



 Glória Maria Sena Soares
 Hemily Lais Santos Farias
 Victoria Celeste Sena Soares
 Cynthia Lorena Teixeira de Araujo Lima
 Catarine Santos da Silva

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Nutrição. Santa Cruz, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Psicologia. Santa Cruz, RN, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz, Área de Nutrição. Santa Cruz, RN, Brasil.

Este manuscrito é proveniente do trabalho de conclusão de curso, intitulado "Insegurança alimentar e situação de saúde de gestantes do semiárido nordestino", autoria de Glória Maria Sena Soares e orientação de Catarine Santos da Silva, apresentado em Dezembro de 2022 na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, RN, Brasil.

Correspondência
Glória Maria Sena Soares
gloria.sena.709@ufm.edu.br

Insegurança alimentar e situação de saúde de gestantes do semiárido nordestino

Food insecurity and health status among pregnant women in the semiarid region of Northeast Brazil

Resumo

Introdução: O Brasil enfrenta um cenário de enfraquecimento das políticas públicas em saúde, principalmente as voltadas ao acesso à alimentação, afetando a qualidade de vida da população. **Objetivo:** Buscou-se investigar a situação de saúde e de segurança alimentar e nutricional de gestantes usuárias da Atenção Primária à Saúde de um município do interior do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal que analisou as condições de acesso aos alimentos por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, além de realizar avaliação antropométrica e de percepção de saúde de gestantes, através de questionário estruturado adaptado para tal fim. Realizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre as variáveis categóricas do estudo, considerando-se estatisticamente significante as associações com valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Identificou-se alta prevalência de insegurança alimentar (IA) entre a s gestantes (70,6%) e associação entre insegurança alimentar (IA) e doenças crônicas não transmissíveis ($p=0,036$) e programas sociais assistenciais ($p=0,028$). Apesar dos avanços enquanto sociedade, ainda há determinantes sociais fortemente relacionados à insegurança alimentar e nutricional da população, principalmente quanto à menor renda e na população beneficiária de programas socioassistenciais. **Conclusão:** Este estudo ressalta a necessidade de implantação e ampliação de políticas públicas que garantam o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável de gestantes – que se encontra gravemente violado –, haja vista sua importância para a saúde do binômio.

Palavras-chave: Insegurança Alimentar. Atenção Primária à Saúde. Gestantes. Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

Introduction: Brazil faces the weakening of public health policies, especially those directed at access to food, which affects the quality of life of the population. **Objective:** The aim of the present study was to investigate the health status of pregnant women in primary care in a municipality in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted involving an analysis of access to foods using the Brazilian Food Insecurity Scale, anthropometric measures and a questionnaire designed to collect information on the perception of health among pregnant women. The chi-square test was used to investigate associations between categorical variables, with a p-value < 0.05 considered indicative of statistical significance. **Results:** The prevalence of food insecurity was high among the pregnant women (70.6). Food insecurity was associated with chronic noncommunicable diseases ($p=0.036$) and being a beneficiary of social assistance programs ($p=0.028$). Despite advances in society, social determinants remain strongly associated with food and nutritional insecurity in the population, especially individuals with a low income and beneficiaries of social assistance programs. **Conclusion:** The present

findings underscore the need for the implantation and expansion of public policies that ensure the human right to adequate, healthy food among pregnant women, which has been severely violated, considering the importance to the health of the mother-child dyad.

Keywords: Food Insecurity. Primary Health Care. Pregnant Women. Public Health Policies..

INTRODUÇÃO

O Brasil vivenciou diversas circunstâncias que levaram a transformações no perfil social e de consumo alimentar da população. Diante disso, no ano de 1999, foi instituída a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), embasada em um conjunto de políticas públicas que seriam capazes de assegurar os direitos humanos relacionados à saúde e à alimentação. Nesse contexto, a PNAN reforça o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) como o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e quantidade suficientes, sem comprometer o acesso às demais necessidades essenciais.¹

No entanto, entre os anos 2017-2018, período pré-pandemia de Covid-19, a insegurança alimentar grave já marcava presença em cerca de 10,3 milhões de domicílios brasileiros.² Em 2020, com o surgimento da pandemia de Covid-19 e em meio a uma crise sanitária, a situação de insegurança alimentar no território brasileiro se agravou, levando à reflexão sobre o enfraquecimento das políticas sociais no país. Houve uma crescente significativa nas estimativas de insegurança alimentar, em curto período. Até final de 2021, havia 116,8 milhões de brasileiros em insegurança alimentar (IA) e 19 milhões em situação de fome. Com um novo inquérito feito em 2022, estimou-se que 125,2 milhões de brasileiros estão em IA, e mais de 33 milhões vivenciam a fome, retratada pela insegurança alimentar grave. Tal inquérito ainda trouxe os determinantes sociais associados à insegurança alimentar, e dentre eles, reafirmou a desigualdade de gênero como influente na distribuição da segurança e insegurança alimentar por sexo nos domicílios brasileiros, ou seja, mais de 6 em cada 10 domicílios com responsáveis femininas apresentaram algum nível de insegurança alimentar.^{3,4}

Historicamente, observou-se que as mulheres detinham maior vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional quando comparadas aos homens, constatando que a justiça de gênero é um fator relevante para a promoção de SAN. Paralelamente, a população feminina é restringida por sistemas patriarcais e capitalistas, os quais reduzem seu poder, seu acesso a alimentos e a outros bens e serviços. Todavia, as mulheres ocupam lugares significativos na cadeia produtiva, da produção até a distribuição dos alimentos, e muitas vezes, não são remuneradas ou são de forma inadequada.⁵

Ademais, referindo-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), houve a estruturação e implantação de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher, de forma a contemplar os princípios doutrinários que o regem. Logo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher surge com o objetivo de articular o aprimoramento das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, de forma a garantir e ampliar o acesso aos meios e serviços de saúde.⁶

Quanto à Atenção Primária à Saúde (APS), provedora da assistência qualificada às mulheres em um território de saúde, há principalmente o cuidado para as mulheres quando estão gestantes, por ser um dos ciclos da vida que exige acompanhamento integral. Contudo, a IA torna-se um fator de risco preocupante para essa população, haja vista que propicia comprometimento do estado nutricional, maior prevalência de anemias, hiperglicemias e outras intercorrências na saúde do binômio mãe e filho.⁷

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi investigar a situação de segurança alimentar e nutricional e saúde de gestantes usuárias da APS do município de Santa Cruz, RN.

MÉTODOS

População e amostra do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, realizado com as gestantes do município de Santa Cruz, localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte. A amostragem foi realizada por conveniência, a partir do seguinte critério de inclusão: gestantes em qualquer trimestre da gestação que estavam em acompanhamento de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Não foram incluídas no estudo as gestantes que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado previamente. Os dados foram coletados de abril a agosto de 2022, por meio da aplicação de questionário adaptado de Silva & Costa⁸ às gestantes após o atendimento de rotina do pré-natal nas UBS.

Variáveis

- **Condições demográficas, socioeconômicas, de saúde e estilo de vida**

O instrumento de pesquisa contemplou perguntas sobre as características sociodemográficas das gestantes, tais como estado civil, raça/cor, grau de escolaridade, renda familiar, ocupação e número de pessoas por domicílio. Ainda foi investigado se a gestante apresentava alguma doença crônica não transmissível (DCNT), além de questões sobre hábitos de vida que representavam ou não risco para a condição de saúde que a usuária apresentava naquele momento. A autopercepção de saúde foi avaliada através de pergunta sobre como a usuária classificaria seu estado de saúde, com as seguintes opções: excelente, boa, regular ou ruim.

- **Avaliação do consumo alimentar**

O questionário incluiu cinco perguntas simplificadas, baseadas nos “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”, buscando caracterizar a preferência por alimentos *in natura*, minimamente processados (opções de resposta “sim” e “não”) e ultraprocessados (opções de resposta com intervalos de frequência na semana (“1 vez por semana”, “3 vezes por semana” e “todos os dias”). Além disso, também se buscaram informações sobre a utilização de gorduras, sal e açúcar ao longo do dia (opções de resposta “sim”, “não” e “uso em maior quantidade”) e sobre planejamento de refeições e variedade do local de compra da alimentação (com opções de resposta “sim” e “não”).

- **Avaliação antropométrica**

Foram registrados os dados de peso pré-gestacional, peso atual e estatura, para identificar o estado nutricional pelas curvas de ganho de peso presentes na caderneta da gestante, que considera o estado nutricional pré-gestacional, para estabelecer a faixa de ganho de peso adequado - Baixo peso: 9,7 a 12,2 kg; Eutrófica: 8 a 12 kg; Sobrepeso: 7 a 9 kg; Obesa: 5 a 7,2 kg.⁹ Os valores referentes a peso pré-gestacional e estatura foram obtidos da caderneta da gestante da usuária, enquanto o peso atual foi aferido no momento da aplicação do questionário. As participantes seguiram adequadamente o protocolo previsto pelo Caderno de Atenção Básica para o público de gestantes.¹⁰

- **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar**

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), na sua versão completa, composta por 14 perguntas, fez parte do instrumento de pesquisa. Com relação à classificação, foram consideradas as categorias: Segurança alimentar (SA) - quando o escore de pontuação foi igual a 0; Insegurança

alimentar leve (IAL), - com valores de 1-5, para domicílios com menores de 18 anos e de 1-3, para domicílios sem menores de 18 anos; Insegurança alimentar moderada (IAM) - com valores de 6-9, para domicílios com menores de 18 anos e de 4-5, para domicílios sem menores de 18 anos; e Insegurança alimentar grave (IAG) - com valores de 10-14, para domicílios com menores de 18 anos e de 6-8, para domicílios sem menores de 18 anos. Para realização da análise estatística, as classificações foram categorizadas tal como a proposta metodológica do VIGISAN,⁴ na qual foram agregadas a SA e IAL e a IAM e IAG.

Análise dos dados

As informações presentes nos questionários foram digitadas no programa Excel versão de 2016, e a análise estatística foi conduzida por meio do programa SPSS versão 20.0. As variáveis contínuas foram assim categorizadas: idade da gestante em três faixas etárias (13 a 19 anos, 20 a 34 anos e acima de 35 anos); e idade gestacional foi classificada conforme o trimestre gestacional. Para análise da associação entre as variáveis, foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson, considerando-se estatisticamente significantes aquelas associações cujo $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/UFRN sob o nº 5.264.613 e CAAE 55491022.0.0000.5568.

RESULTADOS

Dentre as 98 mulheres participantes do estudo, 63,3% eram jovens adultas entre 20 e 34 anos e 46,9% encontravam-se no terceiro trimestre de gestação; a maioria já tinha vivenciado outras gestações (53,1%) (Tabela 1). A maioria das gestantes era de cor parda (63,4%), possuía ensino fundamental ou médio completo (62,2%) e não possuía trabalho (57,1%). Além disso, 67,3% referiram estar com cônjuge e residentes em domicílios com menos de quatro pessoas (69,4%) (Tabela 1). Quanto à renda familiar, 82,6% informaram ter até um salário mínimo e cerca de 46,9% disseram ser beneficiárias de algum programa governamental (sendo 97,8% do Programa Auxílio Brasil) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das condições socioeconômicas e demográficas de gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	n°	%
<i>Idade (anos)</i>		
13 a 19 anos	20	20,4
20 a 34 anos	63	64,3
35 anos e mais	15	13,3
<i>Idade gestacional</i>		
Primeiro trimestre	24	24,5
Segundo trimestre	28	28,6
Terceiro trimestre	46	46,9

Tabela 1. Caracterização das condições socioeconômicas e demográficas de gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	n°	%
<i>Primeira gestação</i>		
Sim	46	46,9
Não	52	53,1
<i>Raça/Cor</i>		
Branca	16	16,3
Preta	20	20,4
Parda	62	63,4
<i>Grau de escolaridade</i>		
Não sabe ler e escrever	5	5,1
Ensino fundamental incompleto	27	27,6
Ensino fundamental ou médio completo	61	62,2
Ensino Superior	5	5,1
<i>Ocupação</i>		
Trabalha	42	42,9
Não trabalha	56	57,1
<i>Estado civil</i>		
Com cônjuge	66	67,3
Sem cônjuge	32	32,7
<i>Pessoas por domicílio</i>		
1-3	68	69,4
≥4	30	30,6
<i>Renda familiar</i>		
Até um salário mínimo*	81	82,6
Mais de um salário mínimo	17	17,4
<i>Beneficiária de algum programa do governo</i>		
Não		
Sim	52	53,1
	46	46,9
<i>Qual programa governamental</i>		
Auxílio Brasil	45	97,8
Programa do Leite	1	2,2

*Salário Mínimo: R\$ 1.212,00.

Com relação às condições de saúde, assistência e estilo de vida das gestantes, 79,6% relataram ausência de doenças crônicas não transmissíveis (Tabela 2) e a maioria definiu sua autopercepção de saúde positivamente (65,3%), como “excelente” (11,2%) ou “boa” (54,1%). Embora a maioria tenha informado não ser tabagista (98%) ou não consumir bebidas alcoólicas (99%), 83,7% delas não praticavam atividade física e 78,6% citaram não ter tido atendimento com um profissional nutricionista durante a gestação. Por fim, a maioria informou ter realizado a suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação (77,6%) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das condições de saúde, assistência e estilo de vida de gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	n°	%
<i>Possui doença crônica não transmissível</i>		
Sim	20	20,4
Não	78	79,6
<i>Autopercepção de saúde</i>		
Excelente	11	11,2
Boa	53	54,1
Regular	31	31,6
Ruim	3	3,1
<i>Tabagista</i>		
Sim	2	2,0
Não	96	98,0
<i>Consumo de álcool</i>		
Sim	1	1,0
Não	97	99,0
<i>Praticante de atividade física</i>		
Sim	16	16,3
Não	82	83,7
<i>Já teve atendimento com nutricionista</i>		
Sim	21	21,4
Não	77	78,6
<i>Realizou suplementação de ferro e ácido fólico</i>		
Sim, somente ferro		
Sim, somente ácido fólico	10	10,2
Sim, de ambos	8	8,2
Não realizei suplementação	76	77,6
	4	4,1

Grande parte das gestantes referiu preferência por alimentos *in natura* (84,7%) (Tabela 3). Entre as que referiram não ter preferência (15,3%), 7,1% (n=7) relataram não gostar e 8,2% (n=8) afirmaram não ter acesso a esses alimentos (dados não apresentados na tabela). A maioria informou usar pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar ao longo do dia (81,6%), e 73,5% citaram não realizar planejamento da alimentação (Tabela 3). Dentre os motivos que levam a não realizar o planejamento, 47,2% (n=34) informaram não ter tempo disponível e 52,8% (n=38) informaram não ter interesse em planejar (dados não apresentados na tabela).

Quanto à frequência de consumo de ultraprocessados, 60,2% informaram usar apenas uma vez na semana, e sobre a variedade de escolhas do local que fazem compras, 90,8% julgaram fazer compras em local com variedade. No que concerne ao diagnóstico do estado nutricional, 66,3% das gestantes apresentaram baixo peso ou excesso de peso. Acerca da situação IA de gestantes, tem-se que a maioria apresentou algum grau de IA (79,6%) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do perfil alimentar e estado nutricional de gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	n°	%
<i>Possui preferência por in natura</i>		
Sim	83	84,7
Não	15	15,3
<i>Usa pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar ao longo do dia</i>		
Sim	80	81,6
Não	18	18,4
<i>Planeja a alimentação</i>		
Sim	26	26,5
Não	72	73,5
<i>Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados</i>		
Todos os dias	16	16,3
3 vezes na semana	23	23,5
1 vez na semana	59	60,2
<i>Variedade de escolhas do local que faz compras</i>		
Sim, tem variedade	89	90,8
Não tem variedade	9	9,2
<i>Estado nutricional</i>		
Baixo peso	19	19,4
Eutrofia	33	33,7
Sobrepeso	29	29,6
Obesidade	17	17,3
<i>Situação de segurança/insegurança alimentar</i>		
Segurança Alimentar	20	20,4
Insegurança Alimentar Leve	52	53,1
Insegurança Alimentar Moderada	15	15,3
Insegurança Alimentar Grave	11	11,2

Quanto à associação entre as características sociodemográficas e a situação de IA, verifica-se, na Tabela 4, que a variável “renda” apresentou valor de p limítrofe ($p=0,056$) ao considerado estatisticamente significativo. Observa-se que a prevalência de IAM ou IAG foi maior entre aquelas mulheres que recebiam menos que um salário mínimo. O recebimento de benefício financeiro esteve estatisticamente associado à situação de IA ($p=0,028$), sendo observado que a prevalência de IAM ou IAG esteve presente em maior frequência dentre as gestantes beneficiárias (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre características sociodemográficas e a situação de segurança/insegurança alimentar das gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	SA/ IA Leve		IA moderada/ IA grave		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	
<i>Idade (anos)</i>					0,276
13 a 19 anos	17	85,0	3	15,0	
20 a 34 anos	43	68,3	20	31,7	
35 anos e mais	12	80,0	3	20,0	
<i>Estado civil</i>					0,087
Com cônjuge	52	78,8	14	21,2	
Sem cônjuge	20	62,5	12	37,5	
<i>Raça/Cor</i>					0,282
Branca	13	81,2	3	18,8	
Preta	12	60,0	8	40,0	
Parda	47	75,8	15	24,2	
<i>Renda</i>					0,056
Até 1 salário mínimo*	57	50,4	24	49,6	
Mais de 1 salário mínimo	15	88,2	2	11,8	
<i>Ocupação</i>					0,597
Trabalha	32	76,2	10	23,8	
Não trabalha	40	71,4	16	28,6	
<i>Escolaridade</i>					0,070
Não sabe ler e escrever	2	40,0	3	60,0	
Ensino fundamental incompleto	17	63,0	10	37,0	
Ensino fundamental ou médio completo	48	78,7	13	21,3	
Ensino Superior	5	100,0	0	0,0	
<i>Pessoas por domicílio</i>					0,605
1-3					
≥4	51	75,0	17	25,0	
	21	70,0	9	30,0	
<i>Beneficiária de algum programa</i>					0,028
Não	43	82,7	9	17,3	
Sim	29	63,0	17	37,0	

*Salário mínimo: R\$ 1.212,00.

Ademais, sobre a associação da situação de insegurança alimentar com as condições de saúde, estilo de vida e perfil alimentar, constata-se, na Tabela 5, que a prevalência de IAM e IAG foi maior (45,0%) entre as gestantes que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis ($p=0,036$). O planejamento da alimentação não apresentou associação estatisticamente significativa com a IA, e

quanto à preferência por alimentos *in natura*, destaca-se o valor de p limítrofe ($p=0,058$) e a maior prevalência de IAM ou IAG nas gestantes que relataram tal preferência (Tabela 5).

Tabela 5. Associação entre condição de saúde, estilo de vida e perfil alimentar e a situação de segurança/insegurança alimentar de gestantes do município de Santa Cruz-RN, 2022.

Variáveis	SA/ IA Leve		IA moderada/ IA grave		Valor de p
	n	%	n	%	
<i>Possui doença crônica não transmissível</i>					0,036
Sim	11	55,0	9	45,0	
Não	61	78,2	17	21,8	
<i>Autopercepção de saúde</i>					0,144
Excelente	5	45,5	6	54,5	
Boa	42	79,2	11	20,8	
Regular	23	74,2	8	25,8	
Ruim	2	66,7	1	33,3	
<i>Praticante de atividade física</i>					0,880
Sim	12	75,0	4	25,0	
Não	60	73,2	22	26,8	
<i>Planeja a alimentação</i>					0,568
Sim	18	69,2	8	30,8	
Não	54	75,0	18	25,0	
<i>Preferência de in natura</i>					0,058
Sim	58	69,9	25	30,1	
Não	14	93,3	1	6,7	
<i>Frequência de consumo de ultraprocessados</i>					0,984
Diariamente	12	75,0	4	25,0	
3x por semana	17	73,9	6	26,1	
1x por semana	43	72,9	16	27,1	
<i>Variedades de escolha dos locais de compras</i>					0,628
Sim	66	74,2	23	25,8	
Não	6	66,7	3	33,3	
<i>Estado nutricional</i>					0,533
Baixo peso	14	73,7	5	26,3	
Eutrofia	23	69,7	10	30,3	
Sobrepeso	24	82,8	5	17,2	
Obesidade	11	64,7	6	35,3	

DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível identificar características sociodemográficas, demográficas, estilo de vida, perfil alimentar e estado nutricional das participantes, cujo nível de escolaridade predominante era o ensino fundamental ou médio completo, sem vínculo empregatício, com cônjuge, e que

recebiam até um salário mínimo. A maioria não apresentou doenças crônicas não transmissíveis, apesar de se encontrarem em excesso de peso, conhecido fator de risco para o desenvolvimento de tais doenças. Além disso, foi constatado algum grau de insegurança alimentar em parte significativa da população (79,6%).

O último relatório do II VIGISAN⁴ expõe que a renda familiar (ênfatisada como o principal fator associado), a escolaridade, as condições de emprego, existência de crianças no domicílio, endividamento e acesso aos programas assistenciais ainda são características sociais que se relacionam diretamente com o diferente grau de acesso à alimentação por uma população. Nisso, o presente estudo pressupõe que, em virtude de as gestantes pesquisadas serem em sua maioria pardas e pretas, com escolaridade no máximo até o ensino médio e estarem desempregadas, elas se tornaram alvo da insegurança alimentar.

Uma revisão sistemática conduzida por Leal, Alencar & Montaño¹¹ mostrou que a Região Nordeste apresentou maiores percentuais de IA por domicílio do que as outras regiões, totalizando cerca de 38,1%. Seguindo tal situação, os autores ainda trouxeram a forte associação de fatores como a pandemia de Covid-19, grau de escolaridade dos habitantes, enfraquecimento de políticas públicas que garantam SA, como influenciadores para o aumento da IA. Além disso, tais autores destacaram como fenômeno que gera impacto negativo à SA o processo de desertificação que a região possui dentre suas características, bem como a pluviosidade irregular e, associada a isso, a elevada evaporação. Nesse sentido, essas mesmas questões ainda podem estar repercutindo no crescimento da IA da região, levando a justificar a alta prevalência encontrada no presente estudo, cuja análise descritiva demonstra que 79,6% das gestantes pesquisadas apresentavam-se em algum grau de IA.

Além disso, observou-se que mais da metade das gestantes eram de cor preta e parda e a maioria relatou situação de IA moderada/grave. Nesse contexto, um estudo de mesma temática realizado no interior de Minas Gerais obteve resultados semelhantes, visto que nele 77% das gestantes analisadas eram autodeclaradas pretas e pardas e estavam em algum grau de IA.

Estudo sobre insegurança alimentar, consumo alimentar e estado nutricional de mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família no município de Palmeira das Missões, RS, encontrou alta prevalência de IA (91,5%), em que 29,9% e 15,9% seriam de IA moderada e grave, respectivamente. Esse fato também foi observado no presente estudo, visto que 37% das gestantes vinculadas a algum programa social relataram situação de IAM ou IMG. Nesse contexto, tais situações podem estar acontecendo devido à renda limitada para o custeio com alimentação e altos preços dos alimentos, resultando na adoção de escolhas alimentares pouco variadas, com consumo mínimo de vegetais, junto a altos consumos de industrializados, ricos em açúcares, gorduras saturadas e sódio. Paralelamente, surge a relação entre IA, pobreza e estado nutricional das famílias, expondo a diminuição tanto qualitativa como quantitativa da aquisição de alimentos.

Estudo realizado com famílias residentes de Salvador, BA, que buscou analisar a relação entre raça, gênero e fome, traz a diferença salarial para as mesmas funções baseada na raça como uma das dificuldades persistentes ainda no mercado de trabalho, fomentando a desigualdade racial e com impacto negativos nas famílias negras, haja vista que estas se deparam com uma menor capacidade de adquirir bens e de ter acesso a uma alimentação mais digna.¹²

Nessa conjuntura, apesar de alguns avanços sociais, como os das políticas públicas - como a Lei nº 12.711, de agosto de 2012, que dispõe sobre cotas¹³-, terem acontecido na busca por reduzir

as iniquidades referentes à raça, ainda há condições intrinsecamente relacionadas às disparidades sociais. Assim, faz-se necessário que haja a continuidade dos movimentos e ações na busca por oportunidades igualitárias para alcançar uma sociedade mais justa.¹⁴ Cabe reafirmar, então, a relevância de promover e instituir políticas intersetoriais que sejam capazes de garantir a essa população o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).¹⁵

A variável “renda” mostrou-se, neste estudo, com significância estatística limítrofe, o que evidencia como esse fator é o determinante social que mais se relaciona com o acesso à alimentação. Estudo realizado no estado de Pernambuco, na Região Nordeste, buscou investigar quais determinantes sociais estariam associados à IA. Dentre os encontrados, havia a renda *per capita*, que é um fator decisivo para melhorar a situação de IA. Ainda, a variável “renda” se mostrou inversamente proporcional à insegurança alimentar, ou seja, quanto menor o valor de renda *per capita*, maior o gasto do domicílio com aquisição de alimentos, e maiores as chances das preferências por grupos alimentares mais baratos, aumentando assim o consumo de ultraprocessados.¹⁶ Recentemente, revisão sistemática identificou que a IA se relacionava com as desigualdades sociais - tais como renda, número de moradores por domicílio, menor escolaridade e outros -, e evidenciou a renda como indicador social de maior associação com IA.¹⁷

A maior parte das mulheres estudadas não relatou doenças crônicas não transmissíveis, o que é uma característica benéfica nessa população. Por outro lado, observou-se que, entre as mulheres que apresentavam DCNT, 45,0% estavam em condição de IA moderada ou grave ($p=0,036$). Tal associação evidencia a influência do processo de transição nutricional relacionado ao padrão de vida moderno e industrializado, o qual interfere no perfil de saúde e nutrição da população, agravando as disparidades socioeconômicas. A globalização generalizou o acesso aos alimentos ultraprocessados, pois possibilitou a modificação dos hábitos alimentares da população para que fossem preferíveis alimentos pré-prontos ou prontos e mais acessíveis financeiramente, tornando a dieta um dos principais fatores associados ao surgimento e agravamento de DCNT. Além disso, o estilo de vida também está entre os fatores determinantes, tendo em vista a alta frequência de sedentarismo entre gestantes do presente estudo, mesmo nas que relataram desemprego. Assim, reflete-se sobre a inter-relação entre estilo de vida, renda insuficiente e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados - por serem um grupo de mais fácil aquisição financeira - e o surgimento de DCNT juntamente com algum grau de IA.^{18,19}

CONCLUSÃO

Diante dos dados, reconhece-se a magnitude da existência de IA nas gestantes atendidas pela APS no território de Santa Cruz, RN. Ressalta-se a importante relação encontrada entre AI e presença DCNT, que pode ser explicada pelo maior acesso e consumo de ultraprocessados.

Consideram-se como limitações deste estudo o tamanho amostral, que foi consequência da logística de deslocamento para coleta de dados em todas as UBS, ausência de dias fixos padronizados para que as gestantes estivessem nas unidades e poucos entrevistadores para aplicar o questionário do estudo, visto que foi estudo realizado sem financiamento de órgãos de fomento. Ainda, convém expor a dificuldade em se medir a IA, uma vez que esta é atravessada por diversos fatores biopsicossociais e que nenhum fator analisado isoladamente é capaz de abarcar toda a sua dimensão.

Desta forma, é urgente que haja uma atuação mais ativa da gestão, em suas hierarquias de esferas, para o fomento e implementação de políticas públicas intersetoriais, visando garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável sem o comprometimento de outras instâncias necessárias para a qualidade de vida, conforme previsto na Constituição Federal brasileira. Ademais, é notório que se deve buscar também, um alinhamento da gestão com o planejamento e execução de atividades de educação alimentar e nutricional, para que seja alcançado também o conhecimento e desenvolvimento da autonomia para escolhas alimentares mais saudáveis para a população

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [texto da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado em 15 de outubro de 2022]: [88 p.]. Disponível em: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23237>
2. Salles-Costa R, Ferreira AA, Mattos R de, Reichenheim M, Pérez-Escamilla R, Bem-Lignani J de, et al. National Trends and Disparities in Severe Food Insecurity in Brazil between 2004 and 2018. *Current Developments in Nutrition* [Internet]. 2022 Mar 7 [cited 2022 May 23];6(4). Available from: <https://doi.org/10.1093%2Fcdn%2Fznac034>
3. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Goiânia (GO): Rede PENSSAN; 2021 [citado em 20 de outubro de 2022]: [66 p.]. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf
4. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil: II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Goiânia (GO): Rede PENSSAN; 2022 [citado em 18 de outubro de 2022]: [122 p.]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
5. Oliveira MS da S. Desigualdades de gênero e (in)segurança alimentar e nutricional: olhares a partir do conceito de justiça de gênero de Nancy Fraser. *Demetra: Alim Nutr Saude*. 1 de Julho de 2020;15:e47218. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.47218>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes [texto da internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011 [citado 2023 Maio 08]:[82 p.]. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes_2009.pdf

7. Ribeiro-Silva R de C, Pereira M, Campello T, Aragão É, Guimarães JM de M, Ferreira AJ, et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. Setembro de 2020;25(9):3421-30.
8. Silva JB da, Costa EC. Autopercepção da saúde e fatores associados em usuários da Atenção Básica à Saúde, de Vitória de Santo Antão, PE. *Demetra: Alim Nutr Saude*. 27 de abril de 2021;16:e51740. <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51740>
9. Kac G, Carilho TRB, Rasmussen KM, Reichenheim ME, Farias DR, Hutcheon JA, et al. Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. *The American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2021 May 8 [cited 2022 May 23];113(5):1351–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33740055/>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [texto da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado em 15 de outubro de 2022]: [318 p.] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
11. Leal TLMC, Alencar NRO, Montano RAM. Segurança alimentar e o semiárido brasileiro. *Saude e Meio Ambient.: Rev Interdisciplin*. 16 de março de 2021;10:78–90. <https://doi.org/10.24302/sma.v10.3078>
12. Silva SO da, Santos SMC dos, Gama CM, Coutinho GR, Santos MEP dos, Silva N de J. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cad Saude Publica* [Internet]. 5 de agosto de 2022 [citado em 26 de outubro de 2022];38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MQHNQz5GH9NmxjZpFm3zC3r/?lang=pt>.
13. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 ago 2012.
14. Costa ROM, Poblacion A, Giudice CL, Moura LCM de, Lima AAR, Lima DB, et al. Factors associated with food insecurity among pregnant women assisted by Universal Health Care in Lavras - Minas Gerais State. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2022 may 9 [cited em 2022 Nov 2];22:127-35. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zTcMYVnBVFzKBFKWJFzqP4n/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100008>
15. Franco JG, Bueno MC, Kirsten VR, Leal GV da S. Insegurança alimentar, consumo alimentar e estado nutricional de mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. *Cien Saude*. 6 de dezembro de 2019;12(3):32907. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2019.3.32907>

16. Silva CS da, Lima M de C, Oliveira JS, Tavares FC de LP, Leal VS, Valente FLS, et al. Situação de insegurança alimentar em domicílios de Pernambuco, Região Nordeste do Brasil: contribuições para discussão da violação do direito à alimentação. Saude Soc [Internet]. 10 de outubro de 2022;31(4):e210617pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210617pt>
17. Lignani J de B, Palmeira P de A, Antunes MML, Salles-Costa R. Relationship between social indicators and food insecurity: a systematic review. Revista Brasileira de Epidemiologia. 6 de julho de 2020;23:e200068. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32638851/>
18. Amaral TLM, Ramalho AA, Cunha SS da, Medeiros IMS, Amaral C de A, Vasconcellos MTL de, et al. Padrões alimentares e doenças crônicas em inquérito com adultos na Amazônia. Demetra: Alim Nutr Saude [Internet]. 2022;17:e63148. <https://doi.org/10.12957/demetra.2022.63148>
19. Barros D de M, da Silva APF, de Moura DF, Barros MVC, Pereira AB de S, Melo M de A, et al. A influência da transição alimentar sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis. Braz J Dev [Internet]. 28 de julho de 2021 [citado em 2 de novembro de 2022];7(7):74647-64. Disponível:<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/33526>. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-579>

Colaboradores

Soares GMS e Silva, CS participação na idealização e execução do desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação dos dados, na redação do estudo, na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão; Farias HLS participação na coleta, análise e interpretação dos dados, e na redação do estudo; Soares VCS e Lima CLTA participação na idealização e execução do desenho do estudo, participação na coleta, análise e interpretação dos dados.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 15 de março de 2023

Aceito: 27 de junho de 2023