

SEGURANÇA ALIMENTAR



2º FÓRUM DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA

EIXO TEMÁTICO: SEGURANÇA ALIMENTAR

SUBNUTRIÇÃO À OBESIDADE: UMA ALTERNATIVA INTEGRATIVA DE PREVENÇÃO DE PROBLEMAS NUTRICIONAIS

LAIS DUARTE BATISTA¹, CARLOS ALBERTO NOGUEIRA-DE-ALMEIDA², FLÁVIA MORI
SARTI³, MARIA PAULA DE ALBUQUERQUE⁴, REGINA MARA FISBERG⁵, MAURO FISBERG⁶

¹ Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Pós-graduação *Lato Sensu* em Nutrição em Alimentação Escolar – Universidade Cândido Mendes (UCAM), Mestrado em Ciências com foco em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Membro do Grupo de Pesquisa em Avaliação do Consumo Alimentar (GAC/USP)

² Médico formado pela Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Mestre e Doutor em Pediatria pela USP, Pós-Doutorando do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP, Professor da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, Nutrólogo com Título de Área de Atuação em Nutrologia Pediátrica, Membro Titular da Academia Latinoamericana de Nutrologia, Diretor do Dep. de Nutrologia Pediátrica da ABRAN, Membro do Conselho do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, Membro do Conselho Científico do ILSI Brasil, Fellow da *The Obesity Society USA*

³ Bacharel em Economia (FEA-USP), Bacharel em Nutrição (FSP-USP), Doutorado Direto em Nutrição Humana Aplicada (PRONUT-USP), Professora Associada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades - Universidade de São Paulo (EACH-USP), Pesquisadora do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Modelagem de Sistemas Complexos (GRIFE)

⁴ Graduação em Medicina na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), residência em Nutrologia e Metabolismo Pediátrica pela UNIFESP/EPM, Doutorado em Ciências pelo departamento de Endocrinologia Clínica da UNIFESP/EPM, Título/área de atuação em Nutrologia Pediátrica pela ABRAN/SBP. Diretora Clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)/UNIFESP. Membro do grupo de pesquisa "Nutrição e Pobreza" do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP).

⁵ Bacharelado em Nutrição (Universidade São Camilo), Mestrado e Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Profª Associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Avaliação do Consumo Alimentar (GAC/USP)

⁶ Pediatra e Nutrólogo, Professor Associado Doutor do Setor de Medicina do Adolescente - Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, Coordenador do Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi- Sabará Hospital Infantil, Coordenador da Força Tarefa Estilos de Vida Saudáveis do *International Life Science Institute* - ILSI Brasil, PI (Chair) - Estudo Latino Americano de Nutrición y Salud - ELANS e do estudo Brasileiro de Nutrição e Saúde – EBANS, Membro dos Departamentos de Nutrologia da SPSP e SBP, Alumni *World Hunger Program United Nations University*, Alumni *Kellogg's Foundation* - Leadership Program: Partners of the Americas VII, Diretor da Nutrociência Assessoria em Nutrologia.



SUMÁRIO

Resumo	4
Introdução	5
Problemática	7
• O começo de tudo: o papel da nutrição adequada da gestação ao pós-parto	7
• O momento de transição: a alimentação complementar na formação de hábitos saudáveis futuros	8
• O abismo da comunicação: quando as recomendações de profissionais de saúde não são ouvidas	9
Possíveis Soluções e Alternativas	10
• Fragmentando para ampliar: quando o olhar localizado se torna parte da solução global ..	10
- Estratégia 1: Puericultura antenatal nos serviços de saúde	12
- Estratégia 2: Formação em ação para profissionais da Estratégia de Saúde da Família em alimentação complementar	13
- Estratégia 3: Redução da desigualdade na qualidade da dieta com foco na família.....	15
- Estratégia 4: Participação social e centralidade do indivíduo para a comunicação assertiva de profissionais de saúde	15
Conclusão	18
Pontos para discussão	19
Referências	20



Resumo

Embora a atenção à saúde da criança seja um eixo prioritário de diversos programas e políticas públicas desenvolvidos ao longo das décadas, as iniciativas implementadas ainda não foram suficientes para superar desafios relevantes para o desenvolvimento integral e melhoria do estado nutricional dessa faixa etária. Os principais momentos envolvidos nos aspectos iniciais do desenvolvimento da criança compreendem a gestação, a amamentação e a alimentação complementar e são determinantes nos aspectos futuros da saúde e estado nutricional infantil. Portanto, estratégias direcionadas para a abordagem de problemas que envolvem esses três importantes períodos da vida têm o potencial de impactarem positivamente para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e segurança alimentar nessa faixa etária. Em um país com a extensão territorial como o Brasil, os diferentes contextos regionais, culturais e sociais podem dificultar a execução de programas e políticas de abrangência generalizada. O custo operacional e profissional é extenso, além do tempo elevado que é necessário ser dispendido para aplicação, acompanhamento e avaliação das intervenções. Além disso, a mudança de comportamentos é dependente de diversos fatores que contemplam não apenas o indivíduo, mas o ambiente e estrutura social nos quais estes estão inseridos. Projetos e políticas voltados para a construção e modificação de hábitos devem considerar, portanto, a integralidade desses fatores. Medidas efetivas e que atuem, portanto, nas diversas causas do problema devem considerar um contexto intersetorial, localizado e que contemple e integre profissionais, universidades, gestores e comunidade.



Introdução

A atenção à saúde da criança figura-se como eixo prioritário de diversos programas e políticas públicas desenvolvidos ao longo das décadas. Iniciativas como o Programa Nacional de Imunização, a suplementação de micronutrientes carenciais (ferro, ácido fólico, vitamina A) e o monitoramento longitudinal da situação nutricional da gestação aos primeiros anos de vida contribuíram para importantes mudanças nos indicadores de saúde e desenvolvimento infantil. O aumento da cobertura de vacinas, a diminuição na prevalência da subnutrição, tanto na forma aguda (*wasting*) como crônica (*stunting*) e carências nutricionais e a ampliação no acesso à serviços de saúde tiveram impactos favoráveis, sobretudo, na mortalidade infantil.

No entanto, embora tais políticas e programas reforcem a priorização da criança no âmbito do cuidado em saúde, essas iniciativas ainda são deficientes em lidar, de forma efetiva, com desafios relevantes para o desenvolvimento integral e melhoria do estado nutricional dessa faixa etária.

A qualidade e frequência do acompanhamento pré-natal ainda são limitadas, com diversas gestantes não realizando, sequer, o número mínimo de consultas preconizadas; a prevalência e duração do aleitamento materno ainda é um desafio, mesmo com diversas políticas e diretrizes orientadoras dessa prática; e semelhantemente, a alimentação complementar e as práticas alimentares nos primeiros anos de vida distanciam-se consideravelmente das recomendações.

Como consequência, alguns importantes indicadores de saúde da criança ainda são obstáculos no contexto atual. O elevado número de prematuros e crianças com baixo peso ao nascer constituem umas das principais causas de morte evitável no primeiro ano de vida. Embora o Brasil tenha saído do mapa da fome em 2014, nos últimos cinco anos o problema da fome voltou a crescer mais de 40% no território nacional¹, aumentando o número de pessoas em situação de insegurança alimentar.

Além disso, a qualidade da alimentação desde os primeiros meses de vida tem contribuído para o surgimento de outros cenários, como o aumento do sobrepeso e obesidade em crianças cada vez mais jovens, em concomitância com deficiências nutricionais, numa condição denominada “fome oculta”. A persistência desses problemas evidencia a fragilidade na execução de políticas e programas atuais, e realçam a necessidade de uma abordagem integral, que atue efetivamente, e não seletivamente, na saúde e alimentação da criança.



Considerando o contexto dos problemas apontados, o período inicial de formação e desenvolvimento infantil contribui para importantes repercussões na saúde futura do ser humano. Desde a gestação, vários aspectos como a programação metabólica e o desenvolvimento do sistema nervoso central, têm a oportunidade de se configurarem de maneira adequada e saudável, com repercussões para as faixas etárias posteriores².

Já é reconhecido que, ainda no período gestacional, a alimentação materna tem um papel protagonista sobre a saúde do bebê. Após o nascimento, a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida é fator determinante da saúde da criança, podendo impactar, inclusive, na vida adulta. Por fim, o período de introdução alimentar até a completa transição para a alimentação da família pode moldar não apenas a qualidade da dieta da criança ao longo da vida, mas principalmente seus hábitos alimentares e sua relação com a comida.

A tríade dos principais momentos envolvidos nos aspectos iniciais do desenvolvimento infantil - gestação, amamentação e alimentação complementar é determinante nos aspectos futuros da saúde e estado nutricional infantil. Portanto, estratégias direcionadas para a abordagem de problemas que envolvem esses três importantes períodos da vida da criança têm o potencial de impactarem positivamente para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e segurança alimentar nessa faixa etária.

Ademais, em vista da possibilidade de seleção das estratégias que apresentem melhores resultados (desfechos em saúde) em relação aos recursos investidos, a otimização do investimento realizado gera foco em ações com maior valor social (*value for money*) de melhor potencial para disseminação em diferentes regiões do país, a partir de planejamento de políticas públicas baseadas em evidências.

Ao longo de décadas, diferentes políticas públicas e programas de saúde têm sido implementados e extintos sem maior consideração sobre recursos utilizados durante sua operacionalização em comparação com efeitos resultantes das ações conduzidas. Um dos principais problemas de descontinuidades de programas de saúde ou mudanças abruptas na orientação de políticas públicas de saúde reflete-se em baixa aderência da população às recomendações de profissionais de saúde, em vista das dúvidas e da confusão gerada pela instabilidade das ações governamentais³. Assim, a adoção de uma visão incremental na implementação, no monitoramento e na avaliação de políticas e programas de saúde permite planejamento prévio com



maiores taxas de sucesso na disseminação de ações estratégicas em saúde, assim como redirecionamento de atividades cujos resultados estejam aquém do esperado⁴.

Problemática

- **O começo de tudo: o papel da nutrição adequada da gestação ao pós-parto**

O papel da nutrição materna é um fator reconhecido por influenciar importantes aspectos no desenvolvimento infantil e formação de hábitos em fases posteriores da vida da criança. Nesse contexto, um estado de saúde materno marcado por desnutrição, carências nutricionais, baixa qualidade da dieta e presença de outros fatores de risco modificáveis, como tabagismo podem refletir nas condições de saúde do feto não apenas no nascimento, mas com consequência ao longo da vida.

Uma gestação exposta a esses fatores pode apresentar maior risco para parto prematuro, baixo peso ao nascer ou bebês grandes para idade gestacional (GIG), que por sua vez, são condições que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil adequados e estão associadas com a elevação no risco de desenvolvimento de doenças crônicas até a idade adulta.

Em diversos contextos no país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, o estado nutricional de gestantes é determinado pelo efeito cumulativo de múltiplos fatores como o acesso limitado a alimentos de qualidade e em quantidade suficientes, sobretudo como consequência de baixo nível socioeconômico, estando expostas ainda, a outros fatores que ampliam os casos de morte na infância, como as precárias condições sanitárias e o baixo nível de escolaridade⁵. A disponibilidade e qualidade do acesso a serviços de saúde e acompanhamento pré-natal também são relevantes e frágeis no território brasileiro.

A qualidade e frequência do acompanhamento pré-natal ainda é um desafio a ser superado. Existe baixa cobertura por profissionais qualificados, resultando na dificuldade de acesso e consequente priorização no atendimento, exclusivamente, de gestantes de alto risco.

Embora reconheçam e discutam temáticas relevantes para a saúde e alimentação infantil nos atendimentos, as abordagens informativas não são suficientes para resolução das causas dos problemas. A amamentação, por exemplo, mesmo com a constante orientação nos serviços e atendimentos e a elaboração de



políticas e programas de incentivo a essa prática, é uma dimensão na qual observa-se taxas de desmame e introdução alimentar precoces ainda elevadas.

Isso demonstra que, nem sempre, o reconhecimento do problema, os processos de conscientização e a orientação acerca da importância de tais fatores são necessariamente convertidos em ações práticas no cotidiano e suficientes para promoverem mudanças de hábitos e melhoria dos indicadores de interesse.

- **O momento de transição: a alimentação complementar na formação de hábitos saudáveis futuros**

Outro momento fundamental na formação de hábitos e escolhas alimentares saudáveis diz respeito ao processo de introdução de alimentos complementares, que deve ocorrer após os 6 meses de vida. Porém, essa fase, para boa parte das famílias, é um processo permeado de dúvidas, preocupações e dificuldades. É também nesse período, que a alfabetização do paladar se intensifica com novas consistências, cores e sabores, mas também é fase de maior risco de exposição a alimentos inadequados e de baixo valor nutricional.

Essa fase requer ampla atenção dos profissionais de saúde, utilizando-se dos conhecimentos prévios e êxitos das famílias atendidas, apresentando empatia e disponibilidade, aspectos decisivos e tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma introdução da alimentação complementar adequada⁶.

No entanto, a alimentação complementar de crianças no Brasil, muitas vezes, é marcada pela ingestão precoce e elevada, especialmente de açúcar de adição, doces, biscoitos e alimentos altamente calórico, mas pobres nutricionalmente. A maioria das crianças recebe leite de vaca prematuramente, em substituição ou complemento ao leite materno, sendo consumido por, aproximadamente, 80% das crianças entre 12-60 meses. Isso resulta em um consumo excessivo de proteínas, o que tende a reduzir o consumo de outros alimentos não-lácteos, além de poder ocasionar importantes deficiências nutricionais como ferro, vitamina A e fibras⁷.

Os fatores que têm participação na qualidade da dieta nos primeiros meses de vida são diversos, e nem sempre, iniciativas de orientação sobre o valor nutricional e escolhas alimentares saudáveis são suficientes. Questões como acesso e disponibilidade à alimentos de qualidade, estilo parental permissivo, participação ativa da família no planejamento e incentivo de práticas alimentares adequadas, exposição precoce e indevida de equipamentos eletrônicos são desafios que precisam ser



reconhecidos e abordados, para o desenvolvimento de estratégias multifacetadas que consigam incorporar a complexidade desses fatores em promover alimentação saudável de forma efetiva.

- **O abismo da comunicação: quando as recomendações de profissionais de saúde não são ouvidas**

Historicamente, a construção de políticas de incentivo à amamentação, promoção da alimentação infantil adequada e acompanhamento de gestantes e puérperas para contemplação dos aspectos iniciais do desenvolvimento infantil tem focado em estratégias educativas verticalizadas. Diversos projetos voltados à capacitação e qualificação do trabalho de profissionais envolvidos nesse contexto, sobretudo no nível da atenção primária à saúde, têm sido publicados e realizados ao longo do tempo.

A atuação desses profissionais busca, portanto, conscientizar os sujeitos envolvidos acerca da importância desses fatores por meio de palestras, aconselhamento nutricional e processos de educação alimentar baseados, principalmente, na transmissão do conhecimento, e raramente, por meio de uma comunicação participativa e que promova o protagonismo de todos os indivíduos envolvidos.

No entanto, essas estratégias não conseguem fazer com que o conhecimento repassado seja convertido em práticas efetivas no cotidiano do público-alvo. Em parte, porque observa-se que os processos de educação permanente das equipes de ESF, na maioria das vezes, são realizados por atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando metodologias centradas nos professores, com ênfase na transmissão de conhecimentos e separando intervenções educacionais e desempenho⁸.

Essas “microintervenções” educacionais são inefetivas e apresentam altos custos diretos e indiretos pelo tempo subtraído constantemente do trabalho dos profissionais nas unidades de ESF. As chamadas tecnologias leves, mas complexas, como aquelas ligadas ao autocuidado apoiado, não são, em geral, ofertadas na ESF como rotina. Temos, portanto, além de um problema educacional importante, baixa densidade tecnológica nesse cenário⁶.

É importante reconhecer que, a alimentação vai além do ato biológico, sendo também uma prática social. Por isso, as abordagens voltadas à promoção de hábitos



alimentares adequados não devem ser construídas com base exclusivamente ou preponderantemente no contexto fisiológico do alimento. Portanto, as iniciativas devem considerar a complexidade de determinantes envolvidos nas escolhas alimentares e irem além da saudabilidade do alimento ou do seu papel na saúde do indivíduo.

O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares possuem papel de destaque na alimentação infantil, determinando, geralmente, a qualidade nutricional e quantidade de alimentos, as preferências alimentares, o tempo e o intervalo entre as refeições e as práticas e comportamentos alimentares da criança. Por isso, fatores culturais, econômicos e psicossociais da família são de grande relevância e impactam na formação de experiências positivas com impacto na alimentação infantil.

Políticas de mais capacitações e formações de profissionais, voltados para a “educação” de pessoas sobre o tema não são efetivas, pois não conseguem converter, necessariamente, as orientações e informações recebidas em ações práticas no dia a dia. O conceito de qualificação do processo de cuidado precisa ir além do formar para informar. Precisa encontrar maneiras de extrapolar a barreira da comunicação e fazer com que os profissionais sejam agentes de mudança, e não apenas informadores.

Possíveis Soluções e Alternativas

- **Fragmentando para ampliar: quando o olhar localizado se torna parte da solução global**

Em um país com a extensão territorial como o Brasil, os diferentes contextos regionais, culturais e sociais podem dificultar a execução de programas e políticas de abrangência generalizada. O custo operacional e profissional é extenso, além do tempo elevado que é necessário ser dispendido para aplicação, acompanhamento e avaliação das intervenções.

Uma proposta para contornar esses obstáculos é a descentralização do planejamento, execução e avaliação de iniciativas. A estratégia principal focaria na criação de pequenos “centros sentinelas” de intervenções palpáveis, que possam facilitar a geração de conhecimentos e evidências científicas com poucos recursos. Esses núcleos seriam o centro de atuação do pediatra, ligados a outros serviços de saúde, universidades ou cidades, em diferentes regiões do país.



Além da parceria com universidades distribuídas pelas diferentes regiões do território nacional, para uma atuação relevante e eficaz desses centros de monitoramento faz-se necessário, também, o empoderamento e participação ativa de gestores e o engajamento da comunidade. Uma estratégia passível de exploração desse potencial é a iniciativa “Prefeito Amigo da Criança”, da Fundação Abrinq, que mobiliza a implementação de ações e políticas públicas que promovam e garantam os direitos das crianças e dos adolescentes⁹. Portanto, um programa piloto poderia explorar o potencial de municípios já comprometidos e dedicados em ações de interesse na temática abordada, para a implementação dos centros sentinelas a partir de uma parceria público-privada.

Centros regionalizados em todas as partes do país, num contexto de inclusão de centenas de profissionais em um único projeto de monitorização do alimento e estado nutricional, com intervenções imediatas e pontuais, preventivas e adaptadas a realidade local, tais como:

- Mini coortes de seguimento de gestantes até o nascimento e acompanhamento da criança em consultas regulares até o segundo ano de vida;
- Formação de pediatras integrados a outros profissionais de saúde;
- Monitoramento de um sistema de avaliação do pré-natal ao início da vida escolar;
- Monitoramento constante de intervenções educativas e medidas antropométricas;
- Medidas simples de orientação ao aleitamento natural, introdução de alimentação complementar, suplementação vitamínica e marcos do desenvolvimento;
- *Softwares* de integração com a família, explorando o papel da consulta eletrônica como complementação ao atendimento presencial.

Como medida de acompanhamento de curto prazo, os centros espalhados pelo país fariam a coleta e sistematização dos dados para um núcleo central. As ações seriam direcionadas e localizadas, acompanhadas a distância; os resultados seriam mensurados de forma universal e prática. Estratégias direcionadas podem ser



desenvolvidas em cada um dos centros, com potencial para contribuírem para o alcance de objetivos focalizados na problemática abordada, conforme propostas que seguem:

Estratégia 1: Puericultura antenatal nos serviços de saúde

A Puericultura é a parte da pediatria voltada ao acompanhamento amplo da vida infantil, incluindo essencialmente os aspectos de promoção à saúde. Já existem inúmeros documentos, em todo o mundo, recomendando que ela se inicie precocemente, até mesmo antes da concepção, no que se convencionou chamar de puericultura pré-concepcional; nesse caso, o pediatra participaria do processo de aconselhamento do casal que pretende ter filhos, a fim de que a concepção ocorra de maneira mais saudável possível. Entretanto, mesmo que tal precocidade seja difícil de obter, pelo menos durante o período gestacional, seria fundamental o acompanhamento do pediatra. Essa área da saúde da criança é conhecida como Puericultura Antenatal¹⁰.

Existem recomendações diversas quanto à frequência de consultas e abordagens para essa prática. De maneira geral, recomenda-se que o pediatra atenda à mãe gestante, de preferência junto também ao pai, pelo menos uma vez a cada trimestre da gravidez. Portanto, como parte desta proposta de acompanhamento ampliado, seriam recomendadas diversas abordagens com foco na saúde da criança:

- Acompanhamento do crescimento embrionário e fetal, através de medidas antropométrica da mãe (peso, circunferência abdominal, altura uterina) e de avaliações ultrassonográficas;
- Abordagem de doenças e comportamentos maternos com repercussão fetal, tais como hipertensão arterial, tabagismo, diabetes gestacional e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs);
- Abordagem com foco na nutrição materna, desde a prevenção da obesidade e da subnutrição, consumo de micronutrientes, alimentos funcionais e qualidade global da dieta;
- Estímulo precoce ao aleitamento materno e medidas preventivas de não amamentação ou desmame precoce;



- Treinamento sobre cuidados de higiene para o recém-nascido, incluindo banho e cuidados com coto umbilical;
- Prevenção precoce de acidentes na infância, incluindo queimaduras durante o banho, quedas e asfixia, com o reforço da importância da puericultura pós-natal;
- Preparação sobre imunizações, destacando sua importância, calendário, orientações sobre exame “do pezinho”, sua relevância e expectativas sobre o que pode ser detectado;
- Aspectos legais, incluindo registro da criança;
- Orientações sobre alimentação complementar, incluindo momento de início, preparo e qualidade nutricional, com prevenção ao uso de chupetas e mamadeiras.

A proposta poderia implementar, através de um projeto piloto, em algumas unidades de saúde em diferentes partes do país, programas de Puericultura Antenatal, em que o pediatra faria três atendimentos, um a cada trimestre, junto à gestante. Alguns desfechos poderiam ser esperados e medidos durante o período de um ano, a fim de se avaliar a efetividade da intervenção, tais como:

- Prevalência de aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento do lactente;
- Adesão aos programas de imunização;
- Incidência de acidentes e de tabagismo passivo.
- Avaliação de medidas de higiene e cuidados com o lactente;
- Prevalência de uso de chupetas e mamadeiras; dentre outros.

Estratégia 2: Formação em ação para profissionais da Estratégia de Saúde da Família em alimentação complementar

O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir, para a comunidade que assiste, os conceitos técnicos de forma prática, em linguagem simples e acessível, como por exemplo, as técnicas adequadas



de preparo, noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento.

A ESF foca na melhora de práticas de saúde básica, prevenção, detecção precoce de problemas de saúde, por meio de visitas e interações recorrentes com as famílias. O convívio permite ensinar aos familiares mudanças de hábitos, como boas práticas de preparação de alimentos, higiene e limpeza.

Observa-se entre os profissionais de saúde do setor público que o conhecimento técnico sobre aleitamento materno é superior quando comparado aos conhecimentos sobre alimentação complementar. Porém, não basta ao profissional ter os conhecimentos técnicos sobre a alimentação complementar, é necessário também que ele saiba se comunicar da melhor forma.

Desta forma, a presente proposta se baseia em processo de educação permanente em alimentação complementar em formato híbrido de atividades conceituais e formação em ação para as equipes da ESF com vista a:

- Ampliar conhecimentos de alimentação complementar;
- Aprimorar a habilidade de comunicação dos profissionais no tema da Alimentação Complementar utilizando a ferramenta desenvolvida no projeto¹¹ “*Experiências que Alimentam*”;
- Aprimorar práticas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN);
- Capacitar profissionais de saúde para condução de conversas significativas em “Educação em Saúde”;
- Desenvolver modelo digital da ferramenta acima descrita.

* Projeto de 24 meses de duração que, por meio de construção colaborativa, teoria da mudança e *design thinking*, desenvolveu material de facilitação e apoio para o diálogo entre familiares e profissionais de saúde no tema da alimentação complementar.



Estratégia 3: Redução da desigualdade na qualidade da dieta com foco na família

Considerando a família como contexto básico social em que padrões comportamentais saudáveis e não saudáveis são desenvolvidos e mantidos, esta serve como ponto de referência para o desenvolvimento de hábitos comportamentais. A internet móvel, principalmente o uso de smartphones tem sido provado como uma alternativa viável as conexões online fixas no Brasil.

Cerca de 112,7 milhões de brasileiros tem acesso a internet móvel, e aplicativos de mensagens instantâneas, como “WhatsApp” utilizado por 93% da população¹². Para se utilizar desse meio de comunicação em potencial para a disseminação de conhecimentos, a presente proposta é baseada na ampliação de intervenções presenciais para formações continuadas por meios tecnológicos. As ações desenvolvidas podem incluir:

- Adaptação de tecnologias móveis para mensagens de hábitos saudáveis, considerando aspectos culturais de cada região e disponibilidade de alimentos regionais para as gestantes, mães e famílias;
- Políticas de incentivo aos alimentos de proteção a saúde, com redução de preço e valorização social de alimentos regionais¹³;
- Engajamento das famílias para orientação a partir de líderes comunitários na construção de mensagens sobre alimentação saudável, com atuação da própria população por meio de participação ativa em formas de preparo com redução de sal, açúcar, gordura, a partir de itens de disponibilidade da população.

Estratégia 4: Participação social e centralidade do indivíduo para a comunicação assertiva de profissionais de saúde

O contexto social exerce papel preponderante nas estratégias utilizadas na alimentação da criança. As práticas alimentares são oriundas não apenas de conhecimentos, mas de vivências e experiências, construídas a partir das condições socioculturais e do saber científico e popular de cada época. Assim, o cuidado em saúde, a formação de hábitos e as decisões pelos pais e/ou cuidadores acerca da alimentação da criança antes de sua autonomia de escolhas são permeados por crenças e influências muito além da relação com profissionais de saúde. A rede de



contato e o vínculo comunitário são também determinantes na formação de práticas envolvendo o cuidado com a criança e, sobretudo, a amamentação e alimentação infantil.

Muitas vezes, a orientação e acompanhamento profissional são substituídos pelo “conselho” de outros membros da família que já vivenciaram a mesma experiência, como mães ou avós. Contudo, são realidades que não precisam ser excludentes, mas sim complementares. Pessoas se conectam com pessoas e com realidades sementes às delas. Portanto, trabalhar o aconselhamento profissional com empatia é essencial.

O incentivo ao protagonismo do indivíduo pode ser um espaço de abertura para multiplicação de informações do ponto de vista de realidades semelhantes às da comunidade, ajudando a quebrar a barreira da comunicação e fazendo com que o que o profissional fala seja o que a comunidade também fala e reproduz. Para isso, os sujeitos precisam ser vistos e reconhecidos com suas singularidades e realidade. O discurso não deve distanciar nem desmerecer o conhecimento prévio dos indivíduos.

O trabalho em conjunto com a comunidade, a partir de líderes comunitários e agentes comunitários de saúde (ACS) pode ser uma iniciativa de incentivo ao protagonismo individual e reconhecimento da comunidade nos espaços de promoção à saúde. Algumas estratégias de aproximação e fortalecimento do papel saúde-comunidade podem incluir:

- Criação de “espaços de acompanhamento e desenvolvimento infantil” numa rede articulada de profissionais de saúde, mas com abertura para socialização de mães e gestantes, esclarecimento de dúvidas, orientações em grupos a partir de experiências da comunidade;
- Projetos de rádios comunitárias como espaço de escuta, mas também de fala, com participação da comunidade. Não apenas um instrumento de informação exclusiva de profissionais, mas uma oportunidade de inclusão da comunidade como convidados e participantes ativos. Líderes comunitários, mães, gestantes, cuidadores em conjunto com profissionais, para discussões a partir da realidade trazida pelos próprios ouvintes, numa aproximação de realidades “parecidas” e reconhecimento da comunidade na promoção da saúde;



- Utilização de tecnologias para gravação e disseminação do conteúdo produzido pelos espaços, como a rádio. Gravação em formato de *podcasts* e disponibilizados em mídias sociais dos serviços de saúde, podendo ser utilizados posteriormente em outros momentos de formação, como divulgação em salas de espera de unidades de saúde. Os ACS podem ser atores importantes na aproximação da comunidade e do projeto, atuando na captação e incentivo a participação, como também na divulgação do material dentro da própria comunidade, como por exemplo, ser utilizado durante as visitas domiciliares como um “produto da própria comunidade” em ajudar a esclarecer dúvidas e mitos a respeito de anseios futuros de outras mães e gestantes. Um mecanismo de comunicação produzido ‘com’ o povo e não ‘para’ o povo.

A avaliação de custos relativos à operacionalização das atividades implementadas em cada centro em relação aos resultados obtidos em saúde infantil permitiria seleção das melhores estratégias em termos de valor social por recurso investido, assim como projeção das condições necessárias para ampliação da cobertura e disseminação das ações para outras localidades (*scaling up*), particularmente pela incorporação da participação social nos processos avaliativos¹⁴.

A estimativa dos custos diretos específicos das ações em saúde seria baseada em mensuração dos recursos necessários para operacionalização de cada atividade, seguida de atribuição do valor unitário de cada recurso empregado, a partir de seis vertentes¹⁵:

- 2) Identificação das atividades realizadas em cada ação de saúde, por meio de aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado a profissionais de saúde envolvidos na execução das ações propostas;
- 3) Verificação dos recursos humanos, equipamentos e insumos utilizados em cada atividade;
- 4) Mensuração do tempo dedicado pelos recursos humanos e tempo de uso dos equipamentos, assim como volume de insumos empregados para cada atendimento da atividade;
- 5) Levantamento dos valores monetários dos recursos envolvidos nas atividades (salários por hora de trabalho de recursos humanos, custo e tempo de duração de equipamentos e preço unitário de cada insumo);



- 5) Cálculo dos custos diretos específicos de cada atividade pela multiplicação dos recursos em relação ao valor monetário por unidade de medida;
- 6) Estimativa do custo total da ação em saúde pela soma dos custos diretos específicos de cada atividade envolvida em sua operacionalização.

Em seguida, a partir de dados de resultados obtidos em cada ação em saúde, seria possível estimar a razão custo-efetividade, permitindo a comparação das ações implementadas para seleção das melhores alternativas para disseminação em políticas e programas de saúde em nível municipal nas diferentes regiões do país.

Por fim, a incorporação de elementos de análise de sensibilidade probabilística no processo de avaliação das ações em saúde possibilitaria estimativa dos desfechos em saúde esperados em nível populacional, a partir do investimento necessário para universalização do atendimento à população alvo das intervenções, promovendo maior confiabilidade no processo de difusão das atividades. Ademais, a adoção de abordagem incremental no redirecionamento de ações com menor impacto sobre saúde da criança evitaria rupturas traumáticas nas atividades de saúde pública, gerando maior consistência, continuidade e confiabilidade nas políticas e programas de saúde¹³.

Conclusão

Por que desafios presentes há quase um século na agenda política do país ainda não foram adequadamente e permanentemente superados? A mudança de comportamentos é dependente de diversos fatores que contemplam não apenas o indivíduo, mas o ambiente e estrutura social nos quais estes estão inseridos, assim como valor social das atividades realizadas, promoção de continuidade nas ações com melhores resultados e redirecionamento de intervenções de menor impacto sobre saúde populacional.

Projetos e políticas voltados para a construção e modificação de hábitos devem considerar, portanto, a integralidade desses fatores. A oferta de serviços, qualificação do cuidado e capacitação profissional são iniciativas relevantes e válidas que contemplam parte do problema. Medidas efetivas e que atuem, portanto, nas diversas causas do problema devem considerar um contexto intersetorial, e que contemple e integre profissionais, gestores e comunidade.



Pontos para Discussão:

- Como essa proposta de projeto poderia contribuir com o cenário e realidade local do município para a melhoria dos indicadores de saúde da criança? Quais seriam potenciais limitações ou dificuldades para implantação? (Público: **GESTORES**)
- Por que essa proposta seria factível na localidade da Universidade? Como a Universidade poderia contribuir para a execução da proposta? O que torna esta Universidade um centro sentinela de interesse? (Público: **UNIVERSIDADES**)
- Qual o papel da mídia na adesão das ações propostas? Como esta pode ajudar a estreitar o vínculo com a comunidade e disseminar o projeto entre os diversos setores de interesse? Que tipo de retorno esperado da cobertura das ações e resultados para a potencial visibilidade do projeto? (Público: **JORNALISTAS**)
- como o projeto apresentado está alinhado com a missão e visão da entidade/fundação? (Público: **FUNDAÇÕES E ENTIDADES DE FOMENTO**)



Referências

1. Bôas BV, Saraiva A. Fome volta a crescer no Brasil e atinge 10,3 milhões, aponta IBGE. [Online] **Valor Econômico**. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/09/17/fome-volta-a-crescer-no-brasil-e-atinge-103-milhoes-aponta-ibge.ghtml>>. Acesso em: 19 out 2020.
2. Dattilo AM, Saavedra JM. Nutrition Education: Application of Theory and Strategies during the First 1,000 Days for Healthy Growth. In: Nutrition Education: Strategies for Improving Nutrition and Healthy Eating in Individuals and Communities. **Karger Publishers**, 2020. p. 1-18.
3. Sarti FM, Haddad MR, Santana ABC. Histórico das políticas públicas de alimentação e nutrição em saúde no Brasil. In: Sarti FM, Torres EA (Orgs.). Nutrição e saúde pública - produção e consumo de alimentos. Barueri: Manole; 2017.
4. Nita ME, Campino ACC, Secoli SR, Sarti FM, Nobre MRC, Costa AMN, Ono-Nita SK, Carrilho FJ. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: ARTMED; 2010.
5. Campos CAS, Malta MB, Neves PAR, Lourenco BH, Castro MC, Cardoso MA. Ganho de peso gestacional, estado nutricional e pressão arterial de gestantes. **Rev Saude Publica**. 2019;53:57.
6. Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância. Estudo impactos da estratégia saúde da família e desafios para o desenvolvimento infantil: estudo 5. São Paulo : **NCPI**, 2019. 36 p.
7. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. **Jornal de Pediatria**. 2013;89(6): 608-613.
8. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.
9. Fundação Abrinq. Programa Prefeito Amigo da Criança. [Online] **Fundação Abrinq**. Disponível em: <<https://www.fadc.org.br/o-que-fazemos/programa-prefeito-amigo-da-crianca>>. Acesso em: 19 out 2020.
10. Ricco RG, Del Ciampo LA, Nogueira-de-Almeida CA. Puericultura: princípios e práticas: atenção integral a saúde da criança. São Paulo: **Atheneu**; 2000.
11. Centro de Recuperação e Educação Nutricional. Relatório Final do projeto “Experiências que alimentam”. **CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional**, 2019.
12. Department SR. Internet usage in Brazil: Statistics & Facts. In. Internet: Demographics & Use: **Statista Research Department**; 2020.
13. Mello AV, Sarti FM, Pereira JL, Goldbaum M, Galvão CLG, Fisberg RM. Determinants of inequalities in the quality of Brazilian diet: trends in 12-year population-based study (2003-2015). **International Journal for Equity in Health**. 2018; 17:1-11.
14. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3 rd . Edition. New York: Oxford University Press; 2005.
15. Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promotion International*. 2007; 22(4):271-83.