos subseqüentes, consultas semestrais. O calendário mínimo de consultas proposto no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PROGRAMA..., 7) também foi utilizado para sua comparação com a realidade de atendimento no referido CMS.

Também foi analisado o padrão de aleitamento, com base no primeiro acompanhamento, das 447 crianças, no primeiro ano de vida, tendo sido levantado o tipo de aleitamento, isto é, se materno exclusivo, misto ou artificial. No exclusivo, consideraram-se as crianças alimentadas apenas com leite materno; no misto, as crianças que recebiam além do leite materno, outros tipos de leite ou alimentos e, no artificial, todas as crianças que não mais recebiam leite materno, fazendo uso de qualquer tipo de leite ou outros alimentos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por reconhecer a importância do conjunto das ações de saúde desenvolvidas na Puericultura, buscou-se identificar a

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

cobertura da assistência através do número médio de visitas ao serviço, por faixa de idade, para as 705 crianças, e compará-lo com o número de consultas preconizado como ideal para um perfeito acompanhamento do estado nutricional, permitindo a intervenção precoce sempre que necessário (UNICEF, 11).

Entretanto, pelos dados da tabela 2, tem-se que o número médio de consultas é muito baixo, invalidando, inclusive, a tentativa de avaliar o acompanhamento das crianças ao longo do ano. Em decorrência desse fato, o perfil antropométrico e o motivo da consulta foram levantados apenas com dados da primeira consulta, uma vez que os retornos se tornam muito inconstantes, diminuindo de tal maneira o volume de dados que invalidam a tentativa de avaliação de desempenho do serviço.

Tabela 2 — Número médio de consultas, segundo faixa etária. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986.

Faixa etária	Número médio de consultas	Número ideal de consultas ¹	Número mínimo de consultas ²
meses/anos			
0 — 11,99 m	2,4	12,0	6,0
1a — 1,99 a	1,5	6,0	2,0
2a — 3,99 a	1,2	3,0	1,0
4a — 5,99 a	1,1	2,0	1,0

(1) MONTEIRO (3).

(2) Calendário mínimo de consultas. Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (PROGRAMA..., 7).

Para avaliar o crescimento e a desnutrição, a equipe trabalhou apenas com o índice peso/idade, como sugere o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PROGRAMA..., 7), consciente da limitação para a interpretação dos resultados, por desconhecer a altura das crianças (ORGANIZAÇÃO..., 6). O ponto crítico considerado foi o percentil 10.

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

Pela metodologia da classificação da população de referência (NCHS), espera-se encontrar até 10% da população abaixo do percentil 10, isto é, estima-se que para uma população cujo meio ambiente esteja favorável ao seu pleno desenvolvimento e crescimento, a proporção de crianças que apresentam peso inferior ao percentil 10 deve estar em torno de 10% (MONTEIRO, 4; ORGANIZAÇÃO..., 6)

Nas figuras 1 e 2, onde são apresentados os resultados obtidos, verifica-se que as crianças com idade abaixo de um ano (menos de 10% das mesmas) têm peso inferior ao percentil 10. De um até três anos a porcentagem de crianças abaixo do ponto crítico se aproxima de 20% do total, quase o dobro do esperado para a população de referência, atingindo a proporção de 35% para a faixa de idade compreendida entre 4 e 5 anos, apresentando os gráficos crescente desvio à esquerda.

Os resultados obtidos do estudo da prevalência da desnutrição na Unidade, segundo classificação de Gomez, podem ser visualizados na tabela 3. Entre as três modalidades de desnutrição, observa-se uma prevalência maior das formas leve e moderada com um inexpressivo número de forma severa. É possível perceber também que as crianças a partir do sexto mês de vida apresentam uma prevalência maior da desnutrição, mesmo que na forma leve.

Tabela 3 — Prevalência da desnutrição segundo Gomez (ORGANIZAÇÃO..., 6). Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986

Idade	Normal		1º Grau		2º Grau		3º Grau		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
0 — 5,99	286	87,7	29	8,9	8	2,4	3	0,9	326
6 — 11,99	101	83,5	19	15,7	1	0,8	0	—	121
1a — 1,99	68	70,8	24	25,0	4	4,2	0	—	96
2a — 3,99	75	65,8	34	29,9	5	4,4	0	—	114
4a — 5,99	28	58,4	18	37,5	2	4,2	0	—	48
Total de crianças	558	79,2	124	17,6	20	2,8	3	0,4	705

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

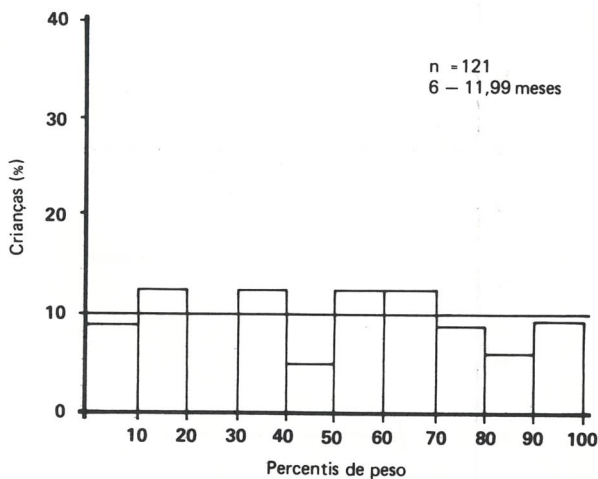
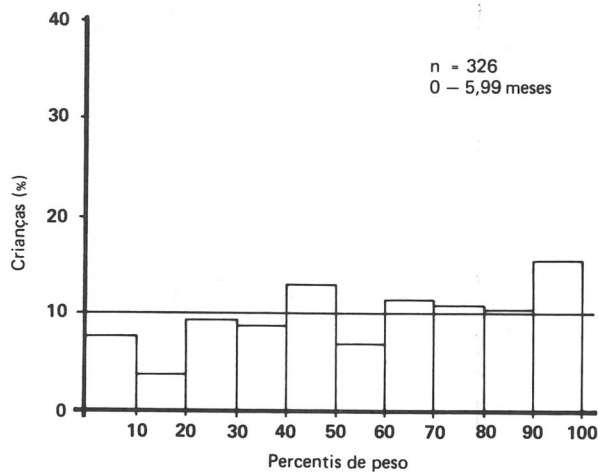


Figura 1. Distribuição das crianças com idade abaixo de um ano, segundo os percentis de peso. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986.

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

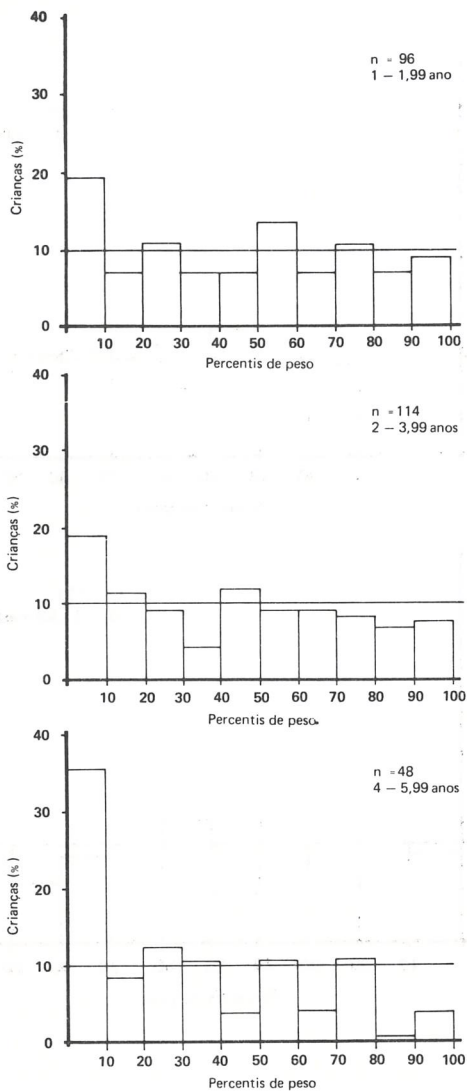


Figura 2. Distribuição das crianças com idade de 1 a 5 anos, segundo os percentis de peso. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986.

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

Através do relato da mãe, com relação ao motivo que a levou a procurar o serviço, foi possível ter uma idéia das morbidades por faixa etária. Nesses dados não estão incluídos possíveis ocorrências mórbidas que não motivaram a mãe a se deslocar até o serviço. A tabela 4 revela a proporção de crianças por faixa de idade e motivo alegado pela mãe para estar no Centro de Saúde. As crianças até o 6º mês, basicamente, utilizam o serviço para consultas de rotina e parecem resguardadas, quando comparadas com as de outras faixas de idade, no que diz respeito às morbidades mais freqüentes. Após o 6º mês, a situação se modifica e apenas 38% das crianças lá estiveram sem queixas de morbidades, despontando entre essas as infecções respiratórias (23%) como motivo mais freqüente, seguido das doenças diarreicas e outros motivos. Para as idades subseqüentes, a situação praticamente se agrava, sugerindo que, quando a interação da criança com o meio ambiente se intensifica, a freqüência dos acometimentos também aumenta. Resta lembrar que doenças diarreicas e IRA, quando incidem sobre crianças menores de 6 meses, apresentam, por via de regra, um prognóstico mais pessimista do que o verificado em crianças mais velhas, justificando uma atenção especial por parte dos profissionais do CMS para essa faixa de idade, apesar da pequena incidência.

A ocorrência tão baixa de parasitose se justifica, provavelmente, mais em função de falhas do Serviço em detectar os casos, do que de uma real baixa incidência na população infantil (ver Material e Método).

A forma de aleitamento da criança foi estudada nas 447 crianças com menos de um ano de idade, revelando, que até um mês, 61% delas recebiam leite materno exclusivo, 27% tinham aleitamento misto e 11% já se encontravam com alimentação artificial. Aos 3 meses, o leite materno exclusivo era oferecido a apenas 17% das crianças e, praticamente, a metade delas já fazia uso de outros leites juntamente com o leite materno e 24% não mais se beneficiava do aleitamento natural. Aos 6 meses, mais de 60% das crianças recebiam alimentação artificial, contra apenas 2,9% com regime de leite materno exclusivo e 23% com alimentação mista (tabela 5).

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

Tabela 4 — Motivo da consulta, segundo relato das mães, por faixa de idade. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986

Motivo da consulta	Idade											
	0—5,99 meses		6—11,99 meses		1—1,99 ano		2—3,99 anos		4—5,99 anos		%	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Diarréia	16	4,9	17	14,0	15	15,6	16	14,0	3	6,2		
IRA	31	9,5	28	23,1	27	28,1	35	30,7	14	29,1		
Parasitose	—	—	—	—	2	2,0	11	9,6	6	12,5		
CMR	209	64,1	47	38,8	31	32,2	26	22,8	13	27,0		
Imunização	36	11,0	7	5,7	2	2,0	2	1,7	—	—		
Motivos associados	2	0,6	2	1,6	2	2,0	3	2,6	—	—		
Outros motivos	25	7,6	20	16,5	17	17,7	19	16,6	11	22,9		
Sem informação	7	2,1	—	—	—	—	2	1,7	1	2,0		
Total de crianças	326		121		96		114		48			

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

Tabela 5 — Percentual de crianças com aleitamento exclusivo, misto e artificial, conforme a idade. Centro Municipal de Saúde, IV Região Administrativa, Rio de Janeiro, 1986

Idade meses	Tipo de aleitamento						Total	
	Exclusivo ¹		Misto		Artificial			Sem informação
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< 1	33	61,2	15	27,7	6	11,1	—	—
1 — 1,9	39	45,5	30	34,8	13	15,1	4	4,6
2 — 2,9	11	17,7	30	48,6	15	24,1	6	9,6
3 — 3,9	13	23,2	16	28,5	27	48,3	—	—
4 — 4,9	4	11,7	10	29,4	19	56,0	1	2,9
5 — 5,9	1	2,9	8	23,5	21	61,9	4	11,7
6 — 11,9	1	0,8	23	19,0	91	75,3	6	4,9
Crianças	102		132		192		21	

(1) Mediana da amamentação exclusiva = 43,8 dias.

A mediana da amamentação exclusiva, isto é, o tempo em que a metade das crianças ainda está sendo amamentada exclusivamente com leite materno, foi de 43,8 dias para a totalidade das crianças atendidas na unidade de Saúde em estudo.

Devido ao tipo de dados aqui trabalhados, eminentemente descritivos, ao serem analisados, toda a cautela se faz necessária, para que se possa obter conclusões válidas. Os comentários, que surgem deste trabalho, devem servir de suporte a futuras hipóteses, que, se verificadas, permitirão um conhecimento mais profundo da clientela atendida.

Assim, parece que, com relação ao indicador peso/idade a faixa de até 6 meses apresenta um padrão de crescimento equivalente ao esperado de uma população, cujo meio ambiente é favorável ao seu crescimento: menos de 10% da população tem peso abaixo do percentil 10, ou ausência de desvio à esquerda (Figura 1). Para reforçar esse indicador, vemos que a frequência de morbidades que interagem com o processo do crescimento, tais como doenças diarreicas (4,9%) e IRA (9,5%), é a mais baixa encontrada. Resta lembrar que essa faixa de idade é a que apresentou o maior número médio de consultas, importante para que o serviço possa exercer sua função de intervenção precoce em situações mórbidas.

Para a faixa de idade compreendida entre seis meses e um ano, a análise do indicador peso/idade também sugere que esse segmento se encontra ainda resguardado ou, pelo menos, ainda não manifestou, através do seu peso, os agravos que possa estar sofrendo do meio ambiente, pois apenas 9% das crianças têm peso abaixo do percentil 10. Já as morbidades alegadas pela mãe, que a motivaram a ir ao Centro de Saúde, não estão mais polarizadas no controle médico de rotina como na faixa etária anterior, ocorrendo uma participação maior de doenças diarreicas e IRA. Talvez o aparecimento dessas doenças, nessa faixa etária, justifique o aumento do número de crianças que ao completarem um ano de vida começam a apresentar uma frequência maior de peso inadequado para a idade, 19% acima do percentil 10, aliado, novamente, ao aumento de morbidades, principal-

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

mente IRA. A mesma situação se repete entre dois e quatro anos, sugerindo que os agravos, que interferem no crescimento infantil, têm efeito cumulativo ao longo dos anos, que poderia ser confirmado através da altura/idade e de um acompanhamento mais constante das crianças, o que reforça o parecer de que com um número reduzido de consultas o Serviço não pode cumprir seu papel de controlar morbidades e limitar seus agravos.

A comparação dos resultados da prevalência da desnutrição por faixa etária na clientela do Centro Municipal (Tabela 3) apresenta evidências de similaridade com os resultados de MONTEIRO (4) em crianças do Município de São Paulo, isto é, a desnutrição nas formas leve e moderada começa a se tornar evidente após o primeiro ano de vida, com diminuição de número de consultas e aumento de morbidades que interferem no processo de crescimento.

Com relação ao padrão de aleitamento, apenas 61% das crianças chegam ao término do 1º mês de vida com aleitamento materno exclusivo. Esse resultado pode ser devido à pouca resposta do trabalho de conscientização junto às mães no pré-natal e no puerpério imediato.

O momento do puerpério imediato é de extrema importância para a sedimentação da prática da amamentação, principalmente em regime de livre demanda (MELO et al., 2). Após a alta hospitalar, a mãe retorna a um Serviço de Saúde, 15 ou mais dias depois, sendo esse período crítico para a prática da amamentação, pois ainda podem ocorrer dificuldades que, sem orientação adequada, resultariam na introdução de mamadeiras (VICTORA et al., 13)

Ao longo do terceiro mês, praticamente a metade das crianças tem alimentação mista, isto é, já iniciou o processo do desmame, que deveria ocorrer no quinto ou sexto mês.

Falta nesse momento a assistência pós-natal encarregada, entre outras atividades, de manter o aleitamento materno exclusivo, pois tudo indica que a introdução precoce de mamadeira fomenta o desmame (MELO et al., 2)

O resultado final dos múltiplos fatores que determinam o desmame pode ser percebido em sua magnitude ao 6º mês, quando apenas 2,9% das crianças ainda encontram o benefício do leite materno exclusivo. É interessante observar como a partir dessa idade aumenta a incidência de doenças sinérgicas da desnutrição.

A mediana do aleitamento exclusivo foi estimada em 43,8 dias. A comparação do valor dessa variável com o de outros trabalhos revela que a clientela atendida tem um padrão de amamentação exclusivo com duração muito curta (GOLDENBERG, 1; MONTEIRO, 4; MONTEIRO et al., 5).

O fato de encontrarmos 66,3% das crianças ao 3º mês de vida ainda se alimentando, parcial ou totalmente, com leite materno (aleitamento misto mais exclusivo), nos levou a sugerir que a imunidade ainda conferida pelo leite humano, aliada à pequena interação do bebê com seu meio ambiente, resulte nas baixas freqüências de doenças diarréicas e IRA, e no bom desempenho do crescimento, que se estende até o sexto mês.

Com base nas informações coletadas neste trabalho, sugerimos a verificação da média de retorno atual, pois se continuar tão baixa quanto a revelada em 1986 estará prejudicando os esforços do Serviço. Deve-se também identificar as causas do não retorno para que se possa eliminá-las.

Outro ponto revelante é o atendimento ao pré-escolar, que, por ser o mais prejudicado no seu estado de saúde, requer atenção especial, o que pode ser alcançado com aumento do número de consultas.

Quanto às ações que almejam o prolongamento do período do aleitamento materno exclusivo, sugerimos, juntamente com todos os profissionais que interagem com a nutriz, que o seu conhecimento técnico sobre o processo de lactação e amamentação deve ser aliado ao interesse e respeito demonstrado com relação aos anseios e dificuldades maternas, e que, no comportamento do profissional, pode estar o caminho para a continuidade do aleitamento exclusivo. O profissional deve estar ainda consciente de que a orientação que sugerir ou induzir à intro-

dução da mamadeira poderá determinar o desmame precoce injustificável.

Para finalizar é importante ressaltar que a orientação à mãe sobre a importância do crescimento e controle das situações adversas deve ser o objetivo primeiro do estagiário ou do profissional de Nutrição. Apenas o preenchimento e a entrega do cartão de acompanhamento da criança à mãe não fazem dela a grande aliada que pode reverter condições ambientais desfavoráveis ao pleno estado de saúde do seu filho.

ABSTRACT

CONTRIBUTION FOR THE IMPROVEMENT OF THE NUTRITIONAL ASSESSMENT FOR CHILDREN ENROLLED AT THE HEALTH CENTER, RIO DE JANEIRO, RJ, BRAZIL

The present paper refers to the study of 705 children from birth to under six years old assisted by the Health Center, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. The group was evaluated by the relation weight/age, frequency of diseases that implied in the consultation, average number of consultation by groups of age and the kind of lactation. With the result of this work it will be possible to draw an outline of the users of the Center and to offer data for the replanning of the Nutrition Service.

Index terms: Community Health Services, child development, morbidity, breast feeding.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social.** Campinas, Ed. UNICAMP, 1988. p. 97-150.

2. MELO, A. C.; FONSECA, A.; SILVA, C.; MARGEM, D. W.; LIBERAL, E. F.; TEICH, E.; LINS, F. E.; ROCHA, H. A.; LINARES, J. C.; REGO, J. D.; FADEL, L. C.; CARVALHO, M.; CARVALHO, M. R.; MARQUES, M. J. V.; MORAES, M.; PEREIRA, O. A.; LAVIAGUERRE, O.; LOPES, P. R.; SANCHEZ, R. N.; CHAVES, R. L.; WILLAUME, S. M. & TAAN FILHO, W. Incentivo ao aleitamento materno no município do Rio de Janeiro: avaliação das condições de eficiência dos serviços. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, **64**(7): 283-90, 1988.
3. MONTEIRO, C. A. Critério antropométrico no diagnóstico da desnutrição em programas de assistência à criança. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, **18**: 209-17, 1984.
4. ————. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1988. 165p.
5. ————; ZUNIGA, H. P.P.; BENÍCIO, M. H. D. & REA, M. F. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III: Aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, **21**(1): 13-22, 1987.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medición del efecto nutricional de programas de suplementación alimentária a grupos vulnerables**. Ginebra, junio 1980. 107p. (FAP/79.1)
7. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, INAMPS, SNPES/DINSAMI, 1986.
8. ————. **Assistência e controle das doenças diarréicas**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, INAMPS, SNPES/DINSAMI, 1986.
9. ————. **Controle das infecções respiratórias agudas**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, INAMPS, SNPES/DINSAMI, 1986.

MELHORIA DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL...
E. M. M. d'AVILA et al.

10. UNICEF. Uma grande aliança pelas crianças. In: _____ .
Situação mundial da infância – 1988. Brasília, UNICEF,
1988. p. 1-8.
11. _____. Parceiros na aliança. In: _____. **Si-
tuação mundial da infância – 1988**. Brasília, UNICEF,
1988. p. 39-50.
12. _____. A prática do desenvolvimento real. In: _____.
Situação mundial da infância – 1989. Brasília, UNICEF,
1989. cap. 4, p. 35-53.
13. VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & VAUGHAN, J. P.
Epidemiologia da desigualdade. São Paulo, Hucitec,
1988. 187 p.

Recebido para publicação em 12 de dezembro de 1989.