UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

IVINY SANTOS DE LIMA

INSEGURANÇA ALIMENTAR, QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM MULHERES GESTANTES E NÃO GESTANTES

João Pessoa

2022

IVINY SANTOS DE LIMA

INSEGURANÇA ALIMENTAR, QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM MULHERES GESTANTES E NÃO GESTANTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição. Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

João Pessoa

2022

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732i Lima, Iviny Santos de.
Insegurança alimentar, qualidade de vida e ansiedadeem mulheres gestantes e não gestantes / Iviny Santos deLima. - João Pessoa, 2022.
61 f.: il.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Insegurança alimentar. 2. Ansiedade. 3. Qualidadede vida. I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Título.

UFPB/CC CDU 338.439-055.2(043.2)

Elaborado por Jadson Videres Pamplona - CRB-15: PB000366/0

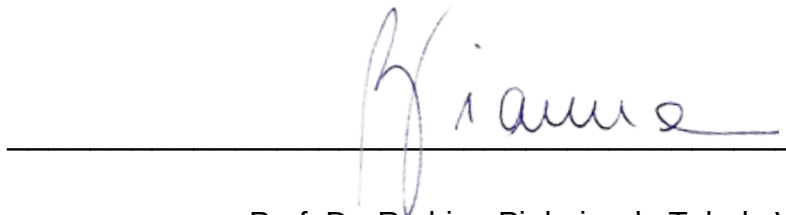
IVINY SANTOS DE LIMA

INSEGURANÇA ALIMENTAR, QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM MULHERES GESTANTES E NÃO GESTANTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 12 de dezembro de 2022.

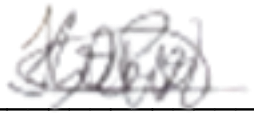
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Universidade Federal da Paraíba

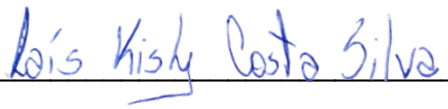
SS(Orientador)



Me. Flora Luiza Pereira do Nascimento Freire

Universidade Federal da Paraíba

(Membro Examinador)



Me. Laís Kisly Costa Silva

Universidade Federal da Paraíba

(Membro Examinador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças e iluminar o meu caminho e escolhas todos os dias.

Sou eternamente grata aos meus pais, Janyse Santos e Lívio Lima, que me orientam e incentivam todos os dias a ser alguém melhor, buscando o caminho da bondade, humildade e amor. Espero um dia poder retribuir tudo o que vocês são para mim.

Aos meus irmãos, Livia, André e Kleber, por sempre acreditar em mim e estar comigo em todos os momentos importantes da minha vida.

Ao meu namorado, Leandro de Oliveira, que todos os dias me faz sentir a pessoa mais especial e feliz do mundo. Obrigada por sempre acreditar no meu potencial.

As minhas tias Janette *(in memoriam),* Josane e Joselma*;* as minhas primas Julianny Mara e Elza Luiza; aos meus sobrinhos Cauã e Maria Júlia, obrigada por trazerem alegria e leveza para minha vida. Sou grata a Deus pela família que tenho.

Agradeço as minhas amigas Milena Ramalho e Márcia Celina, que são como uma família para mim. Um agradecimento especial a minha amiga Lays Fonseca, que foi uma fortaleza nesses 4 anos e um presente que a Universidade me deu. A minha amiga Yasmin Andrade, presente em minha vida desde o berçário. Sou eternamente grata pelo companheirismo e amor de vocês.

Ao meu professor orientador Rodrigo Vianna, por toda a dedicação, apoio e incentivo durante a realização deste trabalho. O senhor é um professor excelente, não só por dominar o dom de ensinar, mas por fazê-lo com amor, humildade e humanidade.

Aos membros da banca examinadora, Me. Laís Kisly e Me. Flora Luiza, por aceitarem esse desafio com tanta disposição em contribuir.

Ao presidente Luíz Inácio Lula da Silva, por investir no ensino superior público e incentivar a ascensão dos jovens através da educação e conhecimento.

Por fim, agradeço a todos aqueles que me auxiliaram de alguma forma na realização deste trabalho.

RESUMO

O acesso à alimentação é um direito humano regulamentado por lei, fomentado por meio de políticas públicas que promovem a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Embora a SAN constitua um direito amplamente reconhecido, a insegurança alimentar é um problema que persiste na sociedade brasileira, atingindo em maior frequência as populações e grupos mais vulneráveis, o que pode implicar de forma direta e proporcional na percepção da qualidade de vida e ansiedade. Desse modo, é investigar a relação entre a insegurança alimentar e seus efeitos sobre a percepção da qualidade de vida e ansiedade de mulheres gestantes e não gestantes. Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, que utilizou os dados de um estudo de coorte prospectivo, denominado “Relações de causa e efeito entre a Insegurança Alimentar e condições de saúde”, realizado no período de 2018 a 2020. Foram coletados dados sociodemográficos, situação sobre a segurança alimentar, qualidade de vida e nível de ansiedade de 275 mulheres gestantes e não gestantes recrutadas em Unidades Básicas de Saúde localizadas no Município de João Pessoa/PB. De acordo com a presente pesquisa, os domínios de qualidade de vida total avaliados diminuíram em detrimento do aumento da gravidade da insegurança alimentar. Quando classificadas em situação de segurança alimentar, as mulheres demonstraram ter melhores percepções de qualidade de vida. Observou-se também que as participantes do estudo classificadas com algum grau de insegurança alimentar apresentaram maiores percepções de ansiedade em relação às que se enquadram em situação de segurança alimentar. Os resultados demonstram que a limitação ao acesso à alimentação em quantidade e qualidade adequadas pode diminuir a percepção de qualidade de vida, saúde física, psicológica e bem-estar geral. Com isso percebe-se a necessidade de incentivar e fomentar pesquisas e políticas públicas a respeito da temática de insegurança alimentar e suas consequências aos aspectos físicos, biológicos, mentais e sociais, visando assim uma melhor assistência multiprofissional e governamental a mulheres em período gravídico ou não, que estejam em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-chaves: Insegurança Alimentar. Ansiedade. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Access to food is a human right regulated by law, fostered through public policies that promote Food and Nutritional Security (SAN). Although FNS is a widely recognized right, food insecurity is a problem that persists in Brazilian society, affecting the most vulnerable populations and groups more frequently, and may also directly and proportionally influence the perception of quality of life and anxiety. Thus, the aim of this study is to investigate the relationship between food insecurity and its effects on the perception of quality of life and anxiety of pregnant and non-pregnant women. This is a quantitative epidemiological study, which used data from a prospective cohort study, called "Cause and effect relationships between food insecurity and health conditions", carried out from 2018 to 2020. Sociodemographic data were collected, situation regarding food security, quality of life and level of anxiety of 275 pregnant and non-pregnant women recruited from Basic Health Units located in the city of João Pessoa/PB. According to the present research, the evaluated total quality of life domains decreased at the expense of the increase in the severity of food insecurity. When classified in a situation of food security, women demonstrated to have better perceptions of quality of life. It was also observed that the study participants classified as having some degree of food insecurity had greater perceptions of anxiety in relation to those who fit into a situation of food security. The results show that limiting access to food in adequate quantity and quality can reduce the perception of quality of life, physical and psychological health and general well-being. With this, it is clear the need to encourage and promote research and public policies regarding the theme of food insecurity and its consequences for physical, biological, mental and social aspects, thus aiming at better multidisciplinary and governmental assistance to women in pregnancy or not, who are in a situation of social vulnerability.

Keywords: Food Insecurity. Anxiety. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

QV	Qualidade de vida
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHOQOL – BREF	Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Abreviação
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
HFSSM	Módulo de Pesquisa de Segurança Alimentar Domiciliar
SA	Segurança Alimentar
IA	Insegurança Alimentar
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
TCM	Transtornos Mentais Comuns
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Características sobre os níveis de situação da segurança alimentar. 25

Quadro 2 - Domínios e facetas da Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - BREF 26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação e pontos de corte referente a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. 25

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 29

Tabela 3 - Comparação da idade das mulheres de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 29

Tabela 4 - Estado civil de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019 29

Tabela 5 - Tipo de construção da residência de acordo ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 30

Tabela 6 - Comparação do chefe domiciliar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 30

Tabela 7 - Distribuição da raça de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 31

Tabela 8 - Nível de escolaridade de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 31

Tabela 9 - Comparação de beneficiárias de auxílios governamentais, de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 32

Tabela 10 - Empregabilidade de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 32

Tabela 11 - Soma da renda domiciliar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 33

Tabela 12 - Qualidade de vida de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 33

Tabela 13 - IDATE para ansiedade traço e estado de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 34

Tabela 14 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019. 35

Tabela 15 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as não gestantes. João Pessoa, 2018-2019. 35

Tabela 16 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes. João Pessoa, 2018-2019. 37

Tabela 17 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 38

Tabela 18 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 39

Tabela 19 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em mulheres não gestantes. João Pessoa, 2018-2019. 39

Tabela 20 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 40

Tabela 21 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 40

Tabela 22 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as mulheres não gestantes. João Pessoa, 2018-2019. 41

Tabela 23 - Qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as não gestantes no segundo momento. João Pessoa, 2018-2019. 42

Tabela 24 - Qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 43

Tabela 25 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019. 44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **13**

2 REVISÃO DE LITERATURA **15**

2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 15

2.1.1 EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar 16

2.2 ANSIEDADE EM MULHERES GESTANTE E NÃO GESTANTES 17

2.2.1 IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado 18

2.3 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES 19

2.3.1 Escala WHOQOL – BREF: Qualidade de vida 21

3 METODOLOGIA **23**

3.1 TIPO DE PESQUISA 23

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO 23

3.3 CÁLCULO AMOSTRAL 23

3.4 COLETA DE DADOS 24

3.5 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO 24

3.6 ANÁLISE DOS DADOS 27

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 27

4 RESULTADOS **29**

5 DISCUSSÃO **46**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **51**

REFERÊNCIAS **52**

ANEXOS **58**

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **58**

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA **59**

1 INTRODUÇÃO

O acesso à alimentação é um direito humano regulamentado por lei, fomentado por meio de políticas públicas que promovem a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SANTOS, 2020). No Brasil, a segurança alimentar e nutricional é regulamentada pela Lei N° 11.346/2006, conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que define a SAN através da:

> Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (CONSEA, 2006, p.4).

Diante disso, o conceito de segurança alimentar vai além da dimensão nutricional e envolve outros campos do saber como a saúde, a economia, as ciências sociais, a assistência social, psicologia, a educação, a cultura, a agricultura e produção de alimentos, passando pelas prerrogativas dos Direitos Humanos, aos quais sempre correspondem obrigações do Estado e responsabilidades de diferentes sujeitos sociais (indivíduos, famílias, comunidades locais, organizações públicas e privadas) em relação à realização destes direitos (CONSEA, 2006).

Nessa perspectiva, a insegurança alimentar e nutricional (IAN) possui suas origens nas disparidades econômicas, de saúde e educação, nas desigualdades sociais e na fragilidade das políticas públicas que garantem o direito à alimentação. Quando simultâneos, esses elementos são capazes de influenciar o acesso aos alimentos e as escolhas alimentares (COSTA et al., 2022).

A ausência da segurança alimentar é capaz de afetar a saúde física e mental das pessoas. No caso de mulheres em período gestacional, a insegurança alimentar pode impactar negativamente no desenvolvimento fetal e nas alterações deste período. O ato de gestar envolve mudanças necessárias e quando acompanhada com a IA, pode estar associado a demais fatores de risco para a saúde, como anemia, hipertensão, hiperglicemia, depressão, estresse e

ansiedade, repercutindo de forma negativa na saúde mental da mãe e do feto (OLIVEIRA et al., 2017; TOURINHO; REIS, 2012).

No que diz respeito à insegurança alimentar relacionada à saúde mental de gestantes, de acordo com revisão sistemática realizada por Pérez-Escamilla e Vianna (2012), a insegurança alimentar é um mediador importante entre o cuidado materno e o desenvolvimento infantil, podendo comprometer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças. A insegurança alimentar pode levar a ocorrência de transtornos e declínios na saúde mental das pessoas, e quando associada ao binômio mãe-filho, existe a possibilidade da diminuição do cuidado materno, prejudicando assim o desenvolvimento da criança.

Além disso, a insegurança alimentar, que atinge em maior frequência as populações e grupos mais vulneráveis, como gestantes e mulheres em situação socioeconômicas desfavoráveis; crianças e idosos pode influenciar de forma direta e proporcional a percepção de qualidade de vida desses indivíduos. A saúde física, estado psicológico, relacionamento social, níveis de independência, características ambientais e padrão espiritual são domínios de natureza multifatorial que podem definir e mensurar qualidade de vida de uma determinada população (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Diante disso, o presente estudo é relevante para o entendimento acerca da influência da insegurança alimentar sobre a percepção da qualidade de vida e a prevalência da ansiedade em mulheres gestantes e não gestantes. O estudo dessas condições em serviços de saúde comumente frequentados por mulheres, como unidades de saúde e maternidades, pode trazer subsídios para a compreensão do problema pelos profissionais da saúde.

Desse modo, o objetivo deste trabalho é investigar a relação entre a insegurança alimentar e seus efeitos sobre a percepção da qualidade de vida e ansiedade de mulheres gestantes e não gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O conceito de Segurança Alimentar surgiu na Primeira Guerra Mundial (1914-1918) com objetivo de garantir que os países em guerra, principalmente os Europeus, fossem capazes de produzir o seu próprio alimento, a fim de evitar golpes nacionais. Contudo, foi apenas após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) que o conceito de segurança alimentar se tornou mais popular. Nessa época, tinha-se o entendimento de que a (In)segurança alimentar era causada pela escassa produção e disponibilidade de alimentos, sendo mais comum nos países subdesenvolvidos. Entretanto, a partir da década de 80, percebeu-se que a segurança alimentar da população estava muito mais relacionada ao acesso físico, econômico e permanente a quantidades suficientes de alimentos (BURITY et al., 2010).

Em 1992, na Conferência Internacional de Nutrição realizada em Roma, o termo Nutricional foi incorporado ao conceito de Segurança Alimentar. Assim, o seu significado tornou-se mais amplo, de forma a garantir à população o acesso a alimentos seguros, não contaminados biológica ou quimicamente, e de qualidade nutricional, biológica, sanitária e tecnológica (BURITY et al., 2010).

O termo direito humano à alimentação adequada surgiu no ano de 2002, e define que a alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas. O acesso a alimentos seguros e saudáveis deve ser regular, permanente e irrestrito, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, e que garanta uma vida livre de preocupações acerca da falta de alimento, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. Nesse sentido, o direito à alimentação adequada se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção (BURITY et al., 2010).

Embora a segurança alimentar constitua um direito amplamente reconhecido e garantido por lei, a insegurança alimentar é um problema que persiste na sociedade brasileira. De acordo com o Guia Alimentar para a

População Brasileira (2014), a má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo e o Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias. Esse fato relaciona-se com dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, ao revelarem que em 2017 aproximadamente 821 milhões de pessoas no mundo foram incapazes de satisfazer suas necessidades básicas de alimentos (FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS; 2018)

Apesar das políticas públicas defenderem o direito à alimentação adequada, a falta de investimento na área social e a má distribuição de renda permanecem dificultando o alcance apropriado de alimentos à população. Tal desigualdade compromete as condições de alimentação no Brasil. A insegurança alimentar pode estar relacionada a diversos indicadores sociais, como o consumo (ou não) de determinados alimentos, cor da pele, baixa escolaridade e baixa renda familiar (SOARES, 2020).

Diante dos fatos apresentados, há uma ampla compreensão que a insegurança alimentar e nutricional está diretamente associada à economia, nutrição, educação, saúde e fatores psicológicos da sociedade, sendo, portanto, um fenômeno de alta complexidade, não devendo ser discutido de forma unidimensional (MORAIS, 2014).

2.1.1 EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

Devido à complexidade da segurança alimentar, o desenvolvimento e introdução de indicadores faz-se necessário para captar e mensurar as dimensões da insegurança alimentar nos países (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2008).

O Estados Unidos foi pioneiro no desenvolvimento da escala de percepção para avaliação da insegurança alimentar, que desenvolveu um instrumento de medida com 18 itens, o *Household Food Security Survey Module* – HFSSM (BICKEL, 2000). Esta escala é capaz de mensurar o acesso pessoal ou familiar de obter alimentos, em qualidade e quantidades suficientes em um futuro próximo (RADIMER, 1992).

No Brasil, surgiu em 2004 a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), adaptada e validada a partir da escala americana Módulo de Pesquisa de

Segurança Alimentar Doméstica dos Estados Unidos *[United States Household Food Security Survey Module* – US-HFSSM] (PÉREZ-ESCAMILLA, 2004). A EBIA possui 14 perguntas referentes à experiência de insegurança alimentar (IA) e fome percebida pelos residentes de um domicílio nos três meses anteriores à entrevista (BRASIL, 2014).

A escala brasileira permite classificar a família em um quadro de segurança alimentar, em que todas as pessoas têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente; em IA leve, quando há o comprometimento da qualidade e variedade dos alimentos visando a manutenção da quantidade; em IA moderada, ou seja, a insuficiência de alimentos com restrições de sua quantidade e por último, em IA grave, que corresponde a falta do alimento para todos os membros da família, o que inclui conviver com a experiência de fome (BRASIL, 2010).

A aplicação dessa escala no contexto brasileiro possibilita a estimativa da prevalência dos graus de insegurança alimentar e a sua relação com as diversas variáveis sociodemográficas e de saúde da população. Assim, pode subsidiar de forma precisa e específica os programas e políticas públicas de enfrentamento da insegurança alimentar e da fome (POBLACIÓN, 2021).

2.2 ANSIEDADE EM MULHERES GESTANTE E NÃO GESTANTES

O ciclo gestacional é um período de transição, em que a mulher passa por diversas alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais (BRASIL, 2007). Devido ao processo de grande adaptação e exigências, é notória a presença da ansiedade, mesmo que não patológica. A maioria dos estudos que abordam esse tema, relatam o aumento da ansiedade ou da depressão durante a gravidez (PEREIRA; LEAL, 2015).

Durante a gestação, é comum que a mulher vivencie experiências de estresse, ansiedade e momentos de tristeza. Contudo, em algumas mulheres observa-se a exacerbação desses sintomas, o que se associa a uma maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, além de repercutir negativamente para sua saúde, na saúde do bebê e nas relações familiares (MALDONADO, 2005).

A presença de estresse e de estados persistentes de ansiedade e

depressão ao longo da gestação são fatores de risco para desfechos obstétricos como o parto pré-termo, baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto e malformações congênitas (VICENTE et al., 2016). Além disso, fisiologicamente as mulheres possuem duas vezes mais probabilidade de terem transtorno de ansiedade generalizada do que homens, com prevalência ao longo da vida de 6,6% e 3,6%, respectivamente (WITTCHEN, 2002).

Torna-se essencial o envolvimento de todos da família no processo gestacional e puerperal, além de uma assistência de qualidade no pré-natal, que trabalhe propostas de prevenção e cuidados à saúde mental, contribuindo para a formação de vínculos emocionais que favorecem uma maternidade participativa e afetiva (SEVERO; SANTOS; PEREIRA, 2017).

2.2.1 IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

A ansiedade pode ser descrita como reação natural que impulsiona o ser humano a alcançar seus objetivos. Esse estado emocional pode tornar-se patológico e repercutir de forma negativa se vivenciado excessivamente e por longos períodos. (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

De acordo com Gray (1987), as definições de ansiedade, referem-se de modo geral, a um sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica, motora e/ou cognitiva. Estas manifestações podem estar associadas a sentimentos de natureza passageira e transitória (ansiedade estado) ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir (ansiedade traço).

Nessa perspectiva, estado de ansiedade refere-se a um estado momentâneo, transitório, caracterizado por tensão, apreensão e por elevação das atividades do sistema nervoso autônomo, que pode variar em intensidade ao longo do tempo (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

O traço de ansiedade está relacionado à personalidade da pessoa, relativamente estável, de reagir com o aumento da ansiedade diante das situações percebidas como ameaçadoras. Assim, pessoas que possuem alto traço de ansiedade tendem a perceber maior número de situações como perigosas ou ameaçadoras e consequentemente possuir episódios de aumento

na ansiedade (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

Existem diversas escalas com o objetivo de avaliar esses dois aspectos da ansiedade, sendo que o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger et al. (1970), é considerado padrão-ouro e amplamente utilizado (BIAGGIO, 1970).

Nesse sentido, com o objetivo de avaliar a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que acessa a ansiedade enquanto traço (IDATE-T), Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) desenvolveram o instrumento IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Esse inventário é constituído por duas escalas paralelas, de 20 questões discursivas cada, contendo afirmações a respeito dos sentimentos do sujeito. A primeira parte avalia a ansiedade estado momentânea, enquanto a segunda avalia o traço ansioso. Através da aplicação desse questionário os sujeitos graduam a intensidade dos sentimentos com que estão ocorrendo naquele momento (parte I) ou em relação à frequência com que ocorrem geralmente (parte II), através de uma escala que varia de 1 a 4 pontos.

O escore de cada escala pode variar de 20 a 80 pontos, sendo que maiores números indicam alto nível de ansiedade. Para referenciar com baixa ansiedade observada, a faixa de escore se enquadra até 40 pontos, enquanto os que apresentaram o escore acima de 40 pontos foram considerados com níveis de alta ansiedade (HETEM; GRAEFF, 2004).

2.3 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES

A Organização Mundial de Saúde conceitua qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

A OMS toma como base uma natureza multifatorial da qualidade de vida na determinação de seus níveis, considerando as diferentes dimensões do ser humano na sua individualidade. A qualidade de vida é, portanto, categorizada em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (LANDEIRO et al., 2011; PEDROSO et al., 2013).

Também está diretamente relacionada às expectativas de saúde do indivíduo, que segundo a OMS, representa um completo estado de bem-estar

físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946).

A melhoria nas condições de saúde e de vida, depende de múltiplos fatores, entre eles destacam-se as medidas preventivas, a promoção da saúde e a preocupação com a qualidade de vida das pessoas e coletividade (RODRIGUES; FERNANDES, 2017).

O estilo e os hábitos de vida são determinantes que influenciam o bem-estar das pessoas e consequentemente sua qualidade de vida. O consumo alimentar adequado, a atividade física, o tabagismo, o trabalho e as condições socioeconômicas dos indivíduos podem determinar seu perfil de saúde ou adoecimento (RODRIGUES; FERNANDES, 2017).

Analisando o papel da mulher contemporânea, o acúmulo de atividades desempenhadas por ela pode aumentar a exposição a agravos na saúde e prejuízos na qualidade de vida. Atualmente, jornadas longas de trabalho associada aos afazeres domésticos, dificuldade no acesso a atividades de lazer, autocuidado e descanso, podem induzir a elevação dos níveis de estresse, comprometimento físico e psicossocial (HOLDEN et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012). Ainda, os aspectos relacionados à desigualdade de gênero, como remuneração inferior no trabalho, responsabilização pelas tarefas domésticas e suscetibilidade à violência de gênero, expõem a população feminina à maior vulnerabilidade social, física e mental (PIOSIADLO et al., 2014).

Além disso, a piora da autopercepção do estado de saúde, as limitações ocasionadas por determinadas condições crônicas, a fase de climatério, sentimentos e autoimagem negativos são situações que podem comprometer o bem-estar das mulheres (HOLDEN et al., 2012; HOMANN et al., 2014; MIRANDA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2012;).

Assim, as condições socioeconômicas e os agravos à saúde são fatores que podem comprometer o bem-estar das mulheres. Dessa maneira, a identificação das características sociodemográficas associadas à qualidade de vida percebida por mulheres atendidas na atenção primária à saúde, são informações relevantes para o planejamento mais amplo de ações de promoção da saúde e de políticas públicas que fomentam o apoio ao autocuidado desse público (CAZELLA et al., 2019).

2.3.1 Escala WHOQOL – BREF: Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) pode apresentar-se nas áreas de saúde, bem-estar, ética, estilo de vida, felicidade, dentre outros, onde cada um deve ser analisado individualmente com suas delimitações para melhor entendimento (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Tamanha a amplitude, ela pode ser classificada como um tema abstrato, de forma que cada pessoa possui o seu ponto de vista, influenciando diretamente na sua definição (FERENTZ, 2017).

Quanto maior é a satisfação das pessoas com as necessidades essenciais, melhor será seu desenvolvimento na qualidade de vida. Essas necessidades são consideradas de direito de cada cidadão. A alimentação, saúde física e mental, habitação, emprego, renda para as necessidades básicas, alfabetização e conhecimento dos direitos civis devem ser garantidos e assegurados para uma boa percepção da QV (WILHEIM, 1982).

A avaliação da qualidade de vida é um tema necessário e complexo. O desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a avaliação da QV proporciona uma melhor compreensão sobre as reais necessidades das pessoas, tanto na sociedade em geral, como na área da saúde. Para isso, muitos questionários ou instrumentos são desenvolvidos e usados em uma grande variedade de circunstâncias (FAYERS; MACHIN, 2000).

Uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversos países. Assim, foi criado pela OMS em 15 centros distintos no mundo e em 20 idiomas, o instrumento denominado *World Health Organization Quality of Life*-100 (WHOQOL-100) (WHOQOL GROUP, 1995; WHOQOL GROUP, 1998).

O projeto para avaliação da QV, o WHOQOL-100 da OMS, é composto por 100 questões e constituído pelos domínios físico, psicológico, nível de Independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. Devido ao elevado número de perguntas e à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação pelos pesquisadores, a OMS abreviou o método original para o WHOQOL-BREF, o qual foi resumido para 26 questões. As questões do WHOQOL-BREF são divididas em duas perguntas gerais de qualidade de vida e outras 24, agrupadas em 4 domínios:

físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (8 itens). As respostas seguem uma escala de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (FERENTZ, 2017).

Esta escala permite detectar aspectos particulares e específicos da qualidade de vida, dentro de uma perspectiva transcultural e multidimensional, que pode ser aplicada em diversas situações e em grupos e populações saudáveis ou não (WHOQOL GROUP, 1997).

Nesse contexto, a utilização de instrumentos para avaliação da QV são importantes condutores para disseminação e geração de novos conhecimentos, pois possibilitam o levantamento de questionamentos e contribuem para a tomada de decisões que melhorem de fato a qualidade de vida das pessoas (KLUTHCOVSKYII; KLUTHCOVSKYII, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, que utilizou dos dados de um estudo de coorte prospectivo, denominado “Relações de causa e efeito entre a Insegurança Alimentar e condições de saúde”, que foi composto de duas coortes de comparação, a primeira de famílias de mulheres não gestantes e a segunda de mulheres gestantes.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, no estado da Paraíba, com uma amostra de 275 mulheres recrutadas em Unidades Básicas de Saúde localizadas em dois dos cinco Distritos Sanitários do Município, Distrito III e V.

A pesquisa original teve duração de 2 anos, no intervalo de 2018 a 2020 e o recrutamento aconteceu nas UBS escolhidas, no momento em que as mulheres aguardavam por suas consultas de rotina. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, ter saúde normal e sem problemas neurológicos e/ou psiquiátricos e no caso de gestantes, independente do período de gestacional, estar com o desenvolvimento normal da gestação.

Entrevistadores previamente treinados aplicaram um questionário inicial nas unidades de saúde. As entrevistas subsequentes foram realizadas nos domicílios destas mulheres, com intervalos entre cada entrevista de em torno de 3 meses. Apesar da coorte ter realizado até quatro entrevistas domiciliares, este trabalho utiliza somente os dados da entrevista inicial e a entrevista subsequente, verificando, entre as gestantes, aquelas que já tiveram seu filho ou filha.

3.3 CÁLCULO AMOSTRAL

Por se tratar de um estudo de seguimento, onde a etapa mais difícil seria localizar a mulher no seu domicílio, na primeira entrevista de acompanhamento após o recrutamento, estabeleceu-se uma meta de recrutar em torno de 250

gestantes para que o seguimento tivesse pelo menos 150 participantes no final da coorte. Este número de mulheres possibilita, com intervalo de confiança de 95% e poder do teste de 80%, pode-se também estimar riscos relativos de 1,5 ou mais. Em grupos, o número de expostos pode ser a metade dos não expostos, considerando uma incidência do evento esperado de 50% entre os não expostos (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2013).

Para este estudo foram utilizados dados completos das mulheres gestantes e das não gestantes que realizaram tanto a primeira como a segunda entrevista, o que correspondeu a 186 gestantes e 89 não gestantes, formando os grupos de comparação.

3.4 COLETA DE DADOS

Todos os dados foram originalmente coletados através de entrevista estruturada, com questionário codificado utilizando um aplicativo para smartphone chamado *KoboCollect*, um software gratuito de código aberto desenvolvido pela *Harvard Humanitarian Initiative*, que possibilita criar formulários, relatórios, visualizar dados coletados e exportar dados obtidos (*Harvard Humanitarian Initiative*, 2012).

3.5 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Durante a primeira entrevista foram coletados dados socioeconômicos, características da família das mulheres, informações sobre a gestação, assistência pré-natal, incluindo a situação de segurança alimentar, saúde mental e de qualidade de vida da mulher.

Os dados socioeconômicos/demográficos foram classificados da seguinte forma: a variável idade foi agrupada pela média calculada; o grau de escolaridade, caracterizado pelo ensino primário, secundário, ensino técnico ensino superior e pós-graduação; situação conjugal (mulheres divorciadas, solteiras, viúvas, casadas e com união estável), chefe de domicílio (mulher, marido ou outros) e empregabilidade (tem trabalho, desempregada, pensionista, autônoma, aposentada, estudante e dona de casa). Para avaliar a raça, a variável foi categorizada em branca, preta, parda e outros. Com relação ao recebimento

de auxílio governamental (sim ou não); a renda categorizada através da renda média e o tipo de construção da residência (alvenaria acabada, alvenaria inacabada, taipa revestida e outros).

No domicílio foram repetidas as perguntas feitas no primeiro encontro e acrescida de informações destinadas ao nascimento/desenvolvimento do bebê a depender da evolução. Para conduzir o estudo, as mulheres gestantes foram divididas em dois grupos, as que tiveram filho/filha e as que ainda não tiveram.

Para diagnosticar a situação da segurança/ou insegurança alimentar das mulheres foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Entre a primeira e oitava questão todas as famílias responderam, com relação as últimas seis questões, apenas os domicílios que apresentaram moradores com menos de 18 anos. De acordo com o somatório de cada questão de acordo com o (tabela 1), classificamos o grau de insegurança alimentar da família contextualizada com base no (quadro 1).

Tabela 1 - Classificação e pontos de corte da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

Classificação	Domicílio com menores de 18 anos	Domicílio sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança alimentar Leve	1 - 5	1 - 3
Insegurança alimentar moderada	6 - 9	4 - 5
Insegurança alimentar grave	10 - 14	6 – 8

Fonte: Segall-Corrêa; Marin-Leon, 2015.

Quadro 1 - Características dos níveis da situação de segurança alimentar.

SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR
Segurança Alimentar: a família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Leve: preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.

Insegurança Alimentar Moderada: redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança Alimentar Grave: redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças: fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: IBGE, 2014.

Para avaliação do nível da qualidade de vida da gestante, utilizou-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde -WHOQOL – BREF, uma versão abreviada do WHOQOL-100 (QUADRO 2).

Quadro 2 - Domínios e facetas da Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - BREF.

Domínios	**Facetas**
Domínio 1 - Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e Fadiga Sono e Repouso Mobilidade Atividade Cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória, concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
Domínio 3- Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Domínio 4- Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente do lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação, oportunidades de recreação/lazer

	Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) Transporte

Fonte: adaptado pelo *The Whoqol Group* (1998).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram estruturados em uma planilha eletrônica e exportados para o programa estatístico JAMOVI. Para a descrição dos dados qualitativos categóricos, foram realizadas as análises de frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas foi utilizado a média, desvio-padrão e medianas.

Para avaliar a associação entre uma ou mais variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado, podendo dicotomizar algumas variáveis para atender aos pressupostos dos testes. Para a comparação de variáveis contínuas foi feito o teste de comparação de médias *t-student* para amostras independentes. Para comparações das mesmas mulheres em dois momentos, foi feito realizado o teste *t-sudent* pareado, ou no caso de variáveis categóricas, o teste McNemar. Adotou-se sempre como critério de decisão de rejeição da hipótese nula o resultado do teste ter p-valor menor que o nível de significância de 5%.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo da pesquisa, ao qual está vinculado o presente projeto de tese, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa / Plataforma Brasil do Estado da Paraíba conforme o CAAE: 63798217.60000.5186. Foram requisitadas as devidas autorizações das instituições públicas que disporem de informações para o processo amostral e todos os registros dos envolvidos não permitirá a sua identificação em nenhuma etapa da pesquisa.

Ao ser abordado, a participante foi esclarecida quanto aos objetivos da pesquisa e ao fato de sua inclusão no estudo ser opcional, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das informações individuais e que só dados globais serão divulgados à comunidade acadêmica.

Todas as mães acima de 18 anos que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Além disso, as mulheres foram informadas que a sua participação foi voluntária e sem

remuneração, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer ônus ou penalidade. O estudo foi encaminhado e aprovado para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/UFPB) – Campos I (ANEXO B).

4 RESULTADOS

Compuseram a amostra desta pesquisa um total de 275 mulheres que serão descritas de acordo com suas características e variáveis estudadas nas tabelas seguintes.

Tabela 2 - Distribuição amostral de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

Variável	N	% do Total
não gestante	89	32.4 %
gestante	186	67.6 %
Total	**275**	**100,0%**

Na Tabela 2, são demonstradas a quantidade de entrevistados de cada grupo e seu percentual em relação ao total. O número de não gestantes, apesar de ser inferior ao de gestantes, ainda permite uma descrição detalhada deste grupo. Os dois grupos são de mulheres residentes nas áreas de cobertura das UBS onde foram feitos os recrutamentos e elas tem características semelhantes, com exceção da idade.

Tabela 3 - Comparação da idade das mulheres de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

Grupo	N	Média
não gestante	89	40.4
gestante	186	29.0

Teste t para amostras independentes, $p < 0,001$

Na Tabela 3, são mostradas as diferenças de idade entre os dois públicos entrevistados. De acordo com a média calculada, as gestantes são cerca de 11 anos mais novas, em média, do que as não gestantes do estudo.

Tabela 4 - Estado civil de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Estado civil	**não gestante**	**gestante**	**Total**
solteira	22	44	66
	24.7 %	23.7 %	24.0 %

casada	42	81	123
	47.2 %	43.5 %	44.7 %
divorciada	11	2	13
	12.4 %	1.1 %	4.7 %
união estável	13	57	70
	14.6 %	30.6 %	25.5 %
viúva	1	2	3
	1.1 %	1.1 %	1.1 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Na Tabela 4, são mostradas as frequências dos tipos diferentes de estado civil e pode-se observar que a frequência de casadas e solteiras é semelhante nos dois grupos, entretanto existem mais divorciadas entre as não gestantes e mais união estável entre as gestantes.

Tabela 5 - Tipo de construção da residência de acordo ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Tipo de construção da residência	**não gestante**	**gestante**	**Total**
alvenaria acabada	84	181	265
	94.4 %	97.3 %	96.4 %
alvenaria inacabada	4	4	8
	4.5 %	2.2 %	2.9 %
taipa revestida	1	0	1
	1.1 %	0.0 %	0.4 %
outra	0	1	1
	0.0 %	0.5 %	0.4 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

No que se refere ao tipo de construção do domicílio, na tabela 5 demonstra-se que o tipo alvenaria acabado é predominante entre os dois públicos. No entanto, há famílias vivendo em casas de taipa e alvenaria inacabada, ainda que em pequena frequência.

Tabela 6 - Comparação do chefe domiciliar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_gestante		
Chefe domiciliar	**não gestante**	**gestante**	**Total**
mulher	37	58	95
	41.6 %	31.2 %	34.5 %
marido	37	79	116
	41.6 %	42.5 %	42.2 %
outros	15	49	64
	16,8%	26,4%	43,2 %
Total	89	186	275
	100%	100 %	100%

Em relação ao chefe domiciliar de cada domicílio, demonstrado na tabela 6, o marido é o principal chefe no caso das gestantes, enquanto as mulheres e maridos se igualam no grupo de não gestante. As gestantes também mostraram maior dependência de outros parentes em relação às não gestantes.

Tabela 7 - Distribuição da raça de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Raça	**não gestante**	**gestante**	**Total**
branca	13	48	61
	14.6 %	25.8 %	22.2 %
preta	15	23	38
	16.9 %	12.4 %	13.8 %
parda	56	103	159
	62.9 %	55.4 %	57.8 %
outros	5	12	17
	5,6 %	6,5 %	12,1 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

A tabela 7 demonstra que a maioria das mulheres, gestantes e não gestantes, se identificaram como pardas. Observa-se também que há mais mulheres não gestantes pretas do que brancas.

Tabela 8 - Nível de escolaridade de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Escolaridade	**não gestante**	**gestante**	**Total**
primário	19	30	49
	21,3 %	16,1 %	37,4%

secundário	42	107	149
	47,2 %	57,5 %	104,7 %
técnico	11	15	26
	12,3 %	8,1%	20,4%
superior	12	30	42
	13,5 %	16,1 %	29,6 %
pós-graduação	5	4	9
	5,6 %	2,1 %	7,7 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

A tabela 8 mostra que há uma deficiência no nível de escolaridade das mulheres participantes do estudo, uma vez a maioria das gestantes e não gestantes atingiram apenas até o ensino fundamental.

Tabela 9 - Comparação de beneficiárias de auxílios governamentais, de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Recebe benefício do governo	**não gestante**	**gestante**	**Total**
não	62	126	188
	69.7 %	67.7 %	68.4 %
sim	27	60	87
	30.3 %	32.3 %	31.6 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Verifica-se na tabela 9 que, em números, a maior parte das mulheres do estudo não recebem benefício do governo. No entanto, pode-se dizer que cerca de um terço de ambos os grupos recebe algum tipo de auxílio do governo, de forma semelhante entre os grupos.

Tabela 10 - Empregabilidade de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Q1_Gestante		
Empregabilidade	**não gestante**	**gestante**	**Total**
tem trabalho	31	68	99
	34.8 %	36.6 %	36.0 %
desempregada	18	28	46

	20.2 %	15.1 %	16.7 %
autônoma	5	21	26
	5.6 %	11.3 %	9.5 %
aposentada	3	0	3
	3.4 %	0.0 %	1.1 %
pensionista	0	2	2
	0.0 %	1.1 %	0.7 %
estudante	3	10	13
	3.4 %	5.4 %	4.7 %
dona de casa	29	57	86
	32.6 %	30.6 %	31.3 %
Total	89	186	275
	100.0 %	100.0 %	100.0 %

A tabela 10 mostra que a maioria das mulheres possuem trabalho ou são donas de casa. As gestantes demonstram estar mais ativas no mercado de trabalho do que as não gestantes.

Tabela 11 - Soma da renda domiciliar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Grupo	**N**	**Média (R$)**
Soma da renda domiciliar	não gestante	84	1955,00
	gestante	166	1874,00

Na tabela 11 verifica-se que a soma da renda familiar é um pouco maior nas famílias de mulheres não gestantes, entretanto esta diferença não é significativa.

Tabela 12 - Qualidade de vida de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

Domínio	**Grupo**	**N**	**Média**	**p-valor***
Físico	Não gestante	89	14.0	0,607
	Gestante	186	14.2	
Psicológico	Não gestante	89	14.0	0,078
	Gestante	186	14.6	
Relações Sociais	Não gestante	89	14.1	**0,006**

	Gestante	186	15.1	
Meio ambiente	Não gestante	89	12.2	**0,005**
	Gestante	186	13.0	
Autoavaliação de saúde	Não gestante	89	13.4	**0,001***
	Gestante	186	14.7	
Qualidade de vida total	Não gestante	89	13.4	**0,011***
	gestante	186	14.1	

*Teste t para amostras independentes

Na Tabela 12, verifica-se os domínios em relação à qualidade de vida das participantes da pesquisa. Houve uma diferença significativa nos domínios de relações sociais, meio ambiente, autoavaliação, visto que as gestantes tiveram melhores resultados do que as não gestantes, possuindo, portanto, uma maior qualidade de vida. Esta avaliação foi feita no primeiro momento da pesquisa.

Tabela 13 - IDATE para ansiedade traço e estado de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

	Grupo	**N**	**Média**
IDATE - Ansiedade Traço	não gestante	89	43.5
	gestante	161	43.3
IDATE - Ansiedade Estado	não gestante	89	42.4
	gestante	161	44.0

A tabela 13 mostra a presença de ansiedade traço e estado. De acordo com a média calculada, houve diferença significativa somente na ansiedade estado (p= 0,034), na qual as gestantes apresentaram maiores resultados do que as não gestantes. Isto significa que com relação a ansiedade traço elas têm características semelhantes.

Finalmente, quando observada a situação de segurança e dos diferentes níveis de insegurança alimentar entre os dois grupos, observou-se que eles não eram diferentes, apesar de demonstrarem pequenas diferenças nas frequências

observadas, onde as gestantes apresentam um pouco mais de segurança alimentar.

Tabela 14 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar de acordo com ser gestante ou não gestante. João Pessoa, 2018-2019.

EBIA_1		não gestante	gestante	Total
segurança alimentar	Observado	35	99	134
	% em coluna	39.3 %	53.2 %	48.7 %
insegurança leve	Observado	35	59	94
	% em coluna	39.3 %	31.7 %	34.2 %
insegurança moderada	Observado	10	17	27
	% em coluna	11.2 %	9.1 %	9.8 %
insegurança grave	Observado	9	11	20
	% em coluna	10.1 %	5.9 %	7.3 %
Total	Observado	89	186	275
	% em coluna	100.0 %	100.0%	100.0 %

A tabela 14 demonstra os níveis de segurança e insegurança alimentar das mulheres gestantes e não gestantes do estudo. Percebe-se que quase a metade do número das gestantes que participaram do estudo se encontram em algum grau de insegurança alimentar. Em relação as não gestantes, cerca de 54 foram classificas com insegurança alimentar leve, moderada ou grave, representando mais da metade do número populacional deste grupo. Além disso, de 275 participantes dos dois grupos, 141 mulheres foram classificadas em situação de insegurança alimentar.

Relacionando a qualidade de vida e a medida de ansiedade estado com a segurança alimentar entre os dois grupos, temos, entre as não gestantes:

Tabela 15 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as não gestantes. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_1	N	Média
Domínio físico_1	segurança alimentar	35	14.4

	insegurança leve	35	14.6
	insegurança moderada	10	14.1
	insegurança grave	9	10.5
Domínio psicológico_1	segurança alimentar	35	14.2
	insegurança leve	35	14.1
	insegurança moderada	10	15.5
	insegurança grave	9	11.1
Domínio relações sociais_1	segurança alimentar	35	15.0
	insegurança leve	35	13.4
	insegurança moderada	10	14.9
	insegurança grave	9	11.6
Domínio meio ambiente_1	segurança alimentar	35	12.9
	insegurança leve	35	12.0
	insegurança moderada	10	12.7
	insegurança grave	9	10.1
Domínio autoavaliação_1	segurança alimentar	35	14.6
	insegurança leve	35	13.4
	insegurança moderada	10	12.4
	insegurança grave	9	10.0
Qv_total_1	segurança alimentar	35	14.0
	insegurança leve	35	13.5
	insegurança moderada	10	14.0
	insegurança grave	9	10.6
IDATE_e_total_1	segurança alimentar	35	40.4
	insegurança leve	35	42.2
	insegurança moderada	10	49.0

	insegurança grave	9	43.6

A tabela 15 descreve a média da qualidade de vida e IDATE em função da segurança alimentar. Observa-se que a qualidade de vida das mulheres não gestantes diminui em função da insegurança alimentar. Por outro lado, a percepção de ansiedade estado aumentam de acordo com a progressão da insegurança alimentar. Todas as diferenças são significativas.

Agora a mesma relação é mostrada para as gestantes:

Tabela 16 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_1	N	Média
Domínio físico_1	segurança alimentar	99	14.7
	insegurança leve	59	13.8
	insegurança moderada	17	13.9
	insegurança grave	11	12.2
Domínio psicológico_1	segurança alimentar	99	15.2
	insegurança leve	59	14.3
	insegurança moderada	17	13.3
	insegurança grave	11	12.7
Domínio relações sociais_1	segurança alimentar	99	15.7
	insegurança leve	59	14.8
	insegurança moderada	17	13.9
	insegurança grave	11	12.6
Domínio meio ambiente_1	segurança alimentar	99	13.7
	insegurança leve	59	12.6
	insegurança moderada	17	11.6
	insegurança grave	11	10.7

domínio autoavaliação_1	segurança alimentar	99	15.2
	insegurança leve	59	14.7
	insegurança moderada	17	13.8
	insegurança grave	11	10.9
Qv_total_1	segurança alimentar	99	14.7
	insegurança leve	59	13.7
	insegurança moderada	17	13.0
	insegurança grave	11	11.8
IDATE_e_total_1	segurança alimentar	89	44.3
	insegurança leve	50	43.3
	insegurança moderada	14	43.4
	insegurança grave	8	45.9

Na tabela 16, é demonstrado através da média calculada o mesmo padrão de diminuição da percepção dos domínios de qualidade de vida e do aumento da ansiedade em função da insegurança alimentar nas mulheres gestantes. A diferença apenas é que a variação da ansiedade não é significativa, enquanto todas as diferenças das médias da qualidade de vida são.

Após a primeira coleta de dados, passado em torno de 3 meses, uma visita domiciliar foi realizada e foram observadas as mudanças ocorridas nos dois grupos. Entre as 186 gestantes, 145 tiveram seus filhos ou filhas e 40 continuavam gestantes. Uma informação foi perdida.

Observando, para cada mulher a situação de segurança alimentar e os diferentes níveis de insegurança alimentar nestes dois momentos, podemos observar como foi modificado.

Tabela 17 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

EBIA_2

EBIA_1	Segurança alimentar	IA leve	IA moderada	IA grave	Total
segurança alimentar	**59**	13	4	1	77
insegurança leve	22	**18**	7	1	48
insegurança moderada	1	5	**5**	1	12
insegurança grave	1	3	1	**3**	8
Total	83	39	17	6	145

A diagonal principal desta tabela, em negrito, mostra as mulheres que não mudaram de status no período. Os números marcados em vermelho indicam as mulheres que pioraram sua situação no período e as em azul são aquelas que melhoraram.

O mesmo pode ser observado para as gestantes que não tiveram seus bebês.

Tabela 18 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_2				
EBIA_1	**Segurança alimentar**	**IA leve**	**IA moderada**	**IA grave**	**Total**
segurança alimentar	18	2	1	1	22
insegurança leve	7	3	1	0	11
insegurança moderada	1	1	1	1	4
insegurança grave	0	0	0	3	3
Total	26	6	3	5	40

E para as não gestantes.

Tabela 19 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em mulheres não gestantes. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_2				
EBIA_1	**Segurança alimentar**	**IA leve**	**IA moderada**	**IA grave**	**Total**

segurança alimentar	31	2	2	0	35
insegurança leve	13	12	5	5	35
insegurança moderada	0	6	3	1	10
insegurança grave	0	1	3	5	9
Total	44	21	13	11	89

As tabelas seguintes mostram as variações de qualidade de vida e de ansiedade estado nestes 3 grupos: gestantes que tiveram filho, gestantes que não tiveram e não gestantes:

Tabela 20 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

	N	**Média - p-valor**	
Domínio físico_1	145	14.3	<0,001
Domínio físico _2	145	15.0	
Domínio relações sociais_1	145	15.0	0,602
Domínio relações sociais_2	145	14.9	
Domínio psicológico_1	145	14.5	0,857
Domínio psicológico_2	145	14.5	
Domínio meio ambiente_1	145	13.1	0,128
Domínio meio ambiente_2	145	13.3	
Domínio autoavaliação_1	145	14.7	0,085
Domínio autoavaliação _2	145	15.1	
Qv_total_1	145	14.1	0,021
Qv_total_2	145	14.3	
IDATE_e_total_1	124	44.1	0,341
IDATE_e_total_2	124	43.6	

A tabela 20 mostra que, após o nascimento de seus filhos, as mulheres possuem uma melhor percepção do domínio físico e qualidade de vida total.

Tabela 21 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

	N	Média - p-valor	
Domínio físico_1	40	14.1	0,438
Domínio físico _2	40	13.7	
Domínio relações sociais_1	40	15.4	0,147
Domínio relações sociais_2	40	14.6	
Domínio psicológico_1	40	15.0	0,360
Domínio psicológico_2	40	14.7	
Domínio meio ambiente_1	40	12.9	0,636
Domínio meio ambiente_2	40	12.8	
Domínio autoavaliação_1	40	14.7	0,430
Domínio autoavaliação _2	40	14.4	
Qv_total_1	40	14.1	0,201
Qv_total_2	40	13.8	
IDATE_e_total_1	36	43.7	0,073
IDATE_e_total_2	36	45.7	

Comparando os dois momentos de aplicação entre as gestantes que ainda não tiveram filho na tabela 21, todos domínios de qualidade de vida e a ansiedade permaneceram semelhantes.

Tabela 22 - Comparação da qualidade de vida e IDATE entre as mulheres não gestantes. João Pessoa, 2018-2019.

	N	Média - p-valor	
Domínio físico_1	89	14.0	0,145
Domínio físico _2	89	14.4	
Domínio relações sociais_1	89	14.1	0,373
Domínio relações sociais_2	89	14.3	
Domínio psicológico_1	89	14.0	0,241
Domínio psicológico_2	89	14.3	
Domínio meio ambiente_1	89	12.2	0,914
Domínio meio ambiente_2	89	12.3	
Domínio autoavaliação_1	89	13.4	0,158

Domínio autoavaliação _2	89	13.8	
Qv_total_1	89	13.4	0,117
Qv_total_2	89	13.7	
IDATE_e_total_1	89	42.4	0,003
IDATE_e_total_2	89	44.6	

Na tabela 22, ao comparar os resultados entre as mulheres não gestantes, todos os domínios de qualidade de vida tiveram resultados semelhantes, no entanto, em relação a ansiedade mensurada através do IDATE, os resultados demonstram um aumento deste sentimento.

Tabela 23 - Qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as não gestantes no segundo momento. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_2	N	Média
Domínio físico_2	segurança alimentar	44	14.99
	insegurança leve	21	15.13
	insegurança moderada	13	13.32
	insegurança grave	11	11.79
Domínio psicológico_2	segurança alimentar	44	14.92
	insegurança leve	21	14.89
	insegurança moderada	13	13.03
	insegurança grave	11	12.18
Domínio relações sociais_2	segurança alimentar	44	15.36
	insegurança leve	21	14.35
	insegurança moderada	13	13.33
	insegurança grave	11	11.15
Domínio meio ambiente_2	segurança alimentar	44	13.15
	insegurança leve	21	12.55
	insegurança moderada	13	11.73
	insegurança grave	11	8.73

Domínio autoavaliação_2	segurança alimentar	44	14.64
	insegurança leve	21	14.48
	insegurança moderada	13	12.46
	insegurança grave	11	10.55
Qv_total_2	segurança alimentar	44	14.42
	insegurança leve	21	14.14
	insegurança moderada	13	12.70
	insegurança grave	11	10.77
IDATE_e_total_2	segurança alimentar	44	43.25
	insegurança leve	21	46.67
	insegurança moderada	13	43.00
	insegurança grave	11	47.82

A tabela 23 mostra os resultados das médias de qualidade de vida e IDATE de acordo com a insegurança alimentar, no segundo momento de aplicação dos questionários. Verifica-se que a gravidade da insegurança alimentar influenciou para a diminuição da percepção dos domínios físicos, psicológicos, de relações sociais, de autoavaliação, do meio ambiente e da qualidade de vida total. Além disso, a ansiedade enquanto estado e traço também aumentaram proporcionalmente em função da insegurança alimentar. Todas as diferenças são significativas.

Tabela 24 - Qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes que não tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_2	**N**	**Média**
Domínio físico_2	segurança alimentar	26	14.44
	insegurança leve	6	12.38
	insegurança moderada	3	14.48
	insegurança grave	5	10.74
	segurança alimentar	26	15.23

Domínio psicológico_2	insegurança leve	6	14.22
	insegurança moderada	3	14.22
	insegurança grave	5	13.07
Domínio relações sociais_2	segurança alimentar	26	15.79
	insegurança leve	6	12.89
	insegurança moderada	3	12.00
	insegurança grave	5	12.27
Domínio meio ambiente_2	segurança alimentar	26	13.25
	insegurança leve	6	13.33
	insegurança moderada	3	12.83
	insegurança grave	5	9.70
Domínio autoavaliação_2	segurança alimentar	26	15.38
	insegurança leve	6	15.33
	insegurança moderada	3	12.00
	insegurança grave	5	9.60
Qv_total_2	segurança alimentar	26	14.49
	insegurança leve	6	13.38
	insegurança moderada	3	13.44
	insegurança grave	5	11.05
IDATE_e_total	segurança alimentar	26	45.69
	insegurança leve	6	43.50
	insegurança moderada	3	51.33
	insegurança grave	5	47.40

No segundo momento, observou-se diferença nos domínios da qualidade de vida ou da ansiedade em função da insegurança alimentar somente no domínio de meio ambiente, mas isso deve-se principalmente ao pequeno tamanho amostral.

Tabela 25 - Comparação da qualidade de vida e IDATE em função da Insegurança Alimentar entre as gestantes que tiveram filho. João Pessoa, 2018-2019.

	EBIA_2	**N**	**Média**
Domínio físico_2	segurança alimentar	83	15.57
	insegurança leve	39	14.56

	insegurança moderada	17	13.88
	insegurança grave	6	12.86
Domínio psicológico_2	segurança alimentar	83	15.19
	insegurança leve	39	13.88
	insegurança moderada	17	13.29
	insegurança grave	6	11.22
Domínio relações sociais_2	segurança alimentar	83	15.31
	insegurança leve	39	14.43
	insegurança moderada	17	15.22
	insegurança grave	6	11.11
Domínio meio ambiente_2	segurança alimentar	83	14.24
	insegurança leve	39	12.56
	insegurança moderada	17	11.74
	insegurança grave	6	9.75
Domínio autoavaliação_2	segurança alimentar	83	15.71
	insegurança leve	39	15.18
	insegurança moderada	17	13.29
	insegurança grave	6	10.33
Qv_total_2	segurança alimentar	83	15.05
	insegurança leve	39	13.82
	insegurança moderada	17	13.19
	insegurança grave	6	11.13
IDATE_e_total	segurança alimentar	83	42.81
	insegurança leve	39	43.95
	insegurança moderada	17	46.47
	insegurança grave	6	49.83

Neste outro grupo, o único domínio que não apresentou diferenças foi o das relações sociais, nos demais as mesmas relações observadas na primeira entrevista se repetem.

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa demonstrou que as variáveis sociodemográficas, de insegurança alimentar, obstétricas e de gênero influenciam na percepção da qualidade de vida e na prevalência de sintomas de ansiedade em gestantes e não gestantes.

Os dados do estudo mostraram que a situação socioeconômica, como escolaridade, empregabilidade, renda e gênero feminino na função de chefe domiciliar estão associados a presença de insegurança alimentar em famílias com mulheres gestantes e não gestantes. Além disso, o aumento da gravidade da IA parece contribuir para piores percepções da qualidade de vida geral e seus domínios e para maiores percepções na ansiedade estado/momentânea desse público.

No que diz respeito a qualidade de vida, as gestantes apresentaram melhores resultados quando comparadas as não gestantes. Entretanto, em relação a ansiedade estado, as não gestantes demonstraram menores percepções deste sentimento do que as gestantes.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), estimou-se que em 2013, 52 milhões (22,6%) de brasileiros estavam em insegurança alimentar (IA). Verificou-se também que a insegurança alimentar estava presente em 25,8% dos moradores de domicílios particulares, e a prevalência de IA grave foi de 3,6%. As condições mais precárias foram observadas na Região Nordeste, onde a prevalência global de insegurança alimentar era de 45,0%, e a de insegurança alimentar grave, 5,6% (BRASIL, 2014).

A prevalência de IA tem sido investigada em diferentes grupos populacionais como idosos, pequenos agricultores, desempregados, crianças e mulheres (FAO, 2011). Dentre esses grupos, as gestantes apresentam prevalência de IA que varia de 37,89% a 42,7% (OLIVEIRA; BARROS; FERREIRA, 2015).

No que diz respeito a insegurança alimentar relacionada ao gênero, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-1018, o sexo da pessoa de referência do domicílio tem forte relação com o acesso aos alimentos. Assim, nos domicílios classificados como em situação de SA, 61,4% deles tem

os homens como pessoa de referência, sendo de apenas 38,6% a frequência de mulheres nesta condição. Essa relação, no entanto, vai se invertendo na medida que se passa da situação de SA para os diferentes níveis da IA indicando maior vulnerabilidade abaixo acesso aos alimentos nos domicílios onde a mulher é a pessoa de referência (51,9%) (BRASIL, 2020).

Esse comportamento que aponta uma desigualdade provocada pelas diferenças quanto ao sexo da pessoa de referência também foi observado nos resultados da PNAD 2013. Destaca-se neste contexto que o impacto do aumento dos níveis de IA foram mais intensos para os domicílios onde as mulheres eram a pessoa de referência (BRASIL, 2020).

Um estudo quantitativo transversal, realizado com 173 gestantes atendidas na rede pública de saúde de Lavras, localizada em Minas Gerais – Brasil, mostrou que o papel da mulher como chefe da família foi mais prevalente em domicílios com insegurança alimentar (43,4%). O mesmo estudo também verificou que quase metade das gestantes desta amostra vivia em domicílios com insegurança alimentar (48%), prevalência considerada elevada quando comparada com dados da pesquisa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, de 2013 (COSTA et al., 2022).

Ramalho et al. (2020) também demonstraram níveis mais graves de IA em domicílios em que as mulheres eram chefe de família. Os pesquisadores identificaram que, ter uma mulher como chefe de família foi associado a um aumento de 39% de viver em insegurança alimentar em comparação com domicílios chefiados por homens.

Estudo da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), utilizando a escala de insegurança alimentar global (FIES – *Food Insecurity Experience Scale*) para comparação internacional, verificou que na América Latina cerca de 188 milhões de pessoas convivem com insegurança alimentar moderada e 55 milhões com insegurança alimentar grave. A falta de acesso adequado e regular a alimentos nutritivos e suficientes que essas pessoas experimentam as coloca em maior risco de desnutrição e problemas de saúde. Em todos os continentes, a taxa de prevalência é um pouco maior entre mulheres do que em homens (FAO; IFAD; UNICEF, 2019).

A prevalência da insegurança alimentar em mulheres pode ser afirmada também através do presente estudo, uma vez que das 275 participantes de

ambos os grupos de mulheres gestantes e não gestantes, 141 foram classificadas em algum grau de insegurança alimentar, seja ele leve, moderado ou grave. Esse dado representa cerca de 51,27% do número total de pessoas, ou seja, mais da metade da população amostral da pesquisa.

A alimentação é um fator de extrema importância para a qualidade de vida. Diversos estudos mostram que as consequências da desnutrição, carências nutricionais e efeitos sobre a saúde mental advindas da privação do alimento, em quantidade e/ou qualidade suficientes, tem sido frequentemente associada à insegurança alimentar. Dessa forma, doenças crônicas não transmissíveis, doenças mentais, desordens de humor e sintomas depressivos são alguns dos desfechos desfavoráveis encontrados em pessoas que se encontram em algum nível de insegurança alimentar (PEQUENO, 2020).

Estudos na literatura mostraram que a insuficiência alimentar está associada a uma pobre saúde geral, física e mental autopercebida (HEFLIN; SIEFERT; WILLIAMS, 2005; KIHLSTRÖM et al., 2019; SHARKEY; JOHNSON; DEAN, 2011), e que os escores de qualidade de vida (bem-estar físico, funcional, social e emocional) diminuem significativamente com o aumento da insegurança alimentar (GANY et al., 2015; RUSSELL et al., 2016; SHARKEY; JOHNSON; DEAN, 2011;).

De acordo com a presente pesquisa, os domínios físicos, psicológicos, de autoavaliação, meio ambiente, relações sociais e de qualidade de vida total avaliados e comparados através das médias calculadas, diminuíram em detrimento do aumento da gravidade da insegurança alimentar nas mulheres gestantes e não gestantes. Quando classificadas em situação de segurança alimentar, as mulheres demonstraram ter melhores percepções desses domínios.

A insegurança alimentar familiar representa um forte estressor biológico e psicossocial que pode aumentar o risco de um pobre desenvolvimento mental, social e psicoemocional de indivíduos ao longo do curso da vida de diferentes formas (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

Assim, observa-se que há estreita relação entre a insegurança alimentar familiar, a ingestão alimentar deficiente, o estado nutricional e o bem-estar geral. A preocupação e a ansiedade; o sentimento de exclusão, privação e alienação; a angústia; e interações familiares e sociais adversas podem ser comuns entre indivíduos com insegurança alimentar, principalmente de um mesmo domicílio. A

insegurança alimentar familiar tem sido associada a depressão e pensamentos suicidas entre jovens nos Estados Unidos e foi confirmada como uma das principais fontes de depressão materna em todo o mundo (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

Diversos estudo são encontrados fora do Brasil, que mostram a relação de causalidade entre a insegurança alimentar e os transtornos de saúde mental em pessoas. No entanto, a literatura sobre esta temática ainda é escassa dentro do contexto brasileiro. Estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos com mulheres beneficiárias de um programa social observou que insegurança alimentar grave aumenta as taxas de depressão entre mulheres de baixo nível socioeconômico (HEFLIN; SIEFERT; WILLIAMS, 2005). Outra pesquisa longitudinal inglesa, realizada com 1.116 famílias, observou que nas famílias de baixa renda, a presença de transtornos mentais maternos está relacionada com maior presença de insegurança alimentar domiciliar (MELCHIOR et al., 2009). Outro estudo realizado com gestantes latinas vivendo em comunidades de baixa renda no Estado de Connecticut, Estados Unidos, verificou a associação de insegurança alimentar com sintomas depressivos. Através desta pesquisa, confirmou-se que gestantes que vivem em famílias em insegurança alimentar têm quase três vezes mais chances de sofrer sintomas depressivos comparado com as gestantes de famílias em segurança alimentar (HROMI-FIEDLER et al., 2011).

No Brasil, em um estudo de coorte prospectivo, com amostra de 222 binômios mãe-filho no momento de internação para o parto em duas maternidades públicas de João Pessoa-PB, pesquisadores investigaram a associação entre a situação de insegurança alimentar familiar e o risco de transtornos mentais comuns (TCM) nas mães. A pesquisa resultou em quase metade das mães com escores positivos no teste SRQ-20 para transtornos mentais comuns (teste que avalia a suspeita de transtornos mentais, como depressão e ansiedade), sendo que destes resultados, em torno de 30% nas mães vive em segurança alimentar, chegando a um pouco mais de 60% no grupo daquelas em insegurança alimentar grave. Identificaram também um efeito dose-resposta, com aumento progressivo do risco de TMC à medida que aumentam os graus de insegurança alimentar domiciliar comparativamente às mães que residem em domicílios com segurança alimentar. Assim, as privações em decorrência da insegurança alimentar demonstram ser importantes estressores

que aumentam o risco de TMC entre as mães (SOUSA et al., 2019).

A depressão, o transtorno bipolar, pânico e a ansiedade generalizada, abrangendo sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas são alguns dos transtornos mentais mais comuns que podem atingir a população. Estas condições estão diretamente relacionadas à diminuição da percepção de qualidade de vida e da qualidade das relações sociais (BRUNONI, 2008).

Os sintomas de ansiedade podem estar relacionados ao contexto socioeconômico, e não necessariamente às condições neurológicas. Consideram-se que as variáveis como baixa escolaridade, gênero, estabilidade das relações conjugais, monotonia da rotina associada a pouca possibilidade de mudança e baixa renda aumentam a prevalência ansiedade, sendo ela um dos transtornos mais comuns nas mulheres (SEVERO et al., 2017).

Os achados da literatura se relacionam diretamente aos resultados encontrados nesta pesquisa. Através da aplicação do questionário IDATE para ansiedade traço e estado, observou-se que a percepção do declínio na saúde mental está relacionada ao agravo da insegurança alimentar. As gestantes e não gestantes do estudo classificadas com algum grau de insegurança alimentar apresentaram maiores percepções de ansiedade em relação às que se enquadram em situação de segurança alimentar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que a ansiedade, a qualidade de vida e insegurança alimentar são fatores sociais que estão estreitamente relacionados quando estudados em famílias nas quais haja a presença de mulheres, estando elas gestantes ou não gestantes.

O aumento da insegurança alimentar pareceu contribuir para uma percepção mais baixa dos domínios físicos, psicológicos, da autoavaliação, do meio ambiente, das relações sociais e para maior prevalência de ansiedade-traço e ansiedade-estado nas mulheres do estudo. Diante disso, a limitação ao acesso à alimentação em quantidade e qualidade suficientes e adequadas às necessidades de um domicílio pode diminuir a percepção de qualidade de vida, saúde física, psicológica e bem-estar geral.

Ressalta-se que o estudo tem uma relevância e importância significava, uma vez a sua análise pode subsidiar novos questionamentos, pesquisas e políticas públicas a respeito da insegurança alimentar e nutricional de famílias em situação de vulnerabilidade social, dentro do Estado da Paraíba ou em outras regiões do Nordeste.

Desse modo, verifica-se a necessidade de ampliar e fortalecer discursões, pesquisas e políticas públicas a respeito da temática de insegurança alimentar e suas consequências aos aspectos físicos, biológicos, mentais e sociais, visando assim uma melhor assistência multiprofissional e governamental a mulheres em período gravídico ou não, que estejam em situação de vulnerabilidade social.

Com isso, sugere-se que a temática da segurança alimentar e nutricional seja discutida de forma múltipla, intersetorial, interdisciplinar e inclusiva, para garantir o acesso irrestrito da população à alimentos de qualidade, práticas e estilo de vida saudáveis, cidadania e direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo, v. 25, n. 6, p. 90-285, 1998.

BIAGGIO, A. M. B. A decade of research on State-Traits in Brazil. In: Spielberger, Diaz-Guerrero R, eds. **Cross-cultural anxiety.** New York: Hemisphere, p. 157-167, 1970.

BICKEL, G. Guide to Measuring Household Food Security in the United States. **Food and Nutrition Service,** 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Lei de Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília: CONSEA, p. 1-18, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Comissão permanente de Direito Humano à Alimentação Adequada. **Guia para Análise de Políticas e Programas Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional sob a Perspectiva dos Direitos Humanos.** Brasília: CONSEA, 2006.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013**. IBGE, 2015.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 – POF**. Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança alimentar 2013**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica n° 128/2010.** Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2010.

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med**., v. 87 n. 4. p. 251-263, 2008.

BURITY, V. et al. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da**

Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, p. 204, 2010.

CAZELLA, L. G. et al. Qualidade de vida de mulheres e as características sociodemográficas associadas. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p. 34-39. 2019.

COSTA, R. O. M. et al. Fatores associados à insegurança alimentar em gestantes atendidas na rede pública de saúde de Lavras - Minas Gerais**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v. 22, n. 1, p. 137-145, 2022.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019**. Roma: 2019.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: **John Wiley**, 2000.

FERENTZ, L. M. S. Análise da qualidade de vida pelo método WHOQOL-BREF: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. **Estudo & Debate, Lajeado**, v. 24, n. 3, p. 116-134, 2017.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B., PAIK, M. C. Statistical methods for rates and proportions. **John Wiley & sons**, 2013.

Food and Agriculture Organization of the United Nations**. Direito à Alimentação e Segurança Alimentar e Nutricional nos Países da CPLP**. Diagnóstico de Base. Roma: FAO, 2011.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Organización Mundial de la Salud (OMS). **El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición.** Roma: FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS, 2018.

GANY, F. et al. **Health-Related Quality of Life of Food-Insecure Ethnic Minority Patients With Cancer**, 2015.

GRAY, J. A. Perspectives on Anxiety and Impulsivity A Commentary. **Journal of Research in Personality,** vol. 21, 493-509, 1987.

HEFLIN, C. M., SIEFERT, K.; WILLIAMS, D. Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. **Soc Sci Med**, v. 61, p. 1971–1982, 2005.

HETEM L. A; GRAEFF, F. G. Transtornos de ansiedade. São Paulo: **Atheneu**, 2004.

HOLDEN, K. B. et al. Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse african american women. **J. natl. med. assoc**., v. 104, p. 493-504, 2012.

HOMANN, D. et al. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. **Rev. bras. reumatol.**, v. 52, n. 3, p. 30-324, 2012.

HROMI-FIEDLER A. et al. Household food insecurity is associated with depressive symptoms among low-income pregnant latinas. **Matern Child Nutr**, v. 7, n. 4, p. 421- 430, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). Segurança alimentar. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

KEPPLE, A, SEGALL-CORRÊA, A. Conceituando e Medindo Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 11 - 19, 2008.

KIHLSTRÖM, L. et al. Food Insecurity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Analysis of Older Adults in Florida, U.S. Ecol**. Food Nutr.**, v. 58, p. 45–65, 2019.

KLUTHCOVSKYII, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKYII, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **I Jornada de Pedagogia e Psicologia da Faculdade Guairacá, Guarapuava**, PR, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2010.

LANDEIRO, G. M. B et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo.Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.10, p. 4257- 4266, 2011.

MALDONADO, M. T. Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 47, n. 10, p. 48-1639, 2005.

MELCHIOR, M. et al. Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. **Pediatrics**, v. 124, n. 4, p. 564-572, 2009.

MIRANDA, J. S., Ferreira MLSM, Corrente JE. Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 5, p. 09-803, 2014.

MORAIS, D. C. et al. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 88-1475, 2014.

OLIVEIRA, A. C. M.; BARROS, A. M. R.; FERREIRA R. C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 37, n. 11, p. 11-505, 2015.

OLIVEIRA, A. C. M.; TAVARES, M. C. M., BEZERRA, A. R. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste

brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 26-519, 2017.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Gender and perceived quality of life – research with professors from the health area. **Ciênc. saúde coletiva**., v. 17, n. 3, p. 47-741, 2012.

PEDROSO, B. et al. Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 4, p. 19-25, 2013.

PEQUENO, N. P. F. **Qualidade de vida e insegurança alimentar em adultos e idosos**: estudo Brazuca Natal. 2020. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S. SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n. 2, 2012.

PEREIRA, M.; LEAL, I. Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. **Psicol saúde doenças**, v. 16, n. 2, p. 66-254, 2015.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. An adapted version of the U.S. Depart - ment of Agriculture Food Insecurity Module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **Journal Nutrition**, v. 134, p. 8-1923, 2004.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Food Security and the 2015–2030 Sustainable Development Goals: From Human to Planetary Health. **Curr Dev Nutr**., v. 1, n. 7, 2017.

PEREZ-ESCAMILLA, R., VIANNA R. P. T. Food Insecurity and the Behavioral and Intellectual Development of Children: A review of the evidence. **J Appl Res Child: Informing Policy for Children at Risk**, v. 3, n. 1, 2012.

PIOSIADLO, L. C. M. et al. Subordination of gender: reflecting on the vulnerability to domestic violence against women. **Esc**. **Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 33- 728, 2014.

POBLACIÓN, A. et al. Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 37, 2021.

RADIMER K. et al. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. **Jornal Nutr Educ**, v. 24, p. 36-45, 1992.

RAMALHO, A. A. et al. Food insecurity during pregnancy in a maternal-infant cohort in Brazilian Western Amazon. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1578, 2020.

RODRIGUES, M, M.; FERNANDES, R. Á. Q. Qualidade de vida e morbidade referida de mulheres produtivamente ativas. **Enfermería Global**, n. 46, p. 258-269, 2017.

RUSSELL, J. C. et al. Food insecurity and poor diet quality are associated with reduced quality of life in older adults. **Nutr. Diet.,** v. 73, p. 50–58, 2016.

SANTOS, E. E. S. et al. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família em dois municípios paraibanos, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campina Grande, v. 28, n. 1, p. 1607-1617, 2020.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009**. Segurança Alimentar e Nutricional**, v.16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SEVERO, M. E; SANTOS, A. F.; PEREIRA, V. C. L. S. Ansiedade em mulheres no período gestacional. **Rev. Ciência Saúde Nova Esperança**; v. 15, n. 1, p. 79-89, 2017.

SHARKEY, J. R.; JOHNSON, C. M.; DEAN, W. R. Relationship of Household Food Insecurity to Health-Related Quality of Life (HRQOL) in a Large Sample of Rural and Urban Women. **Women Heal**, v. 51, p. 442–460, 2011.

SOARES, J. M. D. et al. (In)Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, p. 37-44, 2020.

SOUSA, S. Q. et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade**. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1925-1934, 2019.

SPIELBERGER, C. D, GORSUCH R. L., LUSHENE R. E. Manual for the state-trait anxiety inventory. **Consulting-Psychologists**, California, 1970.

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Soc Sci Med.,** v. 41, n. 10, p. 9-1403, 1995.

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**., v. 46, n. 12, p. 85-1569, 1998.

The WHOQOL Group. World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life.** Geneva: WHO, 1997.

TOURINHO, A. B.; REIS L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. **Ciência Saúde**, v. 23, n.1, p. 19-30, 2012.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. Estudo de qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuropsiquiátrica**, v. 64, n. 2, 2006.

VICENTE, S. R. C. R. et al. Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita. **Estud psicol**. Natal, v. 21, n. 2, p. 16-104, 2016.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.** Genebra: WHO, 1946.

WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).** In: Orley J., Kuyken W., p. 41-60, 1994.

WILHEIM, J. Qualidade de Vida e Tecnologias Alternativas. Seminário de Tecnologias Apropriadas para os Assentamentos Humanos. São Paulo, 1982.

WITTCHEN H. U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. **Depress Anxiety**, v. 16, n. 4, p. 71.-162, 2002.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONDICÕES DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA / FATORES DE RISCO ASSOCIADOS COM AS COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS EM GESTANTES

Prezada Senhora:

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer a situação de segurança alimentar, as condições de saúde, alimentação e qualidade de vida das famílias com gestantes e também avaliar a sua situação de saúde. O estudo está sendo desenvolvido por uma equipe de alunos da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação dos Profs. Drs. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Rafaela Lira Formiga Cavalcanti e supervisão de Walnizia Kessia Batista Olegário, Flavia Maiele Pedrosa Trajano e Maria Augusta C. B. Magno Viana. Solicitamos a sua colaboração respondendo algumas perguntas que serão feitas por um entrevistador devidamente identificado, sendo que esta pesquisa não apresenta nenhum risco nem será feito nenhum procedimento invasivo. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e artigos científicos. Sua participação não será identificada em nenhum momento e seu nome será mantido em sigilo. Essa pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 – Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas com seres humanos. Esclarecemos que a sua participação é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os participantes estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

_____

Assinatura da responsável pela pesquisa

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Kessia_olegario@hotmail.com/vianna@ccs.ufpb.br. Departamento de Nutrição: 3216-7499; Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFPB: eticaccs@ccs.ufpb.br – 3216-7791 – Fax: 3216-7791. Endereço: Cidade Universitária – Campus I – Conj. Castelo Branco – CCS – João Pessoa – PB – CEP 58.051-900

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declare o meu consentimento em participar da pesquisa. Como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONDIÇÕES DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA.

Pesquisador: RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78557717.6.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.413.361

Apresentação do Projeto:

Trata-se de analisar o projeto de pesquisa do Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Observar as relações de causa e efeito entre a insegurança alimentar e condições de saúde, alimentação e qualidade de vida.

Objetivos Secundários:

a) Formar duas coortes, sendo a primeira composta por famílias exclusivamente de adultos e a outra por famílias de mulheres gestantes.

b) Avaliar a situação de insegurança alimentar no início do seguimento para formar os grupos expostos e não expostos em cada coorte.

c) Descrever as características socioeconômicas e demográficas das famílias.

d) Avaliar a ocorrência dos desfechos de interesse do estudo no início do seguimento.

e) Acompanhar as variações da situação de segurança e insegurança alimentar e nutricional das

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

famílias ao longo do seguimento.
f) Medir a incidência dos desfechos nas duas coortes.
g) Descrever as características das relações de causalidade entre a insegurança alimentar e os desfechos estudados.
h) Calcular os riscos relativos e os riscos atribuíveis populacionais dos desfechos estudados em função da exposição à insegurança alimentar.
i) Verificar e calcular os riscos relativos da insegurança alimentar em função das características socioeconômicas e demográficas das famílias e dos
eventos de saúde, quando for o caso.
j) Testar a aplicabilidade de medidas repetidas da EBIA nas duas coortes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Mínimos, somente será realizado uma entrevista, que poderá trazer algum desconforto ao sujeito, podendo este sair a qualquer momento da pesquisa sem nenhum dano.
Benefícios:
Benefícios:
A pesquisa trará não só benefícios diretos aos participantes, mas também os resultados serão muito importantes para o conhecimento das relações da insegurança alimentar com as características de vida das famílias e com isso possibilitar a elaboração de política públicas adequadas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Será realizado um estudo de coorte prospectivo onde serão recrutadas famílias para compor duas coortes, a primeira de famílias de adultos e a segunda de famílias de gestantes.
A população do estudo são famílias SUS dependentes residentes no município de João Pessoa e cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da Família.
A amostra deste estudo será não probabilística, atendendo os critérios de inclusão de cada coorte a saber:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

Coorte de adultos - famílias compostas exclusivamente por adultos, independente do número de moradores, desde que todos compartilhem dos mesmos recursos.
Coorte de gestantes – famílias com pelo menos uma gestante, independente do período de gestação, porém com desenvolvimento normal da gestação. Totalizando uma amostra de 100 famílias, distribuídas igualmente entre os grupos.
Os dados das coortes serão coletados em visitas domiciliares durante o seguimento, por entrevistadores treinados que aplicarão questionário que aplicarão questionários estruturados devidamente pré-testados. Quando necessário serão realizados contatos telefônicos para confirmação de dados e coleta de informações mais simples e objetivas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O projeto em tela se encontra de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:
Recomenda-se manter a metodologia proposta e a escrever uma melhor redação dos riscos e benefícios da pesquisa na plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:
Caro pesquisador:

Informamos, que após análise do protocolo de pesquisa enviado por V.Sa. a esse colegiado, não foram detectadas pendências, e portanto, a situação do parecer final do colegiado é APROVADO. Para maiores informações consulte o Parecer Consubstanciado do CEP na lista documentos postados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008605.pdf	28/11/2017 16:40:52		Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia_departamento.pdf	28/11/2017 16:31:25	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	06/10/2017 16:38:52	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	universal_2016_coorte_inseg_alimentar_CEP.pdf	06/10/2017 16:37:38	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_plataforma_brasil.pdf	06/10/2017 16:37:21	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 04 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)