

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CAROLINE NICKEL ÁVILA

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES

Pelotas

2018

CAROLINE NICKEL ÁVILA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM GESTANTES EM UM
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Janaína Vieira dos Santos Motta

Pelotas

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A958i Ávila, Caroline Nickel
Insegurança alimentar em domicílios com gestantes em um município do Sul do Brasil. / Caroline Nickel Ávila. – Pelotas: UCPEL, 2018.

136 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientadora: Janaína Vieira dos Santos Motta.

1. segurança alimentar e nutricional. 2. insegurança alimentar. 3. gravidez. 4. transversal. I. Motta, Janaína Vieira dos Santos, or. II. Título.

CDD 613

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM GESTANTES
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Luciana de Ávila Quevedo
Universidade Católica de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Formoso Assunção
Universidade Federal do Rio Grande

Prof^a. Dr^a. Janaína Vieira dos Santos Motta (Orientadora)
Universidade Católica de Pelotas

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e pela capacidade de buscar conhecimento e colocar o conhecimento adquirido em prática em prol da compaixão ao próximo. Toda honra e toda glória a Ele.

Agradeço a minha mãe, a qual eu dedico também este volume e o título de mestre. Minha companheira de todas as horas e impulsionadora de todas as minhas conquistas, principal financiadora deste sonho que está se concretizando. Somos duas forças em uma só pessoa. Obrigada pelo amor incondicional, pelo zelo absoluto, por me aquecer no teu ninho. És tudo pra mim. Este título é nosso! Obrigada por sermos nós, te amo muito mãe.

Agradeço ao meu avô Zeno meu amigo e companheiro, exemplo de ser humano, trabalhador e honesto, sempre preocupado em me proporcionar as melhores condições para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Obrigada por tudo, pelo carinho, cuidado e amor. Que eu possa levar para minha prática profissional tua compaixão com o próximo, que eu tenho aprendido dia após dia contigo. És mais que um avô pra mim, és um pai. Te amo muito vô.

Agradeço a minha avó Nelly (in memoriam), que tanto disponibilizou seu tempo pra cuidar de mim, me dar amor, carinho e me tornar o ser humano que sou hoje. Obrigada por tudo que fizeste por mim, sei que onde quer que esteja estás vibrando por cada conquista minha, essa conquista é nossa, pode gritar de onde estiver “BINGO!”. Tudo que eu sou tem muito de ti, te amo muito vó. És presença sempre, em cada batida do meu coração.

Agradeço ao meu namorado Tiago, por todo amor, carinho e atenção. Por todo tempo despendido pra mim, pela força concedida nos momentos difíceis, por ter estado ao meu lado durante a realização deste sonho, me impulsionando. Tu és um sonho já concretizado. Agradeço pelo zelo que tens comigo, por sermos nós. Obrigada! Somos amor, respeito, verdade e reciprocidade. Somos tão nós, que éramos tão singulares e de repente nos vimos plural.

As minhas cachorrinhas Nina e Mel, que já nasceram sabendo fazer o mais importante (e o que a gente leva a vida inteira pra aprender): amar incondicionalmente. Obrigada por todo amor incondicional.

A minha orientadora Janaína, sempre disponível e disposta a ensinar e auxiliar. Pelo conforto em tempos difíceis, pelos risos e bom humor em cada orientação e pela atenção. Obrigada por tudo. A ti que me proporcionou o primeiro contato com pesquisa durante o primeiro semestre de graduação em 2013, quando fiz parte da tua primeira turma de Bioestatística e Epidemiologia na Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas,

que plantaste a semente científica em mim. Hoje sou mais uma apaixonada pelo tema Insegurança Alimentar graças a ti. Que a inquietação que colocaste em mim pela necessidade de melhora da qualidade de vida desses indivíduos não se apague. Muito obrigada, até o doutorado!

A Clarissa Martins e a Mariana Bonati, pela disposição e auxílio quando necessitei, muito obrigada.

As amigas que fiz no PPGSC, pelo tempo compartilhado, anseios divididos e histórias cruzadas, que possamos nos cruzar e florescer no doutorado. O mestrado foi muito mais leve com vocês, obrigada.

Aos mestres do PPGSC que transmitiram com sabedoria o conhecimento por eles adquirido. Obrigada pela educação de qualidade recebida. Muito obrigada a todos vocês, inesquecíveis professores.

A todos os funcionários do PPGSC que contribuem diariamente para que as aulas, as orientações e pesquisas sejam realizadas em condições adequadas e agradáveis.

Agradeço as gestantes que doaram seu tempo para que a pesquisa fosse realizada e contribuíram para a realização deste estudo e para o avanço da pesquisa.

Agradeço a banca examinadora, Luciana de Ávila Quevedo e Maria Cecília Formoso Assunção, escolhida carinhosamente, que aceitaram avaliar meu trabalho com dedicação. Agradeço pelo tempo concedido e pela árdua tarefa de avaliar-me a fim de conceder-me o título de mestre.

Agradeço de forma geral a todas as pessoas que não foram aqui citadas, mas que são importantes pra mim ou foram importantes em algum momento desta etapa da minha vida, que doaram seu tempo para compartilhar risos ou ouvir minhas lamentações, a quem soube entender minha ausência quando eu queria ser presença: **MUITO OBRIGADA!**

Epígrafe

“Não que, por nós mesmos, sejamos capazes de pensar alguma coisa, como se partisse de nós; pelo contrário, a nossa suficiência vem de Deus.”

2 Coríntios 3:5

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal baseado em dados obtidos por uma pesquisa de intervenção realizada pela Universidade Católica de Pelotas, entre os anos de 2016 e 2018 na cidade de Pelotas, com uma amostra representativa de gestantes nos dois primeiros trimestres de gestação (n=729). A mensuração da prevalência de Insegurança Alimentar foi feita através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, que um método direto de medir a condição domiciliar de Segurança Alimentar e classifica a Insegurança Alimentar em três níveis: leve, moderado e grave. Para a obtenção das variáveis socioeconômicas e demográficas foi aplicado questionário padronizado. Para a análise estatística foi utilizado o programa Epidata 3.1, para dupla digitação dos questionários. A análise dos dados foi realizada pelo software Stata versão 15.0. Para as análises bivariadas, foi utilizado o teste qui-quadrado, o valor p de <0,05 foi considerado estatisticamente significativo, e, para a análise de tendência das variáveis ordinais foi utilizado o qui-quadrado de tendência linear. A prevalência de Insegurança Alimentar foi de 31,0%, sendo o nível moderado encontrado em 3,8% dos domicílios, mesma prevalência encontrada para o nível grave. Maiores prevalências de Insegurança Alimentar foram encontradas entre gestantes mais jovens (≤ 19 anos), que residiam em domicílios chefiados por mulheres, onde a pessoa de maior renda da família apresentava baixa escolaridade (0–4 anos), que recebiam benefício do Programa Bolsa Família, que não trabalhavam de forma remunerada, que não viviam com companheiro, com quatro ou mais indivíduos morando no mesmo domicílio e que tinham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos no domicílio. A prevalência de Insegurança Alimentar encontrada em domicílios com gestantes no município de Pelotas foi elevada, considerando a enorme vulnerabilidade correspondente a este grupo populacional, estando associada a todas as variáveis socioeconômicas e demográficas aqui estudadas. Os resultados obtidos no presente estudo permitem o melhor planejamento e o aprimoramento de políticas públicas de alimentação e nutrição.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Insegurança Alimentar; Gravidez; Transversal

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the prevalence and factors associated with food insecurity in households with pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study based on data obtained from an intervention research conducted by Universidade Católica de Pelotas, between the years 2016 and 2018 in the city of Pelotas, with a representative sample of pregnant women in the first two trimesters of gestation (n =729). The measurement of the prevalence of food insecurity was done through the Brazilian Scale of Food Insecurity, which is a direct method of measuring the household condition of Food Security and classifies Food Insecurity in three levels: mild, moderate and severe. A standardized questionnaire was used to obtain the socioeconomic and demographic variables. For the statistical analysis, the Epidata 3.1 program was used, for double typing of the questionnaires. Data analysis was performed by Stata software version 15.0. For the bivariate analyzes, the chi-square test was used, the p-value of <0.05 was considered statistically significant, and, for the trend analysis of the ordinal variables, the chi-square of linear trend was used. The prevalence of food insecurity was 31.0%, with the moderate level found in 3.8% of households, the same prevalence found for the severe level. Higher prevalences of food insecurity were found among younger women (≤ 19 years old), who lived in households headed by women, where the person with the highest income in the family had low schooling (0-4 years), who received a benefit from the Bolsa Família Program, who did not work in a paid way, who did not live with a partner, with four or more individuals living in the same household and who had at least one individual under the age of 18 at home. The prevalence of food insecurity found in households with pregnant women in the city of Pelotas was high, considering the enormous vulnerability corresponding to this population group, being associated with all the socioeconomic and demographic variables studied here. The results obtained in the present study allow better planning and improvement of public policies of food and nutrition.

Key words: Food and Nutrition Security; Food Insecurity; Pregnancy; Cross-sectional

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. PROJETO DE PESQUISA.....	11
3. ALTERAÇÕES NO PROJETO.....	81
4. ARTIGO.....	83
5. RELATÓRIO PARA A IMPRESA.....	100
6. ANEXOS.....	103
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
Anexo B: Carta de aprovação do comitê de ética.....	107
Anexo C: Questionário.....	112

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, requisito indispensável para obtenção do título de mestre foi elaborada pela mestranda Caroline Nickel Ávila, sob orientação da professora Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta e é composta por cinco partes:

- I. Projeto de Pesquisa, qualificado no dia 11 de dezembro de 2017, com incorporação das sugestões da banca examinadora, sendo esta composta pela professora Dra. Luciana de Ávila Quevedo e pela Dra. Mariana Bonati de Matos.
- II. Alterações no Projeto, realizadas mediante entendimento das autoras de que as variáveis gestacionais anteriormente inclusas no projeto não tinham sido descritas suficientemente na literatura para posterior discussão, sendo elas substituídas no artigo.
- III. Artigo, intitulado “*Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes em um município do sul do Brasil*” a ser submetido para a revista Cadernos de Saúde Pública.
- IV. Relatório para a imprensa.
- V. Anexos do projeto de pesquisa.

2. PROJETO DE PESQUISA

RESUMO DO PROJETO

O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e testar sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. A situação de Insegurança Alimentar em gestantes pode acarretar em restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, nascimento de conceito com menor índice de Apgar, entre outros. Sendo necessário manter aporte alimentar e nutricional adequado a gestante, para garantir o desenvolvimento intrauterino satisfatório. A Insegurança Alimentar é mensurada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, sendo os setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram selecionados, de forma sistemática, domicílios em cada setor censitário. Primeiro foram listados os 488 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas de acordo com a malha do Censo de 2010, para o posterior sorteio de 244 setores. Todas as mulheres, nos dois primeiros trimestres de gestação encontradas na busca são convidadas a participar da pesquisa. Estima-se que a amostra seja composta por 1256 gestantes. Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData 3.1 com checagem automática de amplitude e consistência. As análises estatísticas serão realizadas pelo programa Stata 12.0. Para a descrição das variáveis será apresentado o número absoluto e a frequência relativa. Em todas as análises irá assumir-se um nível de significância de 5% e um poder de 80%. Como resultado principal, espera-se encontrar uma prevalência de aproximadamente 25% de Insegurança Alimentar em domicílios que residem gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional. Gestantes. Transversal.

PROJECT ABSTRACT

The present study aims to evaluate the prevalence of food insecurity in houses with pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, and to test their association with socioeconomic and demographic variables. The situation of Food Insecurity in pregnant women can lead to restriction of intrauterine growth, low birth weight, birth of a concept with lower apgar index, among others. It is necessary to maintain adequate food and nutritional intake to pregnant women to ensure satisfactory intrauterine development. Food insecurity is measured by the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). It is a cross-sectional study nested in an intervention study. The sampling process was carried out in several stages, and the census tracts were delimited by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The houses were systematically selected in each census tract. First, the inventories of the 488 census tracts of the urban zone of Pelotas according to the 2010 Census grid, for the subsequent draw of 244 sectors. All women, in the first two trimesters of pregnancy found in the search are invited to participate in this research. It is estimated that the sample is composed of 1256 pregnant women. The data are double typed in the EpiData 3.1 program with automatic check of breadth and consistency. Statistical analyzes are performed by the Stata 12.0 program. For a description of the variables will be the absolute version and the relative frequency. In all the analyzes a level of significance of 5% and a power of 80% are assumed. As a main result, it is expected to find a prevalence of approximately 25% of Food Insecurity in houses that pregnant live in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil.

Keywords: Food and Nutrition Security. Pregnant Women. Cross-sectional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Revisão de literatura da Insegurança Alimentar no Brasil.....	29
Quadro 2 – Revisão de literatura da Insegurança Alimentar em gestantes.....	60
Quadro 3 – Cronograma.....	75
Quadro 4 – Orçamento.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MeSH	Medical Subject Headings
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
USDA	Departamento de Agricultura dos Estados Unidos

SUMÁRIO

PROJETO

1 IDENTIFICAÇÃO.....	17
1.1 Título	17
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho (ex. Mestrando).....	17
1.3 Orientador	17
1.4 Instituição	17
1.5 Curso	17
1.6 Linha de pesquisa	17
1.7 Data	17
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	20
4 HIPÓTESES	22
5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 Revisão da Insegurança Alimentar no Brasil.....	23
5.2 Revisão da Insegurança Alimentar em gestantes.....	56
6 MÉTODOS	69
6.1 Delineamento	69
6.2 Participantes	70
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	70
6.4 Análise dos dados.....	73
6.5 Aspectos éticos	73
6.6 Cronograma	75
6.7 Orçamento	75
7 REFERÊNCIAS	76

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

1.2 Mestranda: Caroline Nickel Ávila

1.3 Orientador: Prof^a Dr^a. Janaína Vieira dos Santos Motta

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde materno-infantil

1.7 Data: 11 de dezembro de 2017

2. INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional se refere à realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas. É baseada em práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam cultural, social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006). Este conceito é sustentado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que foi aprovada no Brasil em 2006 e que garante a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil.

Diante disso, a Insegurança Alimentar trata-se da preocupação e angústia diante a incerteza de dispor regularmente de alimento, até a vivência de fome por não ter o que comer, ocorrendo à perda da qualidade nutritiva dos alimentos, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos, sendo estas as estratégias adotadas para enfrentar essa adversidade (BICKEL *et al.*, 2000).

Segundo Bickel *et al.* a Insegurança Alimentar pode ser classificada em três níveis, sendo eles: Insegurança Alimentar leve, onde é evidente a preocupação dos membros da família quanto à adequação do abastecimento alimentar doméstico, há redução da qualidade dos alimentos e um aumento dos padrões de adaptação alimentar, havendo pouca ou nenhuma redução na ingestão de alimentos; Insegurança Alimentar moderada refere-se à redução da ingestão de alimentos entre os adultos da família, implicando na experimentação da sensação física de fome entre os adultos, no caso de famílias com crianças, essas reduções não afetam as mesmas nessa fase; Insegurança Alimentar grave, onde todos os membros adultos da família com crianças, bem como as próprias crianças, reduzem o consumo de alimentos, de forma a indicar que as crianças passaram fome (BICKEL *et al.*, 2000).

No Brasil, apesar dos progressos ocorridos nas políticas de inclusão social nos últimos anos, são ainda elevadas as prevalências de Insegurança Alimentar, sendo evidente as diferenças entre as regiões geográficas do país para este indicador, especialmente entre as regiões Nordeste e Sul. Diferença que também é encontrada entre indicativos socioeconômicos, como renda *per capita* e escolaridade, reflexo da desigualdade social no país (BATISTA; RISSIN, 2003; IBGE, 2010) e que geralmente se associam positivamente a ocorrência de Insegurança Alimentar, afetando diretamente a qualidade de vida da população (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2001), especialmente em famílias que são compostas por crianças e gestantes (ANTUNES; SICHERI; SALLES-COSTA, 2010; PARK; EICHER-MILLER, 2014).

Famílias compostas por gestantes são consideradas de risco para Insegurança Alimentar, devido às diversas vulnerabilidades a que estão expostas, sendo elas socioeconômicas, demográficas ou de saúde. A gestação é um fenômeno fisiológico que ocasiona uma série de modificações no organismo da mulher (BEERS; BERKOW, 2000; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002; BAIÃO; DESLANDES, 2006), é o período que requer maior demanda nutricional durante o ciclo da vida, considerando que durante a gestação ocorre rápida divisão celular e desenvolvimento de novos órgãos e tecidos (ISMAIL; CHANG, 2012), tendo como intuito garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal.

Dentre os riscos da situação de Insegurança Alimentar durante a gestação, destaca-se que um insuficiente aporte energético-nutricional pode levar a concorrência materno-fetal pela disponibilidade de nutrientes, ocasionando um comprometimento do adequado desenvolvimento fetal, causando restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, entre outros (ISMAIL; CHANG, 2012) bem como afetando a qualidade de vida materna.

Para evitar tais complicações, é necessário manter um adequado estado nutricional da gestante para assegurar um aporte de nutrientes adequado ao feto, proporcionando um desenvolvimento intrauterino satisfatório, através da alimentação e da nutrição adequadas, sendo estas condições reconhecidas como uma importante condição para uma gestação saudável (CASTRO; CASTRO; KAC, 2013).

Existem poucos estudos com gestantes sobre a situação de Insegurança Alimentar. No Brasil, apenas um estudo foi realizado em Maceió, com gestantes atendidas pela rede pública de saúde municipal, contudo, os únicos resultados que se mostraram associados à Insegurança Alimentar foram hiperglicemia materna e níveis pressóricos maternos elevados, os demais resultados não se apresentaram estatisticamente significativos, induzindo a necessidade da realização de novos estudos (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017). Já nos Estados Unidos, estudo de coorte realizado com gestantes de baixa e média renda apontou que um quarto da amostra vivia em Insegurança Alimentar. Constatou ainda que a prevalência de Insegurança Alimentar esteve diretamente associada ao nível de pobreza, com a baixa escolaridade e com a participação em programas de auxílio alimentar (LARAIA *et al.*, 2006).

Frente ao exposto, considerando o impacto da condição de Insegurança Alimentar e sua influência sobre a saúde, além da escassez de literatura sobre o assunto, o presente projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar a prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

3.2 Específicos

- Investigar a prevalência dos níveis de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil;
- Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com a renda mensal familiar;
- Aferir a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com a escolaridade da pessoa de maior renda da família;
- Verificar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com o sexo do chefe da família;
- Analisar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com o número de indivíduos residentes no mesmo domicílio;
- Mensurar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com a presença de indivíduos menores de 18 anos no domicílio;
- Averiguar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com o planejamento da gestação;

- Investigar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com a paridade;

- Identificar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com a expectativa de amamentação;

- Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com o recebimento do Programa Bolsa Família.

4. HIPÓTESES

- O nível de Insegurança Alimentar Leve será o mais prevalente nas gestantes, da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será mais alta em domicílios onde as famílias apresentarem menor renda mensal familiar;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será mais elevada em domicílios em que a pessoa de maior renda da família apresentar baixa escolaridade;
- Em domicílios onde o chefe da família for do sexo feminino a prevalência de Insegurança Alimentar será maior;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será mais alta quando houver maior número de moradores no mesmo domicílio;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será mais elevada em domicílios com presença de moradores menores de 18 anos de idade;
- Em domicílios em que a gestação não foi planejada a prevalência de Insegurança Alimentar será mais elevada;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será mais alta em primíparas;
- Em gestantes que tem maior expectativa de amamentar a prevalência de Insegurança Alimentar será maior;
- A prevalência de Insegurança Alimentar será maior em famílias que recebem auxílio do Programa Bolsa Família.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Para o presente estudo, considerou-se a importância de fazer duas revisões bibliográficas, sendo a primeira uma revisão de literatura sobre a Insegurança Alimentar no Brasil, considerando todas as populações e todas as áreas geográficas, a fim de englobar mais conhecimento e maior número de informações. E a segunda uma revisão bibliográfica com todos os artigos encontrados sobre a Insegurança Alimentar em gestantes, não sendo utilizado nesta revisão o limite Brasil.

5.1 Insegurança Alimentar no Brasil

Para a presente revisão de literatura realizou-se uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Para a busca na base de dados LILACS foram utilizados os descritores: "Insegurança Alimentar" OR "Segurança Alimentar" OR "Segurança Alimentar e Nutricional" AND Brasil; os descritores ficaram da seguinte maneira após a busca: tw:(`"insegurança alimentar" OR "segurança alimentar" OR "segurança alimentar e nutricional" AND brasil`) AND (`instance:"regional"`) AND (`db:"LILACS"`) AND (`type:"article"`). Já para a busca no PubMed os descritores utilizados foram: "Food Security" OR "Food Insecurity" OR "Food Supply" AND prevalence AND Brazil; após a busca, os descritores ficaram da seguinte forma: `"food security"[All Fields] OR "food insecurity"[All Fields] OR "food supply"[All Fields] AND (("epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields]))`. Os descritores empregados na pesquisa dos artigos foram utilizados conforme os termos Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) indicados em cada base eletrônica.

Até o dia 20 de novembro de 2017 foram encontrados 222 artigos, destes, 131 artigos eram do LILACS e 91 do PubMed, sendo “artigos” a única limitação empregada na busca. Dos 222 artigos encontrados nas bases, dez eram duplicados e estes foram excluídos. Sendo assim, foram selecionados no total 212 artigos para a leitura dos títulos. Após a leitura dos títulos foram selecionados 83 artigos para leitura dos resumos, posteriormente a leitura dos resumos foram selecionados 39 artigos para leitura na íntegra. Na fase de leitura integral dos artigos, foram selecionados 16 artigos considerados relevantes para integrar esta revisão. Os demais estudos foram excluídos da revisão por não se tratarem de estudos transversais, bem como, não indicar a prevalência de Insegurança Alimentar em populações brasileiras, ou não ser a Insegurança Alimentar o principal desfecho do estudo. Também foram excluídos da

presente revisão artigos com populações que frequentavam Restaurantes Populares, artigos que fazem apenas possíveis estimativas da Insegurança Alimentar e artigos que não abordam de forma suficiente os objetivos específicos do presente estudo, sendo assim, foram considerados elegíveis para a presente revisão artigos que apontaram no mínimo dois objetivos semelhantes aos do presente estudo, além da prevalência de Insegurança Alimentar. Foi encontrado um artigo através de uma busca nas referências dos artigos selecionados, que também foi considerado relevante para incluir a presente revisão.

Os artigos encontrados são a partir do ano de 2005 até o presente ano. Alguns artigos avaliaram a Insegurança Alimentar em um grupo de indivíduos específico, como por exemplo, em idosos, crianças e adolescentes em diferentes faixas etárias e gestantes. Contudo, vale a pena ressaltar, que independente do grupo de indivíduos avaliado pelos artigos apresentados nesta revisão, a unidade de avaliação da Insegurança Alimentar é sempre o conjugado familiar. Dos 16 artigos inclusos na presente revisão de literatura, 15 avaliaram a Insegurança Alimentar pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Um artigo avaliou a prevalência de Insegurança Alimentar através da versão curta da Escala de Segurança Alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA).

Os estudos presentes nesta revisão de literatura apontam elevadas prevalências de Insegurança Alimentar, sendo a maior prevalência encontrada na zona rural de Maranguape na região Nordeste do Brasil no ano de 2009 (88,0%) e a menor na cidade de Pelotas região Sul do Brasil no ano de 2007 (11,0%) (AIRES *et al.*, 2012; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010). Vale ressaltar, que o estudo realizado na cidade de Pelotas por Santos *et al.* foi o único presente nesta revisão de literatura que utilizou a versão curta da Escala de Segurança Alimentar do USDA para mensurar a prevalência de Insegurança Alimentar. De modo geral, as prevalências de Insegurança Alimentar e seus níveis de severidade são mais elevados na região Nordeste quando comparados à região Sul. Estudos que realizaram a comparativa entre as prevalências de Insegurança Alimentar nas famílias residentes das regiões corroboram com esta afirmativa (FACCHINI *et al.*, 2014; POBLACION *et al.*, 2014). Facchini *et al.* encontraram prevalência de 54,2% de Insegurança Alimentar (31,3% leve, 13,4% moderada e 9,5% grave) nos domicílios do Nordeste e 27,3% (19,8% leve, 4,7% moderada e 2,8% grave) nos domicílios do Sul no ano de 2010 (FACCHINI *et al.*, 2014). Em estudo realizado por Poblacion *et al.* foi encontrado na região Nordeste prevalência de Insegurança Alimentar de 59,5% (30,1% leve, 21,0% e 8,4% grave) e no Sul a prevalência foi de 31,6% (23,8% leve, 5% moderada e 2,8% grave), no ano de 2006 (POBLACION *et al.*, 2014). A prevalência de Insegurança Alimentar na zona rural mostrou-se mais elevada quando

comparada a zona urbana, conforme estudo realizado por Vianna *et al.* em 2005, onde a prevalência de Insegurança Alimentar encontrada foi de 55,5% na zona rural e 49,9% na zona urbana (VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

Em estudos realizados com famílias com populações específicas pode-se observar elevadas prevalências de Insegurança Alimentar. Estudo realizado em Maceió no ano de 2014 com famílias onde residiam gestantes, a prevalência de Insegurança Alimentar encontrada foi de 42,7%, sendo que os níveis de severidade da Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foram de 24,8%, 9,9% e 8,0%, respectivamente (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017). Estudo realizado com famílias de idosos com 65 anos ou mais na área urbana da cidade de Campinas em 2003 foi encontrada prevalência de Insegurança Alimentar de 52% (MARÍN-LEÓN *et al.*, 2005). Monteiro *et al.* realizaram um estudo com famílias específicas beneficiárias do Programa Bolsa Família entre 2011 e 2012 e encontraram prevalência de Insegurança Alimentar de 81,6% (MONTEIRO *et al.*, 2014).

Maiores prevalências de Insegurança Alimentar foram encontradas em famílias classificadas no nível econômico mais baixo, observa-se um gradiente de aumento da Insegurança Alimentar à medida que diminui o nível econômico (MARÍN-LEÓN *et al.*, 2005; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; SOUZA *et al.*, 2012; POBLACION *et al.*, 2014). Estudo realizado por Santos *et al.* na cidade de Pelotas em 2007 constatou que famílias da classe econômica B e C, apresentaram menores prevalências de Insegurança Alimentar (1,6% e 8,7%, respectivamente) quando comparadas à famílias da classe D e E (27,9% e 63,6%, respectivamente), sendo que nenhuma família da classe econômica A havia apresentado Insegurança Alimentar (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010). Resultados semelhantes foram encontrados por Souza *et al.* no ano de 2011 em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família que continham em seu conjugado familiar crianças de 2 a 6 anos de idade, em que famílias da classe econômica B e C apresentaram prevalências de Insegurança Alimentar de 33,3% e 69,7%, respectivamente, e, famílias classificadas no nível econômico D e E apresentaram prevalências de 81,5% e 91%, respectivamente (SOUZA *et al.*, 2012).

Estudos verificaram associação entre a prevalência de Insegurança Alimentar e a escolaridade do chefe da família, sendo evidenciadas prevalências mais elevadas em famílias com chefes com menor escolaridade (PANIGASSI *et al.*, 2008; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; AIRES *et al.*, 2012; GUERRA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014). Em afirmativa, Santos *et al.* encontraram prevalência de Insegurança Alimentar de 19,8% em famílias com chefes que apresentavam escolaridade inferior a quatro anos; nos domicílios em

que os chefes apresentavam escolaridade entre oito e dez anos a prevalência de Insegurança Alimentar foi de 10,0%; e nas famílias em que os chefes apresentavam 15 anos ou mais de escolaridade a prevalência de Insegurança Alimentar foi de 1,3% (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010). Ferreira *et al.* constataram em seu estudo realizado em 2010 no norte de Alagoas que chefes de família que tinham escolaridade menor ou igual a quatro anos de estudo apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 43,8%; e chefes de família que tinham mais de quatro anos de estudo apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 22,4% (FERREIRA *et al.*, 2014).

A literatura demonstra associação entre a ocorrência de Insegurança Alimentar e o sexo do chefe da família, sendo a prevalência mais elevada nos domicílios chefiados apenas por mulheres quando comparados a domicílios chefiados por homens (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; FACCHINI *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014; SABÓIA; SANTOS, 2015). Santos *et al.* encontraram prevalência de Insegurança Alimentar em famílias chefiadas por mulheres de 15,7% e 8,7% em famílias chefiadas por homens (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010). Corroborando com os achados, Ferreira *et al.* evidenciaram em seu estudo que famílias que tinham como chefe uma mulher apresentou prevalência de Insegurança Alimentar de 42,2%, já famílias com o chefe do sexo masculino apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 35,7% (FERREIRA *et al.*, 2014). Sabóia *et al.* também encontraram prevalência de Insegurança Alimentar mais elevada nas famílias chefiadas por mulheres (66,6%) quando comparadas as famílias chefiadas por homens (62,7%) (SABÓIA; SANTOS, 2015).

A associação entre a prevalência da Insegurança Alimentar e o número de moradores no domicílio, está bem estabelecida na literatura, sendo que nos domicílios que possuíam quatro ou mais moradores foram encontradas as maiores prevalências de Insegurança Alimentar (PANIGASSI *et al.*, 2008; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; AIRES *et al.*, 2012; SOUZA; DIAS *et al.*, 2012; KAC *et al.*, 2012; GUERRA *et al.*, 2013; FACCHINI *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014; PEDRAZA; GAMA, 2015). Famílias mais numerosas apresentaram frequências maiores de Insegurança Alimentar. De acordo com esta afirmação, Kac *et al.* expunham em seu estudo que a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios que tinham entre um e dois moradores foi de 26,0%, em domicílios que tinham entre três e quatro moradores a prevalência foi de 35,1% e os domicílios com cinco ou mais indivíduos apresentaram prevalência de 57,3% (KAC *et al.*, 2012). Dados encontrados por Ferreira *et al.* também apoiam esta afirmativa, no norte de Alagoas domicílios que tinham o número de membros da família menor ou igual a quatro

apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 31,9% e domicílios com o número de membros superior a quatro apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 45,4% (FERREIRA *et al.*, 2014).

A proporção de Insegurança Alimentar foi maior entre as famílias que tinham menores de 18 anos quando comparadas àquelas que não tinham indivíduos dessa faixa etária. Em torno de 60,0% dos domicílios com residentes menores de 18 anos de idade sofrem de Insegurança Alimentar (PANIGASSI *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017). A exemplo disso, Ferreira *et al.* relataram em seu estudo que a proporção de Insegurança Alimentar foi maior entre as famílias com menores de 18 anos (65,8%) quando comparadas àquelas que não tinham indivíduos dessa faixa etária (55,4%) (FERREIRA *et al.*, 2014). Estudo realizado com famílias com pelo menos um integrante menor de 18 anos no município de Campinas – São Paulo em 2003, afirmou que 60,5% das famílias com menores de 18 anos sofriam de Insegurança Alimentar (PANIGASSI *et al.*, 2008). Em estudo realizado com gestantes em Maceió no ano de 2014, foi encontrado resultado semelhante, onde foi possível observar que em 65,8% dos domicílios com Insegurança Alimentar existiam menores de 18 anos (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Em estudo de representatividade nacional realizado com crianças menores de dois anos de idade no ano de 2006, foi verificada associação entre prática do aleitamento materno e condição de Insegurança Alimentar em crianças maiores de 12 meses. Nessa faixa etária, a prevalência de aleitamento materno foi maior entre as crianças residindo em domicílios com Insegurança Alimentar (41,3%) quando comparadas às que residiam em domicílios considerados em Segurança Alimentar (29,2%) (GOMES; GUBERT, 2012).

A participação em programa de transferência de renda do governo (Programa Bolsa Família) mostrou-se associada à presença de Insegurança Alimentar (FACCHINI *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014; POBLACION *et al.*, 2014; SABÓIA; SANTOS, 2015; PEDRAZA; GAMA, 2015; OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017). Ferreira *et al.* constataram em seu estudo que famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar mais elevada (47,4%) quando comparadas a famílias que não recebiam o benefício (27,7%) (FERREIRA *et al.*, 2014). Corroborando com esta afirmativa Sabóia *et al.* evidenciaram em estudo realizado com famílias residentes em Teresina – Piauí, que famílias que recebiam benefício do Programa Bolsa Família apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 76,5% e famílias que não recebiam o benefício social apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 57,1% (SABÓIA; SANTOS, 2015). Na Região

Nordeste a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios que recebiam benefício do Programa Bolsa Família foi 65,7%; na Região Sul a prevalência de Insegurança Alimentar foi 54,1% (FACCHINI *et al.*, 2014).

Nesse sentido, as maiores prevalências de Insegurança Alimentar foram encontradas em domicílios: de classe econômica baixa; onde o chefe da família apresentava baixa escolaridade; chefiados por mulheres; com o número de residentes superior a quatro; com presença de indivíduos menores de 18 anos; em famílias onde as crianças foram amamentadas por mais tempo e famílias que recebiam o benefício do Programa Bolsa Família.

Quadro 1. Revisão de literatura da Insegurança Alimentar no Brasil.

Autor/País/ Ano de Publicação	Delineamento	Amostra	Objetivo	Instrumento	Variáveis Independentes	Principais Resultados
MARÍN- LEÓN <i>et al.</i> ; Brasil; 2005.	Transversal descritivo.	195 famílias residentes em área urbana de Campinas com moradores de 65 anos ou mais.	Determinar a prevalência de Insegurança Alimentar em famílias com idosos e descrever seu perfil sociodemográfico.	EBIA.	- Sexo; - idade; - cor; - escolaridade em faixas; - posição na família; - ocupação; - renda em reais; - consumo diário de alimentos (carnes, verduras, frutas, leite e derivados, ovo, feijão, cereais, raízes, óleo, açúcar, doces e	- Insegurança Alimentar (52%); Insegurança Alimentar leve (33,0%), moderada (11,8%) e grave (7,2%); - Insegurança Alimentar leve no estrato socioeconômico alto (25,0%); Insegurança Alimentar no estrato socioeconômico médio (54,6%), sendo 34,0% Insegurança Alimentar leve, 13,4% moderada e 7,2% grave; Insegurança Alimentar no estrato socioeconômico baixo (74,0%), sendo 40,0% Insegurança Alimentar leve, 20,0% moderada e 14,0% grave; - idosos com escolaridade até o primário incompleto tinham mais Insegurança Alimentar (68,0%); - 4,1% das famílias recebiam alguma ajuda institucional; dessas, seis apresentam algum nível de Insegurança Alimentar.

					<p>refrigerantes);</p> <ul style="list-style-type: none">- motivos para não ter variedade e quantidade desejadas de alimentos;- local de compra dos alimentos;- frequência semanal das principais refeições;- despesas mensais da família em reais;- tipo de construção da moradia;- número de cômodos;- abastecimento de água; esgoto;	
--	--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> - coleta de lixo; - ajuda institucional ou de particulares para sua alimentação, bem como o tipo e quantidade. 	
VIANNA <i>et al.</i> ; Brasil; 2008.	Tranversal.	4.533 domicílios de 14 municípios do interior do Estado da Paraíba.	Identificar a prevalência de Segurança Alimentar e dos diferentes graus de Insegurança Alimentar entre famílias residentes em 14 municípios da Paraíba e a relacionar com o perfil social, demográfico e	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do chefe da família; - total de moradores por domicílio segundo idade, sexo e escolaridade; - ocupações de cada morador; - local de residência; - tipo de construção da moradia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Insegurança Alimentar em Umbuzeiro e São José dos Ramos (35,9% e 69,8%, respectivamente); - Insegurança Alimentar na zona rural (55,5%) e na zona urbana (49,9%); Insegurança Alimentar grave na zona rural (14,0%) e na zona urbana (9,0%); - Insegurança Alimentar em famílias que recebiam mais de 300 reais <i>per capita</i> (14,8%), 10,4% Insegurança Alimentar leve, 3,5% moderada e 0,9% grave; - Insegurança Alimentar em famílias que recebiam até 25 reais <i>per capita</i> (78,3%), 23,5% Insegurança Alimentar leve, 27,6% moderada e 27,2% grave; - 38,5% das famílias com Insegurança Alimentar leve, 51,8% moderada e 53,3% grave recebem auxílio de

			econômico destas famílias.		<ul style="list-style-type: none"> - acesso a serviços públicos de água, esgoto e coleta de lixo; - renda de cada morador; - participação da família em programas de doação de alimentos ou complementação de renda. 	<p>complementação de renda;</p> <p>- observou-se prevalência menor de Insegurança Alimentar grave entre as famílias inscritas nos programas de complementação de renda (redução de 4,8%).</p>
PANIGASSI <i>et al.</i> ; Brasil; 2008.	Inquérito amostral.	456 famílias com, pelo menos, um integrante menor de 18 anos de idade.	Investigar a associação da Insegurança Alimentar com algumas variáveis indicativas de desigualdades	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo; - escolaridade do chefe da família; - raça/cor auto-referida; - renda mensal familiar em salário 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar leve (40,1%) e moderada e grave (20,4%); - Insegurança Alimentar leve em famílias com renda mensal de até dois salários mínimos (44,6%) e moderada e grave (43,5%); Insegurança Alimentar leve em famílias com renda familiar mensal maior que dois salários mínimos (37,9%) e moderada e grave (7,5%);

			<p>sociais, como renda, escolaridade, raça/cor, composição familiar, características da moradia e condições de saneamento.</p>	<p>mínimo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - membro familiar com nível universitário; - membro familiar analfabeto; - esgoto da rede pública no domicílio; - tipo de construção da moradia; - número de menores de cinco anos no domicílio; - número de menores de 18 anos no domicílio; - número de adultos no domicílio; 	<ul style="list-style-type: none"> - chefes da família com escolaridade abaixo do nível de ensino fundamental, quando comparados aos demais acima deste nível, apresentaram 4,6 vezes mais chances de ter Insegurança Alimentar leve e 8,4 vezes mais de ter Insegurança Alimentar moderada e grave; - 60,5% das famílias com menores de 18 anos de idade sofriram de Insegurança Alimentar; - cada criança menor de cinco anos de idade no domicílio representou uma razão de chances de 2,1 de a família ser classificada em Insegurança Alimentar moderada e grave e de 1,6 em Insegurança Alimentar leve, o mesmo ocorrendo com a ascensão do número de menores de 18 anos de idade.
--	--	--	--	--	---

					- número de pessoas por cômodo do domicílio.	
SANTOS <i>et al.</i> ; Brasil; 2010.	Transversal.	1.450 domicílios de famílias residentes na cidade de Pelotas/RS.	Determinar a prevalência de Insegurança Alimentar, além de descrever o estado nutricional dos membros das famílias que vivem nessa condição.	Versão curta da Escala de Segurança Alimentar do USDA.	- Sexo do chefe da família; - escolaridade da pessoa de maior renda; - anos completos de estudo; - número de moradores no domicílio; - classe econômica de acordo com critério da Associação Brasileira de Estudos e	- Prevalência de Insegurança Alimentar (11,0%), 8,1% com Insegurança Alimentar sem fome e 2,9% com Insegurança Alimentar com fome; - prevalência de Insegurança Alimentar nas famílias da classe socioeconômica B (1,6%), C (8,7%), D (27,9%) e E (63,6%); - prevalência de Insegurança Alimentar em chefes de família com escolaridade inferior a quatro anos (19,8%), chefes com escolaridade entre quatro e sete anos (16,3%), chefes com escolaridade entre oito e dez anos (10,0%), chefes com escolaridade de 11 a 14 anos (6,5%), e chefes com 15 anos ou mais de escolaridade (1,3%); - prevalência de Insegurança Alimentar em famílias com chefe do sexo feminino (15,7%), Insegurança Alimentar em famílias com chefe do sexo masculino (8,7%);

					<p>Pesquisas (ABEP);</p> <ul style="list-style-type: none"> - renda familiar em salários mínimo; - peso e estatura; - Índice de Massa Corporal; - estatura-para-idade (E/I). 	<p>- domicílios com um, dois e três moradores apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 9,4%, 10,0% e 9,8% respectivamente, nos domicílios com quatro moradores a prevalência era de 10,3%; domicílios com cinco moradores prevalência de 17,1%, e domicílios com seis ou mais indivíduos tinham prevalência de Insegurança Alimentar de 21,4%.</p>
AIRES <i>et al.</i> ; Brasil; 2012.	Estudo descritivo com abordagem analítica.	200 famílias com crianças na faixa etária de três a seis anos.	Detectar a prevalência da (In)Segurança Alimentar entre as famílias residentes na zona rural de Maranguape e verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas e	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil; - escolaridade do responsável; - trabalhar fora de casa; - número de filhos na idade pré-escolar; - número de moradores no domicílio; 	<p>- Prevalência de Insegurança Alimentar (88,0%), 35,0% Insegurança Alimentar leve, 28,5% moderada e 24,5% grave;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo (94,9%), onde 29,5% apresentavam Insegurança Alimentar leve, 32,1% moderada e 33,3% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (87,1%), onde 35,6% era Insegurança Alimentar leve, 29,7% moderada e 21,8% grave; Insegurança Alimentar</p>

			o grau de (In)Segurança Alimentar.	- renda mensal familiar.	em domicílios com renda familiar mensal de três a quatro salários mínimos (66,7%), onde 52,4% apresentavam Insegurança Alimentar leve, 9,5% moderada e 4,8% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios em que o chefe da família não tinha grau algum de escolaridade (100%), sendo 17,4% Insegurança Alimentar leve, 13,0% moderada e 69,6% grave; Insegurança Alimentar nos domicílios que o chefe tinha quatro anos de estudo (92,8%), sendo 18,6% Insegurança Alimentar leve, 42,2% moderada e 32% grave; Insegurança Alimentar em domicílios onde a escolaridade do chefe da família era igual ou superior a quatro anos (78,7%), sendo 59,9% Insegurança Alimentar leve, 16,3% moderada e 2,5% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com dois a quatro moradores (85,3%), sendo 34,9% Insegurança Alimentar leve, 27,5% moderada e 22,9% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com cinco a sete moradores (89,2%), sendo 37,9% Insegurança
--	--	--	--	-----------------------------	--

						Alimentar leve, 29,7% moderada e 21,6% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com oito ou mais moradores (100%), sendo 23,5% Insegurança Alimentar leve, 29,4% moderada e 47,1% grave.
SOUZA <i>et al.</i> ; Brasil; 2012.	Transversal.	243 famílias com crianças com idade de 2 a 6 anos.	Avaliar a associação entre indicadores socioeconômicos e Insegurança Alimentar de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Abastecimento de água; - coleta de lixo; - esgoto; - presença de água tratada por filtração; - número de moradores; - número de cômodos; - escolaridade materna e paterna; - cor ou raça do titular do benefício; - classificação 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar (72,8%), sendo 47,3% Insegurança Alimentar leve, 10,7% moderada e 14,8% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em famílias da classe socioeconômica B (33,3%), C (69,7%), D (81,5%) e E (91,0%); - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com até três moradores (72,0%); Insegurança Alimentar em domicílios com quatro ou mais indivíduos (73,1%).

					socioeconômica.	
KAC <i>et al.</i> ; Brasil; 2012.	Transversal.	1529 adolescentes do sexo feminino com idades entre 15 e 19 anos que não estavam amamentando nem grávidas.	Determinar se a Insegurança Alimentar familiar está associada a uma maior prevalência de peso excessivo em uma grande amostra aleatória de adolescentes brasileiras.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Cor/etnia auto-relatada; - anos de escolaridade; - área de residência; - região geográfica; - renda familiar per capita; - hábito de fumar; - número de pessoas que residem no lar; - estado civil; - idade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar (40,8%), sendo 26,6% Insegurança Alimentar leve, 9,4% moderada e 4,8% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar <i>per capita</i> situadas no 1º quartil (67,0%), sendo 28,4% Insegurança Alimentar leve, 27,8% moderada e 10,8% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar <i>per capita</i> concentrada no 2º quartil (58,0%), sendo 39,7% Insegurança Alimentar leve, 11,1% moderada e 7,2% grave; Insegurança Alimentar em domicílios concentrados no 3º quartil de renda familiar <i>per capita</i> (30,1%), sendo 25,6% Insegurança Alimentar leve, 2,1% moderada e 2,4% grave; Insegurança Alimentar em domicílios concentrados no 4º quartil de renda familiar <i>per capita</i> (14,9%), sendo 13,7% Insegurança Alimentar leve, 1,0% moderada e 0,2% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios

						com um e dois moradores (26,0%), sendo 21,2% Insegurança Alimentar leve, 3,8% moderada e 1,0% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com três e quatro moradores (35,1%), sendo 24,3% Insegurança Alimentar leve, 7,7% moderada e 3,1% grave; Insegurança Alimentar em domicílios com cinco ou mais indivíduos (57,3%), sendo 33,3% Insegurança Alimentar leve, 14,9% moderada e 9,1% grave.
GOMES <i>et al.</i> ; Brasil; 2012.	Transversal.	1635 crianças menores de 2 anos.	Verificar a associação entre situação domiciliar quanto à Segurança Alimentar e Nutricional e a prática do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Região de moradia; - idade da criança em meses; - escolaridade materna em anos de estudo; - trabalho (remunerado) materno; - estado conjugal materno; 	<ul style="list-style-type: none"> - 47,2% das crianças estavam sob condição de Insegurança Alimentar; - a prevalência de crianças de 0 a 11 meses que estavam em aleitamento materno e sofriam de Insegurança Alimentar foi de 82,7%; - foi verificada associação entre prática do aleitamento materno e condição de Insegurança Alimentar em crianças entre 12 e 24 meses; nessa faixa etária, a prevalência de aleitamento materno foi maior entre as crianças residindo em domicílios com Insegurança Alimentar (41,3%) quando comparadas às que residiam em domicílios considerados em Segurança Alimentar

					<ul style="list-style-type: none"> - consumo de alimento pela criança no dia anterior à entrevista; - consumo de leite materno; - consumo de leite não materno. 	(29,2%).
GUERRA <i>et al.</i> ; Brasil; 2013.	Transversal.	363 domicílios com 534 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos.	Investigar a prevalência de Insegurança Alimentar e fatores associados em domicílios com adolescentes da área urbana de quatro municípios da Amazônia Legal Brasileira,	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de construção da moradia; - tipo de saneamento; - renda familiar mensal; - produção de alimento no domicílio para consumo próprio; 	<p>- Prevalência de Insegurança Alimentar (51,8%); sendo 28,7% Insegurança Alimentar leve, 11,3% moderada e 11,8% grave;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com renda familiar mensal menor ou igual a ½ salário mínimo (4,5%) e prevalência de Segurança/Insegurança Alimentar leve (95,5%);</p> <p>Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com renda familiar mensal maior que ½ salário mínimo e menor ou igual a 1 salário mínimo (21,0%) e prevalência de Segurança/Insegurança Alimentar leve</p>

			abrangência da rodovia BR-163, que liga Cuiabá, Mato Grosso, a Santarém, Pará.		<ul style="list-style-type: none"> - participação em programa de transferência de renda do governo (Programa Bolsa Família); - peso e estatura. 	<p>(79,0%); Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com renda familiar mensal maior que 1 salário mínimo (40,9%) e prevalência de Segurança/Insegurança Alimentar leve (59,1%);</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com chefes da família com até quatro anos de (34,9%) e Segurança/Insegurança Alimentar leve (65,1%); prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com chefes com cinco a oito anos de escolaridade (17,0%) e Segurança/Insegurança Alimentar leve (83,0%); prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com chefes da família com escolaridade igual ou superior a nove anos (7,9%) e Segurança/Insegurança Alimentar leve (92,1%);</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com até quatro moradores (22,3%) e de Segurança/Insegurança Alimentar leve (77,7%); prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com cinco e seis indivíduos (20,5%) e de</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>Segurança/Insegurança Alimentar leve (79,5%); prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave em domicílios com sete ou mais moradores (40,0%) e de Segurança/Insegurança Alimentar leve (60,0%);</p> <p>- 18,2% das famílias que recebiam benefício do Programa Bolsa Família apresentaram Insegurança Alimentar moderada/grave e 81,8% Segurança/Insegurança Alimentar leve; das famílias que não recebiam o benefício 43,0% apresentavam Insegurança Alimentar moderada/grave e 57,0% Segurança/Insegurança Alimentar leve.</p>
FACCHINI <i>et al.</i> ; Brasil; 2014.	Transversal.	5.419 domicílios na Região Nordeste e 5.081 na Região Sul.	Analisar a Insegurança Alimentar em domicílios urbanos com crianças menores de sete anos de idade.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo do chefe da família; - idade do chefe da família em anos; - cor da pele materna auto-referida; - número de moradores com 	<p>- Prevalência de Insegurança Alimentar nos domicílios do Nordeste (54,2%), sendo 31,3% Insegurança Alimentar leve, 13,4% moderada e 9,5% grave, e nos domicílios do Sul (27,3%), sendo 19,8% Insegurança Alimentar leve, 4,7% moderada e 2,8% grave;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave na Região Nordeste em famílias com renda <i>per capita</i> de até 70 reais (30,6%, 23,0% e 27,0% respectivamente), na Região sul as prevalências de</p>

<p>menos de sete anos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - número de moradores entre sete e 17 anos; - número de moradores entre 18 e 59 anos; - número de moradores com 60 anos ou mais; - trabalho atual do chefe da família; - escolaridade materna em anos; - renda familiar <i>per capita</i> em reais – incluindo o valor do Bolsa Família; - recebimento de 	<p>Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foram 26,9%, 18,5% e 21,3% respectivamente; na Região Nordeste famílias com renda <i>per capita</i> maior que 300 reais apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 20,7%, 3,5% e 0,8% respectivamente, na Região Sul a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave para famílias com renda <i>per capita</i> maior que 300 reais foi 14,6%, 1,8% e 0,5% respectivamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em famílias chefiadas por homens na Região Nordeste (31,6%, 11,8% e 7,6% respectivamente); na Região Sul a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em famílias com chefes do sexo masculino foi de 18,3%, 3,7% e 1,9% respectivamente; - prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios chefiados por mulheres na Região Nordeste (30,8%, 16,8% e 13,7% respectivamente), na Região Sul a prevalência foi de 24,3% para Insegurança Alimentar leve, 7,5% moderada e 5,5% grave;
--	---

Bolsa Família.

- na Região Nordeste domicílios com um morador menor de sete anos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 32%, 11,8% e 7,0% respectivamente, em domicílios com três ou mais indivíduos menores de sete anos a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 28,1%, 21,2% e 21,6% respectivamente; na Região Sul domicílios com um morador menor de sete anos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 18,4%, 3,9% e 2,2% respectivamente, em domicílios com três ou mais indivíduos menores de sete anos a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 28,8%, 8,0% e 7,6% respectivamente;

- na Região Nordeste domicílios com um morador entre sete e 17 anos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 30%, 13,8% e 9,4% respectivamente, quando tinham dois moradores ou mais entre sete e 17 anos no domicílio a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave era de

						<p>33,1%, 17,1% e 19,8% respectivamente; na Região Sul domicílios com um morador entre sete e 17 anos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 20,3%, 4,9% e 2,5% respectivamente, em domicílios com dois moradores ou mais entre sete e 17 anos a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 26,0%, 8,6% e 7,7% respectivamente;</p> <p>- na Região Nordeste a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios que recebiam benefício do Programa Bolsa Família foi 34,0%, 17,7% e 14,0% respectivamente, na Região Sul a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios que recebiam o benefício foi 33,5%, 12,2% e 8,4% respectivamente.</p>
MONTEIRO <i>et al.</i> ; Brasil; 2014.	Transversal descritivo.	442 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.	Identificar a prevalência de Insegurança Alimentar das famílias	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo do chefe da família; - escolaridade materna; - número de 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar entre as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (81,6%), sendo 55,4% Insegurança Alimentar leve, 17,3% moderada e grave 8,9%; - prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada

			<p>beneficiárias do Programa Bolsa Família e os fatores relacionados a essa condição, bem como descrever o estado nutricional das crianças menores de cinco anos.</p>	<p>moradores por domicílio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - saneamento; - gastos com alimentação; - renda familiar per capita; - peso e estatura de crianças menores de 5 anos. 	<p>e grave em domicílios com renda familiar <i>per capita</i> <0,24 salário mínimo (51,6%, 60,7% e 85,7% respectivamente), prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios com renda familiar <i>per capita</i> >0,24 salário mínimo (48,4%, 39,3% e 14,3% respectivamente);</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em mães com escolaridade inferior a quatro anos de estudo (34,8%, 28,6% e 53,3% respectivamente), em mães com escolaridade entre quatro e oito anos a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi de 38,0%, 50,0% e 46,7% respectivamente; e mães com escolaridade superior a oito anos de estudo apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 24,2%, 21,4% e 0,0% respectivamente; - prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios chefiados por mulheres (71,0%; 86,2% e 86,7% respectivamente), em domicílios chefiados por homens as prevalências de Insegurança
--	--	--	---	--	---

						Alimentar leve, moderada e grave foram 29,0%, 13,8% e 13,3% respectivamente; - domicílios com mais de cinco moradores no apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 63,4%, 69,0% e 66,7% respectivamente, domicílios com menos de cinco indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 36,6%, 31,0% e 33,3%.
FERREIRA <i>et al.</i> ; Brasil; 2014.	Transversal.	1.444 famílias, destas, 1.136 com menores de 18 anos em seus domicílios.	Identificar a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar (INSAN) em famílias do norte de Alagoas.	EBIA.	- Peso e estatura do(a) chefe da família e/ou da “dona da casa”; - número de membros da família; - cor/raça do(a) chefe da família; - sexo do(a) chefe da família;	- Prevalência de Insegurança Alimentar (63,7%), sendo 14,2% Insegurança Alimentar grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com chefe de família com mais de quatro anos de estudo (22,4%), prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com chefes de família com escolaridade menor ou igual há quatro anos de estudo (43,8%); - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios chefiados por mulheres (42,2%), domicílios chefiados por homens apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 35,7%;

<ul style="list-style-type: none"> - escolaridade do(a) chefe da família; - escolaridade materna; - chefe da família sem trabalho/renda e usuário do Programa Bolsa Família/outros; - hipertensão arterial materna; - Índice de Massa Corporal do chefe da família; - Índice de Massa Corporal materno; - tipo de casa (alvenaria ou diferente de alvenaria); 	<ul style="list-style-type: none"> - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com o número de moradores menor ou igual a quatro (31,9%), prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com o número de moradores superior a quatro (45,4%); - prevalência de Insegurança Alimentar em famílias com indivíduos menores de 18 anos no domicílio (65,8%), sendo 26,7% Insegurança Alimentar leve, 23,3% moderada e 14,2% grave, prevalência de Insegurança Alimentar em famílias sem indivíduos menores de 18 anos no domicílio (55,4%), sendo 24,3% Insegurança Alimentar leve, 21,0% moderada e 10,2% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (47,4%), prevalência de Insegurança Alimentar em famílias que não recebiam o benefício (27,7%).
--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - água para beber; - presença de vaso sanitário na residência; - quantidade de cômodos na residência; - destino das fezes; - situação do domicílio (urbano ou rural). 	
POBLACION <i>et al.</i> ; Brasil; 2014.	Estudo transversal com representatividade nacional executado com dados da PNDS-2006.	3.920 domicílios com crianças menores de 5 anos de idade.	Estudar o processo de Insegurança Alimentar e fome em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Macrorregião administrativa; - situação de domicílio (urbano/rural); - classificação econômica; - grau de instrução do chefe da 	- 17,5% dos domicílios com crianças menores de cinco anos encontravam-se em Insegurança Alimentar moderada/grave no Brasil em 2006, sendo que 27,9% apresentaram Insegurança Alimentar leve, 12,3% moderada e 5,2% grave; no Norte a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 26,4%, 19,8% e 14,7%, respectivamente, no Nordeste a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 30,1%, 21,0% e 8,4% respectivamente, no

				<p>família;</p> <p>- programas de transferência de renda.</p>	<p>Centro-Oeste a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 29,0%, 9,7% e 2,6% respectivamente, no Sudeste a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 27,9%, 8,0% e 2,4%, respectivamente, no Sul a prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave foi 23,8%, 5,0% e 2,8%, respectivamente;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar moderada/grave na zona rural (23,5%) e na zona urbana (16,2%);</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em famílias da classe econômica A1 e C2 (24,5%, 6,9% e 2,4%, respectivamente), prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave nas famílias da classe D+E (34,6%, 23,2% e 10,8%, respectivamente);</p> <p>- famílias com crianças menores de cinco anos que pertenciam a programas de transferência de renda apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 29,5%, 22,0% e 14,5% respectivamente, famílias que não pertenciam a</p>
--	--	--	--	---	--

						programas de transferência de renda apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de 27,0%, 8,9% e 4,7%, respectivamente.
SABÓIA <i>et al.</i> ; Brasil; 2015.	Transversal.	322 famílias de classe socioeconômica baixa, atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.	Analisar a prevalência de Insegurança Alimentar e associação com fatores socioeconômicos e demográficos entre famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina-PI, Brasil.	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Renda familiar; - renda per capita; - tipo de esgoto sanitário; - chefe da família; - outra fonte de renda; - tipo de construção da residência; - número de cômodos; - número de cômodos para dormir; - abastecimento de água; - regularidade do 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave (35,6%, 16,1% e 13,3%, respectivamente); - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar menor que um salário mínimo (79,4%), sendo 27,0% Insegurança Alimentar leve, 22,2% moderada e 30,2% grave, domicílios com renda familiar entre um e dois salários mínimos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 64,7%, sendo 36,6% Insegurança Alimentar leve, 17,1% moderada e 11% grave, domicílios com renda familiar igual ou superior a três salários mínimos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 55,2%, sendo 39,6% Insegurança Alimentar leve, 9,4% moderada e 6,2% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em famílias com renda <i>per capita</i> <1/2 salário mínimo (74,6%), sendo 33,2% Insegurança Alimentar leve, 23,3% moderada e

					fornecimento de água.	<p>18,1% grave, prevalência de Insegurança Alimentar em famílias com renda <i>per capita</i> $\geq \frac{1}{2}$ salário mínimo (50,8%), 39,2% Insegurança Alimentar leve, 5,4% moderada e 6,2% grave;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios que tinham o pai como chefe da família (62,7%), sendo 39,4% Insegurança Alimentar leve, 14% moderada e 9,3% grave, quando a mãe era considerada a chefe da família a prevalência de Insegurança Alimentar era de 66,6%, onde 33,3% apresentaram Insegurança Alimentar leve, 17,3% moderada e 16,0% grave;</p> <p>- prevalência de Insegurança Alimentar em famílias que recebiam benefício do Programa Bolsa Família (76,5%), sendo 38,6% Insegurança Alimentar leve, 21,2% moderada e 16,7% grave, prevalência de Insegurança Alimentar em famílias que não recebiam o benefício social (57,1%), sendo 33,5% Insegurança Alimentar leve, 12,6% moderada e 11,0% grave.</p>
PEDRAZA <i>et al.</i> ; Brasil;	Transversal.	793 famílias com crianças	Determinar a prevalência de	EBIA.	- Destino do lixo; - abastecimento de	- Prevalência de Insegurança Alimentar (69,2%), sendo 37,6% Insegurança Alimentar leve e 31,6%

2015.		menores de cinco anos assistidas em creches públicas.	Insegurança Alimentar e identificar fatores socioeconômicos associados à sua ocorrência em famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba.		<p>água;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo de água para beber; - presença de sanitário no domicílio; - tipo de construção do domicílio; - número de pessoas no domicílio; - posse de geladeira; - benefício do Programa Bolsa Família. 	<p>moderada/grave onde 11,2% encontravam-se em situação grave;</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevalência de Insegurança Alimentar leve e moderada/grave em domicílios com menos de seis moradores (37,9% e 28,6%, respectivamente), prevalência de Insegurança Alimentar leve e moderada/grave em domicílios com presença de seis ou mais indivíduos (36,7% e 40,7%, respectivamente); - famílias que recebiam benefício do Programa Bolsa Família apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve de 38,4% e moderada/grave de 34,3%; famílias que não recebiam benefício apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar leve e moderada/grave de 34,9% e 24,5%, respectivamente.
OLIVEIRA <i>et al.</i> ; Brasil; 2017.	Transversal.	363 gestantes selecionadas intencionalmente em	Avaliar a Insegurança Alimentar e os seus fatores associados	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade materna; - renda familiar mensal; - número de 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar (42,7%), sendo 24,8% Insegurança Alimentar leve, 9,9% moderada e 8,0% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios

		Unidades Básicas de Saúde de Maceió.	em gestantes atendidas pela rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro.		<p>membros no domicílio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - linha da pobreza; - recebimento de benefício do governo; - escolaridade materna; - cor da pele referida; - presença de união estável; - ocupação do lar; - pressão arterial elevada; - presença de anemia; - presença de hiperglicemia; - estado nutricional 	<p>com renda familiar mensal menor que um salário mínimo (44,9%), domicílios com renda familiar mensal maior ou igual a um salário mínimo apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 40,1%;</p> <ul style="list-style-type: none"> - domicílios com menos de cinco indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,8%, domicílios que tinham cinco ou mais indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,2%; - em 65,8% dos domicílios com Insegurança Alimentar existiam menores de 18 anos; - famílias beneficiárias de programa governamental apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,9%, famílias que não eram beneficiárias apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,5%.
--	--	--------------------------------------	--	--	--	---

					gestacional segundo o Índice de Massa Corporal; - ganho ponderal no período gestacional.	
--	--	--	--	--	---	--

5.2 Insegurança Alimentar em gestantes

Para a presente revisão de literatura realizou-se uma busca nas bases de dados LILACS e PubMed. Na base de dados LILACS foram utilizados os descritores: “Insegurança Alimentar” OR “Segurança Alimentar” OR “Segurança Alimentar e Nutricional” AND “gestantes”; os descritores ficaram da seguinte maneira após a busca: tw:(“insegurança alimentar” OR “segurança alimentar” OR “segurança alimentar e nutricional” AND “gestantes”) AND (instance:“regional”) AND (db:“LILACS”). Já para a busca no PubMed os descritores utilizados foram: “Food Security” OR “Food Insecurity” OR “Food Supply” AND “pregnant women”. Os descritores empregados na pesquisa dos artigos foram utilizados conforme os termos MeSH e DeCS indicados em cada base eletrônica.

Até o dia 20 de novembro de 2017, como resultados da busca foram encontrados 350 artigos, destes, quatro artigos eram do LILACS e 346 do PubMed, sendo que para esta busca, não foram empregadas limitações. Nenhum artigo encontrado era duplicado. Sendo assim, foram selecionados no total 350 artigos para a leitura dos títulos. Após a leitura dos títulos foram selecionados 31 artigos para leitura dos resumos, posteriormente a leitura dos resumos foram selecionados 18 artigos para leitura na íntegra. Após a leitura dos artigos na íntegra, foram selecionados nove artigos considerados relevantes para integrar esta revisão, uma vez que são estudos que indicam a prevalência de Insegurança Alimentar em gestantes em diferentes países. Considerou-se como um critério de inclusão para integrar a presente revisão os artigos que indicavam no mínimo o objetivo geral do presente estudo, ou seja, a prevalência de Insegurança Alimentar, mesmo quando não associada aos objetivos específicos do estudo. Os demais estudos foram excluídos da revisão por não avaliarem a Insegurança Alimentar no grupo específico de gestantes. Foram também excluídos desta revisão artigos que avaliam a Insegurança Alimentar em gestantes que participam de programa de recursos alimentares feitos para a redução deste índice. Foi também encontrado um artigo através de uma busca exploratória, considerado relevante para incluir o presente estudo.

Os artigos encontrados são a partir do ano de 2006 até o presente ano. Dos nove artigos inclusos na presente revisão de literatura, três avaliaram a Insegurança Alimentar pela *Household Food Insecurity Access Scale*, os outros seis artigos avaliaram a Insegurança Alimentar por escalas distintas, sendo elas: *Food Security Module* do USDA; *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria*; *Core Food Security Module*; *Standard Food Security Survey Module* do USDA e EBIA.

A prevalência de Insegurança Alimentar foi distinta entre os países dos estudos que integram a presente revisão de literatura, contudo, foi considerada alta a taxa de prevalência encontrada. Corroborando com esta afirmativa, estudo realizado por Tabares *et al.* encontrou prevalência de Insegurança Alimentar de 63,3% em 150 gestantes menores de 20 anos na Colômbia, onde 23,3% apresentavam Insegurança Alimentar leve, 17,3% moderada e 22,7% Insegurança Alimentar severa. A Insegurança Alimentar foi medida através da *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria* (TABARES *et al.*, 2010). Em contrapartida Jeneba *et al.* avaliaram a Insegurança Alimentar em 642 mulheres grávidas na Etiópia através da *Household Food Insecurity Access Scale* e encontraram prevalência de Insegurança Alimentar de 9,0% (JENEBA *et al.*, 2015). Laraia *et al.* realizaram um estudo com 606 mulheres grávidas de baixa e média renda nos Estados Unidos e mediram a Insegurança Alimentar pela *Food Security Module* do *USDA* e encontraram prevalência de Insegurança Alimentar de 25% (LARAIA *et al.*, 2006). Em outro estudo realizado por Laraia *et al.* com 810 mulheres grávidas com renda $\leq 400\%$ do índice renda/pobreza, publicado no ano de 2010, a prevalência de Insegurança Alimentar foi mensurada através *Core Food Security Module*, sendo ela de 10% (LARAIA; SIEGA-RIZ; GUNDERSEN, 2010). Foi constatado em estudo realizado no Kenya com 148 mulheres sendo 75 com HIV e 75 mulheres de baixa renda que estavam grávidas ou que tinham uma criança com ≤ 24 meses que, 30,0% das mulheres que estavam grávidas sofriam de Insegurança Alimentar moderada/grave, enquanto 61% das gestantes estavam em Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve, sendo que a Insegurança Alimentar foi mensurada através da *Household Food Insecurity Access Scale* (WEBB-GIRARD *et al.*, 2012). Stevens *et al.* realizaram um estudo com 288 mulheres grávidas que viviam no Bangladesh rural e avaliaram a Insegurança Alimentar através da *Household Food Insecurity Access Scale* e encontraram prevalência de Insegurança Alimentar de 87,9%, sendo a prevalência de Insegurança Alimentar leve 20,6%, Insegurança Alimentar moderada 59,6% e a Insegurança Alimentar severa 7,7% (STEVENS *et al.*, 2016). Estudo realizado com 688 mulheres grávidas do *National Health and Nutrition Examination Survey* de 1999 a 2008 nos Estados Unidos mediu a prevalência de Insegurança Alimentar pela *Standard Food Security Survey Module* do *USDA* e relatou que 32% das gestantes eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos (GAMBA *et al.*, 2016). Estudo realizado no Brasil com 363 gestantes de Unidades Básicas de Saúde de Maceió avaliou a Insegurança Alimentar através da EBIA e encontrou prevalência de Insegurança Alimentar de 42,7%, onde 24,8% apresentavam Insegurança Alimentar leve, 9,9% moderada e 8,0% grave (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Oliveira *et al.* relataram em seu estudo que a prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios com renda familiar mensal menor que um salário mínimo era relativamente maior (44,9%) quando comparada a domicílios com renda familiar mensal maior ou igual a um salário mínimo, que apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 40,1% (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Laraia *et al.* relataram em seu estudo realizado nos Estados Unidos que famílias que tinham escolaridade superior apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 40,4%; famílias que tinham escolaridade inferior apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 59,6% (LARAIA *et al.*, 2006). Webb-Girard *et al.* relataram em seu estudo realizado no Kenya que a média dos anos de escolaridade das mulheres com Insegurança Alimentar moderada/grave foi de oito anos, sendo relativamente menor do que a média em mulheres em Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve, com 11 anos de escolaridade (WEBB-GIRARD *et al.*, 2012).

No Brasil, em estudo realizado por Oliveira *et al.* constatou que domicílios com menos de cinco indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,8%, e domicílios que tinham cinco ou mais indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,2% (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017). Estudo realizado na Colômbia constatou que em domicílios onde residiam somente adultos as prevalências de Insegurança Alimentar leve, moderada e severa encontradas foram de 4,0%, 1,3% e 8,0%, respectivamente, já os domicílios onde residiam adultos, jovens e crianças apresentaram prevalências de Insegurança Alimentar leve, moderada e severa de 19,3%, 16,0% e 14,7%, respectivamente (TABARES *et al.*, 2010). Estudo realizado no Brasil constatou que em 65,8% dos domicílios com Insegurança Alimentar existiam menores de 18 anos (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Nos Estados Unidos, famílias que participavam de programas de auxílio alimentação apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,4% e 64,4% respectivamente, para os programas *Food Stamps* e *Women Infants and Children* (LARAIA *et al.*, 2006). No Brasil, famílias beneficiárias de programa governamental apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,9% contra 42,5% em famílias que não eram beneficiárias (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Nesse sentido, maiores prevalências de Insegurança Alimentar foram encontradas em domicílios: que a renda familiar era menor; onde as gestantes apresentavam baixa escolaridade; com presença de indivíduos menores de 18 anos e em famílias que participavam de programas de auxílio alimentação.

Em relação às variáveis ligadas à gestação, nenhum dos artigos encontrados avaliou planejamento da gestação e paridade relacionando-as à Insegurança Alimentar, contudo, acredita-se ser de grande relevância a avaliação destes dois itens, levando em consideração que a Insegurança Alimentar é uma questão muito mais psicológica avaliada através do receio e angústia de não ter o alimento, do que propriamente física e estas duas hipóteses apontam de forma intensa a questão psicológica da Insegurança Alimentar na gestação.

Como já relatado, diversos estudos encontrados foram realizados com populações específicas (idosos, crianças, entre outros) para tanto, considerou-se relevante avaliar a Insegurança Alimentar no grupo específico de gestantes, devido à escassez de artigos sobre o tema nesta população e levando em consideração que é um grupo que requer maior demanda nutricional para garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal bem como um adequado estado nutricional e de saúde da gestante, e para garantir isso é necessário que a gestante esteja em Segurança Alimentar.

Quadro 2. Revisão de literatura da Insegurança Alimentar em gestantes.

Autor/País/ Ano de Publicação	Delineamento	Amostra	Objetivo	Instrumento	Variáveis Independentes	Principais Resultados
LARAIA <i>et al.</i> ; Estados Unidos; 2006.	Coorte	606 mulheres grávidas de baixa e média renda.	Investigar a prevalência e preditores de Insegurança Alimentar entre mulheres grávidas de famílias de renda média e baixa.	Food Security Module do USDA.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade materna; - número de crianças; - renda familiar; - educação; - raça; - estado civil - ocorrência de eventos estressantes; - ansiedade; - depressão; - autoestima; - domínio pessoal; - crenças sobre controle de sua 	<ul style="list-style-type: none"> - 25% dos domicílios apresentavam algum grau de Insegurança Alimentar; - a prevalência de insegurança alimentar esteve diretamente associada com o nível de pobreza; - famílias com escolaridade superior a alta escolaridade apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 40,4%; famílias com escolaridade igual ou inferior a alta escolaridade apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 59,6%; - famílias que participavam de programas de auxílio alimentar apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,4% e 64,4% respectivamente, para os programas Food Stamps e Women Infants and Children.

					vida.	
TABARES <i>et al.</i> ; Colombia; 2010.	Descritivo Transversal.	150 gestantes adolescentes (menores de 20 anos).	Avaliar o estado nutricional e a percepção de Segurança Alimentar, de gestantes adolescentes consultantes de Instituições da ESE Saúde Pereira durante o ano 2009.	Escala Latinoamerica na y Caribeña de Seguridad Alimentaria.	- Variáveis sociodemográficas; - história obstétrica; - avaliação antropométrica; - Índice de Massa Corporal; - hemoglobina; - hematócrito; - plaquetas; - leucócitos; - glicemia.	- A prevalência de Insegurança Alimentar foi de 63,3%, sendo 23,3% Insegurança Alimentar leve, 17,3% moderada e 22,7% Insegurança Alimentar severa; - em domicílios onde residiam somente adultos as prevalências de Insegurança Alimentar leve, moderada e severa encontradas foram de 4,0%, 1,3% e 8,0%, respectivamente; - domicílios onde residiam adultos, jovens e crianças apresentaram prevalências de Insegurança Alimentar leve, moderada e severa de 19,3%, 16,0% e 14,7%, respectivamente.
LARAIA <i>et al.</i> Estados Unidos; 2010.	Coorte.	810 mulheres grávidas com renda \leq 400% do índice renda/pobreza.	Identificar se existe uma associação independente entre Insegurança Alimentar	Core Food Security Module.	- Status demográfico e socioeconômico; - comportamentos de saúde;	- Aproximadamente 76% da amostra era segura de alimentos, enquanto 24% das famílias eram marginalmente seguras e 10% das famílias eram inseguras de alimentos.

			domiciliar e complicações relacionadas à gravidez.		<ul style="list-style-type: none"> - atividade física; - Índice de Massa Corporal pré-gestacional; - ganho de peso gestacional; - anemia no segundo trimestre de gestação; - hipertensão gestacional; - diabetes gestacional; - hábito de fumar. 	
WEBB-GIRARD <i>et al.</i> ; Kenya; 2012.	Transversal.	148 mulheres sendo 75 com HIV e 75 mulheres de baixa renda que estavam	Documentar se a Insegurança Alimentar estava associada a crenças e atitudes em relação à	Household Food Insecurity Access Scale.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade materna; - se está atualmente grávida; - questões socioeconômicas; - anos de 	<ul style="list-style-type: none"> - 78,0% das mulheres tinham Insegurança Alimentar moderada/grave; - 30,0% das mulheres que estavam grávidas sofriam de Insegurança Alimentar moderada/grave, contra 61% das gestantes com Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve;

		<p>grávidas ou que tinham uma criança com ≤ 24 meses e residiam em Nakuru, no Quênia (2 participantes com dados faltantes).</p>	<p>amamentação exclusiva entre mulheres quenianas urbanas.</p>	<p>escolaridade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tamanho do agregado familiar; - crianças menores de 6 meses; - vive com parceiro; - HIV; - questões sobre aleitamento materno exclusivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - a média dos anos de escolaridade das mulheres com Insegurança Alimentar moderada/grave foi de oito anos, sendo relativamente menor a média em mulheres em Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve, com 11 anos de escolaridade; - 27,0% das mulheres que responderam ao questionário e tinham Insegurança Alimentar moderada/grave eram chefe do domicílio; e, 3,0% das mulheres que responderam ao questionário eram seguras de alimentos ou tinham Insegurança Alimentar leve; - a média do tamanho do agregado familiar das mulheres com Insegurança Alimentar moderada/grave foi de cinco indivíduos, relativamente maior quando comparado à média de agregado familiar de mulheres em Segurança Alimentar ou com Insegurança Alimentar leve; - 28% das mulheres com Insegurança Alimentar moderada/grave tinham crianças menores de seis meses, contra 24% das mulheres com Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve;
--	--	---	--	---	--

						- 80,7% das mulheres com Insegurança Alimentar moderada/grave relataram que o leite materno é insuficiente para a amamentação exclusiva por 6 meses.
JENEBA <i>et al.</i> ; Etiópia; 2015.	Transversal.	642 mulheres grávidas de 11 centros de saúde e um hospital.	Avaliar a Insegurança Alimentar doméstica e o sofrimento mental entre mulheres grávidas no sudoeste da Etiópia.	Household Food Insecurity Access Scale.	- Local da residência; - tamanho do agregado familiar; - idade; - ocupação; - estado civil; - etnia; - religião; - escolaridade; - número de crianças menores de 5 anos; - questionário socioeconômico.	- 9% das gestantes viviam em situação de Insegurança Alimentar.
STEVENS <i>et al.</i> ;	Transversal.	288 mulheres grávidas que	Investigar a associação da	Household Food	- Dados demográficos de	- A prevalência de Insegurança Alimentar foi 87,9%, sendo a prevalência de Insegurança Alimentar leve

Bangladesh; 2016.		vivem no Bangladesh rural.	sazonalidade com a diversidade alimentar, a Segurança Alimentar doméstica e o estado nutricional de mulheres grávidas em um distrito rural do norte de Bangladesh.	Insecurity Access Scale.	base; - segurança alimentar familiar; - diversidade alimentar; - antropometria	20,6%, a Insegurança Alimentar moderada 59,6% e a Insegurança Alimentar severa 7,7%.
GAMBA <i>et al.</i> ; Estados Unidos; 2016.	Transversal.	688 mulheres grávidas do National Health and Nutrition Examination Survey de 1999 a 2008	Analisar a associação entre o status de Segurança Alimentar doméstica e a qualidade da dieta durante a gravidez.	Standard Food Security Survey Module do USDA.	- Idade; - nível educacional; - raça; - plano de saúde; - tamanho do agregado familiar; - índice de renda da pobreza familiar;	- 32,0% das gestantes eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos; - 52,0% das gestantes que eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos foram classificadas no índice de renda de pobreza $0 \leq 100\%$; 35,0% das gestantes marginalmente seguras ou inseguras de alimentos foram classificadas no índice de renda de pobreza $100 \leq 200\%$; e, 13,0% das gestantes marginalmente seguras ou

		que possuíam informações dietéticas completas e renda familiar $\leq 300\%$ do Nível Federal de Pobreza.			<ul style="list-style-type: none"> - estado civil; - natividade; - trimestre de gestação; - participação em programa de auxílio alimentação; - informações alimentares. 	<p>inseguras de alimentos foram classificadas no índice de renda de pobreza $200 \leq 300\%$;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 67,0% das gestantes com até o ensino médio completo eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos; 33,0% das gestantes que tiveram qualquer experiência na faculdade eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos; - 51,0% das gestantes que eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos tinham em seu conjugado familiar de um a três indivíduos; 49% das gestantes que eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos tinham em seu conjugado familiar quatro ou mais indivíduos; - 33,0% das gestantes que eram marginalmente seguras ou inseguras de alimentos participavam de programa de auxílio alimentação.
OLIVEIRA <i>et al.</i> ; Brasil; 2017.	Transversal.	363 gestantes selecionadas intencionalmente em	Avaliar a Insegurança Alimentar e os seus fatores associados	EBIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade materna; - renda familiar mensal; - número de 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Insegurança Alimentar (42,7%), sendo 24,8% Insegurança Alimentar leve, 9,9% moderada e 8,0% grave; - prevalência de Insegurança Alimentar em domicílios

		Unidades Básicas de Saúde de Maceió.	em gestantes atendidas pela rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro.		<p>membros no domicílio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - linha da pobreza; - recebimento de benefício do governo; - escolaridade materna; - cor da pele referida; - presença de união estável; - ocupação do lar; - pressão arterial elevada; - presença de anemia; - presença de hiperglicemia; - estado nutricional 	<p>com renda familiar mensal menor que um salário mínimo (44,9%), domicílios com renda familiar mensal maior ou igual a um salário mínimo apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 40,1%;</p> <ul style="list-style-type: none"> - domicílios com menos de cinco indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,8%, domicílios que tinham cinco ou mais indivíduos apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,2%; - em 65,8% dos domicílios com Insegurança Alimentar existiam menores de 18 anos; - famílias beneficiárias de programa governamental apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,9%, famílias que não eram beneficiárias apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar de 42,5%.
--	--	--------------------------------------	--	--	--	---

					gestacional segundo o Índice de Massa Corporal; - ganho ponderal no período gestacional.	
--	--	--	--	--	---	--

6. MÉTODOS

6.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

Projeto Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar

O presente estudo faz parte de um estudo maior denominado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar” da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). O estudo está sendo realizado desde 2016 com previsão de término para 2018, e acontece em quatro etapas simultaneamente, sendo a primeira realizada com todas as mulheres de até 24 semanas de gestação que aceitam participar do estudo e que residem em setor censitário sorteado, a segunda etapa, uma reavaliação 60 dias após a primeira, a terceira 90 dias após o parto, juntamente com os recém-nascidos e a quarta aos 18 meses de vida da criança.

Para o presente projeto, o processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, sendo os setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram selecionados, de forma sistemática, domicílios em cada setor censitário. Primeiro foram listados os 488 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas de acordo com a malha do Censo de 2010, para o posterior sorteio de 244 setores.

Cada setor que foi sorteado recebeu a visita de um entrevistador para listagem de todos os domicílios com gestantes nos primeiros dois trimestres de gravidez. Todas as mulheres, nos dois primeiros trimestres de gestação encontradas na busca são convidadas a participar da pesquisa. A pesquisa conta com a expectativa de 1256 gestantes.

As gestantes elegíveis para o estudo devem ter até 24 semanas de gestação. Durante a primeira avaliação é aplicado no domicílio o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), posteriormente, caso a gestante esteja de acordo em participar da pesquisa é aplicado um questionário com questões socioeconômicas, demográficas e de saúde (Anexo C).

Para o presente projeto, serão utilizados dados obtidos do questionário aplicado na primeira etapa de avaliação das gestantes.

6.2 Participantes

Mulheres com até 24 semanas de gestação.

6.2.1 Cálculo da amostra

A prevalência estimada de Insegurança Alimentar é de 25%, com um erro aceitável de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%, sendo necessárias 288 gestantes para o estudo, com o acréscimo de 30% para eventuais perdas e recusas o tamanho de amostra necessário para o estudo de prevalência de Insegurança Alimentar é de 372 gestantes, porém, o estudo maior no qual o presente projeto está integrado, estimou uma amostra de 1256 gestantes no primeiro e segundo trimestre de gestação para participarem do estudo. Desta forma, para a realização das análises será utilizado o tamanho amostral final obtido pelo estudo maior. Para o estudo de associação será feito um cálculo de poder *a posteriori*. O Cálculo da amostra foi realizado pelo *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*.

6.2.2 Critérios de inclusão

- Ser gestante com até 24 semanas;
- Residir em setor sorteado.

6.2.3 Critérios de exclusão

- Gestantes com deficiência visual;
- Incapacidade que impeça a gestante de compreender e/ou responder o questionário.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

Abaixo serão descritos os instrumentos utilizados no presente projeto e o procedimento de coleta de dados para cada variável utilizada.

6.3.1 Variável Dependente

Para mensurar a prevalência de Insegurança Alimentar, é utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que é um método direto de medir a condição domiciliar de Segurança Alimentar, a escala foi proposta e validada para sua utilização no Brasil por Segall-Corrêa *et al.* (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2004). Esta escala foi uma adaptação da escala do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) (BICKEL *et al.*, 2000). A EBIA é composta por 14 itens, sendo oito itens destinados a famílias sem indivíduos menores de 18

anos e um adicional de seis itens para famílias que contenham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos residente no domicílio. Os itens que avaliam a Insegurança Alimentar na EBIA são perguntas dicotômicas fechadas, às quais devem ser respondidas “sim” ou “não” sobre a experiência vivenciada pela família nos últimos três meses que antecederam a entrevista, em relação à suficiência alimentar.

A EBIA classifica as famílias em uma das duas categorias (Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar) sendo que para a Insegurança Alimentar a família pode ainda ser classificada em três níveis (Insegurança Alimentar leve, Insegurança Alimentar moderada e Insegurança Alimentar grave), segundo os escores de pontuação (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2004). Cada resposta afirmativa representa 1 ponto, a somatória dos pontos resulta na pontuação da escala, sendo Segurança Alimentar, quando não há restrição alimentar em termos qualitativos ou quantitativos, e não há receio ou preocupação com a falta de alimentos no futuro (0 ponto), Insegurança Alimentar leve, quando há preocupação quanto ao acesso e a falta de alimentos (1–5 pontos em famílias com menores de 18 anos ou 1–3 em famílias sem indivíduos menores), Insegurança Alimentar moderada, quando há alteração da quantidade da alimentação, comprometendo a qualidade do alimento, atingindo os adultos (6–10 pontos nas famílias com menores de 18 anos ou 4–6 nas famílias sem indivíduos menores) e Insegurança Alimentar grave, onde há carência da quantidade de alimentos, onde tanto os adultos quanto as crianças já vivenciaram situação de fome (11–14 pontos nas famílias com menores de 18 anos ou 7–8 nas famílias sem indivíduos menores) (BICKEL *et al.*, 2000; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2004; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

6.3.2 Variáveis Independentes

Renda Mensal Familiar

Referida pela gestante segundo a variável “No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa, incluindo você?” considerando que a gestante deveria referir a renda em reais para cada indivíduo residente no domicílio.

Grau de escolaridade da pessoa de maior renda da família

Resposta referida pela gestante de acordo com a pergunta “Até que série o/a chefe (pessoa com maior renda) da família completou na escola?”. Sendo a resposta referida na forma de variável numérica discreta, segundo série e grau.

Sexo do chefe da família

Referido pela gestante segundo a variável “O chefe da família é (que você considera)?” tendo como opção de respostas: mulher; homem ou ambos.

Quantidade de indivíduos no domicílio

Resposta referida pela gestante segundo o número de pessoas residindo no mesmo domicílio de acordo com a variável discreta “Além de você, quantas pessoas moram na sua casa?”.

Presença de menores de 18 anos no domicílio

Resposta referida pela gestante dicotomicamente como “sim” ou “não” através da pergunta utilizada pela EBIA: “Na casa mora alguém com menos de 18 anos?”. Pergunta feita para determinar a aplicação completa ou não da escala, segundo a presença de menores de 18 anos de idade no domicílio.

Gravidez planejada

Resposta referida pela gestante segundo a variável nominal aplicada no questionário “Você planejou ter o filho da gravidez atual ou engravidou sem querer?” tendo como opções de resposta: planejou; sem querer; e mais ou menos.

Primeira gestação

Resposta referida pela gestante dicotomicamente “sim” ou “não” segundo a variável “Você já engravidou antes?”.

Expectativa de amamentação

Resposta referida pela gestante de forma dicotômica “sim” ou “não” segundo a variável “Você pretende amamentar seu filho(a) no peito?” em caso de resposta afirmativa a gestante ainda deveria referir o tempo de amamentação de acordo com a variável “SE SIM, até que idade você pretende dar o peito?” tendo como opção de respostas: enquanto ele quiser; enquanto tiver leite, ou, poderia ser referido ainda a resposta em meses completos.

Benefício Social (Programa Bolsa Família)

Resposta referida pela gestante de forma dicotômica “sim” ou “não” segundo a variável “Você recebe Bolsa Família?”

6.4 Análise de dados

Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData 3.1 com checagem automática de amplitude e consistência. As análises estatísticas serão realizadas pelo programa Stata 12.0. Para a descrição das variáveis será apresentado o número absoluto e a frequência relativa. Em todas as análises irá assumir-se um nível de significância de 5% e um poder de 80%.

Na análise bivariada, será utilizado o teste Qui-quadrado para comparação de proporções entre os níveis de Insegurança Alimentar nas diferentes categorias das variáveis independentes. No ajuste de possíveis fatores de confusão será utilizada a regressão de Poisson.

6.5 Aspectos éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob o parecer número 47807915.4.0000.5339 (Anexo B). As gestantes que aceitam participar do estudo assinam o TCLE, neste termo é garantido às participantes da pesquisa conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 466, de 12 de dezembro de 2012 a assistência imediata e integral às participantes da pesquisa em caso de dano associado ou decorrente da pesquisa como, por exemplo, danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

As participantes da pesquisa têm garantia de plena liberdade ao participar da pesquisa, de recusar-se em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, respeitando sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade. Os procedimentos realizados na pesquisa asseguram a confidencialidade e a privacidade das participantes da pesquisa durante todas as fases do estudo, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. É garantido às participantes o ressarcimento, ou seja, a compensação material exclusivamente de despesas da participante, quando necessário como, por exemplo, transporte e alimentação (CNS, 2012).

6.5.1 Riscos

O presente projeto apresenta riscos mínimos às entrevistadas e a participação da gestante não acarretará prejuízo à sua saúde ou bem-estar, nem para a saúde do bebê. O possível risco explícito nesta pesquisa é desconforto durante a aplicação do questionário em

relação a algumas perguntas que podem ser consideradas constrangedoras por algumas participantes.

6.5.2 Benefícios

O principal benefício da pesquisa trata-se da intervenção com Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e motivacional, para gestantes que apresentam risco para depressão, depressão gestacional e/ou depressão pós-parto relacionado ao projeto maior no qual o presente projeto está integrado. As gestantes contarão também com um maior acompanhamento e monitoramento da sua saúde bem como da saúde do bebê.

Além disso, será garantido através da pesquisa um benefício indireto para as futuras gerações, tendo em vista que o diagnóstico e a redução da Insegurança Alimentar, bem como de outras intercorrências associadas, são essenciais para um estado de nutrição e saúde adequados dos indivíduos, principalmente quando se trata da saúde materno-infantil, grupo de grande vulnerabilidade nutricional. Os resultados da pesquisa também poderão auxiliar na formulação de novas políticas públicas e métodos para como os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar e acolher a demanda da população em Insegurança Alimentar, a fim de combater este índice. Toda população será beneficiada de forma indireta.

6.6 Cronograma

Atividades	2017										2018									
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Revisão da literatura																				
Elaboração do projeto																				
Qualificação do projeto																				
Coleta de dados																				
Digitação dos dados																				
Análise dos dados																				
Redação do artigo científico																				
Defesa da dissertação																				
Ajustes pós-defesa																				

6.7 Orçamento

O projeto maior, o qual o presente estudo faz parte, é financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação Bill e Melinda Gates.

Materiais	Valores (R\$)
Bateção	24.400,00
Treinamento da equipe	5.000,00
Coleta de dados	84.000,00
Digitação e análise dos dados	-----
Total	113.400,00

7. REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – **Critério de Classificação Econômica Brasil** - 2015 – acesso em: www.abep.org – abep@abep.org

AIRES, J. dos S.; MARTINS, M. C.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 102-108, 2012.

ANTUNES, M.M.; SICHERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1642-1650, 2010.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 2, 2006.

BATISTA, F.M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, p. 181-191, 2003.

BEERS, M.H.; BERKOW, R. **Manual Merck: diagnóstico e tratamento**. 179.ed. São Paulo: Roca, 2000.

BICKEL, G.; NORD, M.; PRICE, C.; HAMILTON, W.; COOK J. Measuring food security in the United States: guide to measuring household food security. **Alexandria: Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, U.S. Department of Agriculture**; 2000.

BRASIL. Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Diário Oficial da União 18 setembro; 2006.

CASTRO, P.S.; CASTRO, M.B.T.; KAC, G. Aderência às recomendações dietéticas do Institute of Medicine (Estados Unidos) e o seu efeito no peso durante a gravidez. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1311-1321, 2013.

CNS. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde** número 466, de 12 de dezembro de 2012.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE M. M. **OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health**, Versão. www.OpenEpi.com, atualizado 2013/04/06, acessado 2017/12/05.

FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MOTTA, J. V. dos S.; TOMASI, E.; SILVA, S. M.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. da; SIQUEIRA, F. V.; DILÉLIO, A. S.; SAES, M. de O.; MIRANDA, V. I. A.; VOLZ, P. M.; OSÓRIO, A.; FASSA, A. G. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda *per capita* para redução das iniquidades. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 161-174, 2014.

FERREIRA, H. da S.; SOUZA, M. E. di C. A. de; MOURA, F. A.; HORTA, B. L. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1533-1542, 2014.

GAMBA, R.; LEUNG, C. W.; GUENDELMAN, S.; LAHIFF, M.; LARAIA, B. A. Household Food Insecurity Is Not Associated with Overall Diet Quality Among Pregnant Women in NHANES 1999–2008. **Matern Child Health J**, v. 20, p. 2348-2356, 2016.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 3, p. 279-282, 2012.

GUERRA, L. D. da S.; ESPINOSA, M. M.; BEZERRA, A. C. D.; GUIMARÃES, L. V.; LIMA-LOPES, M. A. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 335-348, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

ISMAIL, H.; CHANG, Y. Sequelae of Fetal Growth Restriction. **Journal of Medical Ultrasound**, v. 20, n. 4, p. 191- 200, 2012.

JEBENA, M. G.; TAHA, M.; NAKAJIMA, M.; LEMIEUX, A.; LEMESSA, F.; HOFFMAN, R.; TESFAYE, M.; BELACHEW, T.; WORKINEH, N.; KEBEDE, E.; GEMECHU, T.; TARIKU, Y.; SEGNI, H.; KOLSTEREN, P.; AL'ABSI, M. Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 15:250, 2015.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G.; SCHLÜSSEL, M. M.; SEGALL-CÔRREA, A. M.; SILVA, A. A. M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian adolescente females. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 10, p. 1854–1860, 2012.

KEPPLE, A.W.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2001.

LARAIA, B. A.; SIEGA-RIZ, A. M.; GUNDERSEN, C.; DOLE, N. Psychosocial Factors and Socioeconomic Indicators Are Associated with Household Food Insecurity among Pregnant Women. **J Nutr**, v. 136, p. 177-182, 2006.

LARAIA, B. A.; SIEGA-RIZ, A. M.; GUNDERSEN, C. Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain and pregnancy complications. **Am Diet Assoc**, v. 110, n. 5, p. 692-701, 2010.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10.ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARÍN-LEÓN, L.; SEGAL-CORRÊA, A. M.; PANIGASSI, G.; MARANHA, L. K.; SAMPAIO, M. de F. A.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1433-1440, 2005.

MONTEIRO, F.; SCHMIDT, S. T.; COSTA, I. B. da; ALMEIDA, C. C. B.; MATUDA, N. da S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1347-1357, 2014.

OLIVEIRA, A. C. M. de; TAVARES, M. C. M.; BEZERRA, A. R. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 519-526, 2017.

PANIGASSI, G.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEÓN, L.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M. de F. A.; MARANHA, L. K. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PARK, C.Y.; EICHER-MILLER, H.A. Iron deficiency is associated with food insecurity in pregnant in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2010. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 12, p. 1967-1973, 2014.

PEDRAZA, D. F.; GAMA, J. S. da F. A. Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 906-917, 2015.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 15-26, 2008.

POBLACION, A. P.; MARÍN-LEÓN, L.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SILVEIRA, J. A.; TADDEI, J. A. de A. C. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1067-1078, 2014.

SABÓIA, R. C. B. de; SANTOS, M. M. dos. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 749-758, 2015.

SANTOS, J. V. dos; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 41-49, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A.M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARANHA, L.K.; SAMPAIO, M.F.A. (In) **Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação**. Relatório Técnico. Campinas (São Paulo), 2004.

SOUZA, N. N. de; DIAS, M. de M. e; SPERANDIO, N.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 655-662, 2012.

STEVENS, B.; WATT, K.; BRIMBECOMBE, J.; CLOUGH, A.; JUDD, J.; LINDSAY, D. The role of seasonality on the diet and household food security of pregnant women living in rural Bangladesh: a cross-sectional study. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

TABARES, R. Q.; ASTUDILLO, M. N. M.; SIERRA, L. E. A.; PEREA, G. A. M. P. Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. Pereira, Colombia, 2009. **Invest Educ Enferm**, v. 28, n. 2, p. 204-213, 2010.

VIANNA, R. P. de T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 111-122, 2008.

WEBB-GIRARD, A.; CHEROBON, A.; MBUGUA, S.; KAMAU-MBUTHIA, E.; AMIN, A.; SELLEN, D. W. Food insecurity is associated with attitudes towards exclusive breastfeeding among women in urban Kenya. **Maternal & Child Nutrition**, v. 8, p. 199-214, 2012.

3. ALTERAÇÕES NO PROJETO

No projeto de pesquisa objetivou-se avaliar as variáveis gestacionais “planejamento da gestação”, “paridade” e “expectativa de amamentação”. No entanto, após a continuação da revisão de literatura considerou-se plausível a retirada destas da elaboração do artigo, considerando que as mesmas não apresentavam relação bem estabelecida pela literatura para embasamento teórico, não sendo descritas em associação à Insegurança Alimentar, dificultando o uso destas variáveis a fim de comparação e discussão. As variáveis gestacionais citadas foram substituídas pelas variáveis “idade da gestante”, “trabalha de forma remunerada” e “vive com companheiro”, todas relacionadas à gestante, considerando a consolidação destas variáveis em associação à Insegurança Alimentar exposta em artigos científicos, em diferentes grupos populacionais.

Para a busca de literatura científica visando à discussão do artigo integrante deste volume desconsiderou-se alguns dos limites empregados na revisão bibliográfica do projeto, como por exemplo, artigos que apontaram no mínimo dois objetivos semelhantes aos do projeto.

A amostra utilizada na elaboração do artigo que compõem o presente volume foi o tamanho de amostra preliminar do estudo maior ao qual o projeto e artigo contido neste volume estão integrados, não sendo considerado o tamanho amostral do cálculo de amostra utilizado no projeto.

As análises estatísticas foram realizadas pelo software Stata versão 15.0, não sendo utilizada a versão 12.0 prevista no projeto. Não foi realizada a regressão de Poisson, optou-se por realizar apenas a análise bivariada e integrá-la ao artigo.

4. ARTIGO

Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes em um município do sul do Brasil

Caroline Nickel Ávila^{1*}

Janaína Vieira dos Santos Motta¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas

*Endereço para correspondência: Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas – Rua Gonçalves Chaves, 373 – sala 422C Pelotas – RS,
96015-560 - Brasil

E-mail: oi.caroline@hotmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal baseado em dados obtidos por uma pesquisa de intervenção realizada pela Universidade Católica de Pelotas, entre os anos de 2016 e 2018 na cidade de Pelotas, com uma amostra representativa de gestantes nos dois primeiros trimestres de gestação (n=729). A mensuração da prevalência de Insegurança Alimentar foi feita através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, que um método direto de medir a condição domiciliar de Segurança Alimentar e classifica a Insegurança Alimentar em três níveis: leve, moderado e grave. Para a obtenção das variáveis socioeconômicas e demográficas foi aplicado questionário padronizado. Para a análise estatística foi utilizado o programa Epidata 3.1, para dupla digitação dos questionários. A análise dos dados foi realizada pelo software Stata versão 15.0. Para as análises bivariadas, foi utilizado o teste qui-quadrado, o valor p de <0,05 foi considerado estatisticamente significativo, e, para a análise de tendência das variáveis ordinais foi utilizado o qui-quadrado de tendência linear. A prevalência de Insegurança Alimentar foi de 31,0%, sendo o nível moderado encontrado em 3,8% dos domicílios, mesma prevalência encontrada para o nível grave. Maiores prevalências de Insegurança Alimentar foram encontradas entre gestantes mais jovens (≤ 19 anos), que residiam em domicílios chefiados por mulheres, onde a pessoa de maior renda da família apresentava baixa escolaridade (0–4 anos), que recebiam benefício do Programa Bolsa Família, que não trabalhavam de forma remunerada, que não viviam com companheiro, com quatro ou mais indivíduos morando no mesmo domicílio e que tinham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos no domicílio. A prevalência de Insegurança Alimentar encontrada em domicílios com gestantes no município de Pelotas foi elevada, considerando a enorme vulnerabilidade correspondente a este grupo populacional, estando associada a todas as variáveis socioeconômicas e demográficas aqui estudadas. Os resultados obtidos no presente estudo permitem o melhor planejamento e o aprimoramento de políticas públicas de alimentação e nutrição.

Segurança Alimentar e Nutricional; Insegurança Alimentar; Gravidez; Transversal

Abstract

The objective of this study was to evaluate the prevalence and factors associated with food insecurity in households with pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study based on data obtained from an intervention research conducted by Universidade Católica de Pelotas, between the years 2016 and 2018 in the city of Pelotas, with a representative sample of pregnant women in the first two trimesters of gestation ($n = 729$). The measurement of the prevalence of food insecurity was done through the Brazilian Scale of Food Insecurity, which is a direct method of measuring the household condition of Food Security and classifies Food Insecurity in three levels: mild, moderate and severe. A standardized questionnaire was used to obtain the socioeconomic and demographic variables. For the statistical analysis, the Epidata 3.1 program was used, for double typing of the questionnaires. Data analysis was performed by Stata software version 15.0. For the bivariate analyzes, the chi-square test was used, the p-value of <0.05 was considered statistically significant, and, for the trend analysis of the ordinal variables, the chi-square of linear trend was used. The prevalence of food insecurity was 31.0%, with the moderate level found in 3.8% of households, the same prevalence found for the severe level. Higher prevalences of food insecurity were found among younger women (≤ 19 years old), who lived in households headed by women, where the person with the highest income in the family had low schooling (0-4 years), who received a benefit from the Bolsa Família Program, who did not work in a paid way, who did not live with a partner, with four or more individuals living in the same household and who had at least one individual under the age of 18 at home. The prevalence of food insecurity found in households with pregnant women in the city of Pelotas was high, considering the enormous vulnerability corresponding to this population group, being associated with all the socioeconomic and demographic variables studied here. The results obtained in the present study allow better planning and improvement of public policies of food and nutrition.

Food and Nutrition Security; Food Insecurity; Pregnancy; Cross-sectional

Introdução

A Insegurança Alimentar trata-se da preocupação e angústia diante a incerteza de dispor regularmente de alimento, até a vivência de fome por não ter o que comer¹. Por outro lado, a Segurança Alimentar e Nutricional, de acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, baseada em práticas alimentares promotoras de saúde e que sejam cultural, social, econômica e ambientalmente sustentáveis².

A Insegurança Alimentar pode ser classificada em três níveis, sendo eles: Leve, onde é evidente a preocupação dos membros da família quanto à adequação do abastecimento alimentar doméstico, há redução da qualidade dos alimentos e um aumento dos padrões de adaptação alimentar, havendo pouca ou nenhuma redução na ingestão de alimentos; Moderada, refere-se à redução da ingestão de alimentos entre os adultos da família, implicando na experimentação da sensação física de fome entre os adultos; Grave, onde todos os membros adultos da família com crianças, bem como as próprias crianças, reduzem o consumo de alimentos, de forma a indicar que as crianças passaram fome¹.

Neste contexto, é plausível considerar o risco elevado da situação de Insegurança Alimentar em famílias compostas por gestantes, devido às diversas vulnerabilidades a que estão expostas e ao papel determinante sobre os desfechos gestacionais, como por exemplo, a concorrência materno-fetal pela disponibilidade de nutrientes, ocasionada pelo insuficiente aporte energético-nutricional, gerando por sua vez, comprometimento do adequado desenvolvimento do feto, resultando na restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, nascimento com menor índice de Apgar, dentre outros riscos para o feto e para a gestante³.

A gestação é o período do ciclo da vida que demanda maior requerimento energético e nutricional para atender as demandas das diversas adaptações estruturais e metabólicas, como o processo de rápida divisão celular e desenvolvimento de novos órgãos e tecidos^{3,4}, tendo como finalidade garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, assim como adequada reserva energética para o período de lactação. A fim de evitar tais complicações, é necessário manter um adequado estado nutricional da gestante para assegurar um aporte de nutrientes adequado ao feto, proporcionando um desenvolvimento intrauterino satisfatório, através da alimentação e da nutrição adequadas sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo, sendo estas condições reconhecidas como uma importante condição para uma gestação saudável⁵.

No Brasil, apenas um estudo, publicado no ano de 2017, avaliou a condição de Insegurança Alimentar em gestantes. Desta forma, a condição de Insegurança Alimentar em gestantes foi avaliada no município de Maceió – Alagoas no ano de 2014, sendo a amostra composta por gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde da rede pública de saúde municipal. O estudo expos prevalência de Insegurança Alimentar de 42,7%, sendo que 8,0% das gestantes apresentavam Insegurança Alimentar grave. Contudo, os resultados encontrados não se apresentaram associados com as variáveis sociodemográficas, sugerindo a necessidade da realização de novos estudos⁶.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar” da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Este estudo ocorre em duas etapas, que por sua vez são subdivididas em cinco fases, as três primeiras fases fazem parte da primeira etapa e a quarta e a quinta da segunda. As etapas ocorrem de forma simultânea, sendo a primeira com todas as mulheres de até 24 semanas de gestação que aceitaram participar do estudo e que residiam em setor censitário sorteado, sendo esta a única fase já concluída; a segunda fase, uma reavaliação 60 dias após a primeira; a terceira fase ocorre 90 dias após o parto juntamente com os recém-nascidos; a quarta fase se dá aos 18 meses de vida da criança; e a quinta fase ocorre aos 21 meses da criança. Neste estudo, foram utilizados dados obtidos na primeira fase de avaliação.

O estudo aconteceu em Pelotas, um município no extremo sul do Brasil, que possui uma população estimada de 341.648 habitantes e é a terceira cidade mais populosa do estado com cerca de 92% da população total residindo na zona urbana do município⁷. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a prevalência esperada de Insegurança Alimentar nas famílias de Pelotas de 25% e um erro aceitável de cinco pontos percentuais. A este número foram acrescidos 30% para perdas e recusas. Assim, 372 gestantes seria o número necessário para determinação da prevalência de Insegurança Alimentar, porém o estudo maior, no qual o presente estudo está integrado, obteve uma amostra de 979 gestantes no primeiro e segundo trimestre de gestação, desta forma, para o presente estudo foi utilizada uma amostra preliminar de gestantes obtidas pelo estudo maior até o presente momento.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, onde primeiro foram listados os 488 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas de acordo com a malha do Censo de 2010, para o posterior sorteio de 244 setores. Cada setor que foi sorteado recebeu a visita de um entrevistador para listagem de todos os domicílios com gestantes nos primeiros dois trimestres de gravidez e essas foram convidadas a participar da pesquisa. Para as gestantes que aceitaram participar do estudo, foi aplicado questionário padronizado no domicílio, incluindo dados socioeconômicos e demográficos.

Para mensurar a prevalência de Insegurança Alimentar, foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), composta por 14 itens, sobre a experiência vivenciada pela família nos últimos três meses que antecederam a entrevista, sendo oito destinados a famílias sem indivíduos menores de 18 anos e um adicional de seis itens para famílias que continham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos residente no domicílio. As perguntas possuem duas alternativas (não e sim), cada resposta afirmativa representa um ponto e a somatória dos pontos resulta na pontuação final da escala, sendo Segurança Alimentar (zero pontos), Insegurança Alimentar Leve (1–5 pontos em famílias com menores de 18 anos ou 1–3 em famílias sem indivíduos menores), Insegurança Alimentar Moderada (6–10 pontos nas famílias com menores de 18 anos ou 4–6 nas famílias sem indivíduos menores) e Insegurança Alimentar Grave (11–14 pontos nas famílias com menores de 18 anos ou 7–8 nas famílias sem indivíduos menores)⁸.

As variáveis exposição consideradas na presente pesquisa foram: idade da gestante (\leq 19 anos / 20 – 29 anos / \geq 30 anos); sexo do chefe da família (feminino / masculino / ambos); grau de escolaridade da pessoa de maior renda da família (0 – 4 anos / 5 – 7 anos / 8 – 10 anos / \geq 11 anos); renda mensal familiar (1º tercil / 2º tercil / 3º tercil); recebimento do Programa Bolsa Família (não / sim); trabalha de forma remunerada (não / sim); vive com companheiro (não / sim); número de indivíduos residentes no domicílio (um / dois / três / quatro ou mais); presença de indivíduos menores de 18 anos no domicílio (não / sim).

Foi utilizado o programa Epidata 3.1, para dupla digitação dos questionários. A análise dos dados foi realizada pelo software Stata versão 15.0. Para as análises bivariadas, foi utilizado o teste qui-quadrado, o valor p de $<0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. E, para a análise de tendência das variáveis ordinais foi utilizado o qui-quadrado de tendência linear.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob o parecer número 47807915.4.0000.5339 e todas as gestantes participantes assinaram um termo de consentimento informado.

Resultados

Excluindo-se as 48 recusas e quatro exclusões (três não estavam grávidas e uma com baixo desempenho cognitivo) a amostra final constituiu-se de 729 gestantes nos dois primeiros trimestres de gestação.

A distribuição das gestantes em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas está apresentada na Tabela 1. Há um predomínio de gestantes com idade entre 20–29 anos, que viviam em famílias chefiadas de forma conjunta por homens e mulheres, que a pessoa de maior renda apresentava 11 anos ou mais de escolaridade, que não recebiam benefício do Programa Bolsa Família, trabalhavam de forma remunerada, viviam com companheiro, possuíam quatro ou mais membros em seu domicílio e tinham pelo menos um membro menor de 18 anos no domicílio. A renda mensal familiar foi distribuída em tercil, sendo o 1º tercil de menor renda, o 2º de média renda e o 3º de renda mais elevada.

A prevalência de Insegurança Alimentar foi de 31,0%, sendo a Insegurança Alimentar leve encontrada em 23,3% dos domicílios, a moderada em 3,8% e a grave em 3,8%. Na tabela 1, ainda estão apresentadas as prevalências de Insegurança Alimentar leve, moderada e grave de acordo às variáveis socioeconômicas e demográficas. Todas as variáveis testadas foram significativas, sendo as maiores prevalências de Insegurança Alimentar encontradas entre as gestantes mais jovens (≤ 19 anos) ($p < 0,001$), que residiam em domicílios chefiados por mulheres ($p = 0,006$), onde a pessoa de maior renda da família apresentava baixa escolaridade (0–4 anos) ($p < 0,001$), que recebiam benefício do Programa Bolsa Família ($p < 0,001$), que não trabalhavam de forma remunerada ($p < 0,001$), que não viviam com companheiro ($p < 0,001$), com quatro ou mais indivíduos morando no mesmo domicílio ($p = 0,001$) e que tinham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos no domicílio ($p = 0,013$).

Discussão

Através do presente estudo, buscou-se conhecer a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas - RS. Apesar da proporção de domicílios com gestantes que apresentam algum nível de Insegurança Alimentar em Pelotas (30,9%) ter sido inferior a encontrada em outro estudo brasileiro de Insegurança Alimentar com gestantes (42,7%), é preciso destacar que nesse estudo realizado em Maceió, no ano de 2014, apenas gestantes da rede pública de saúde foram incluídas⁶. Ainda assim, a prevalência encontrada no presente estudo é considerada alta para este grupo específico da população, sendo similar à prevalência encontrada nos Estados Unidos no ano de 2006 (25,0%), em estudo realizado com gestantes de baixa e média renda⁹. Prevalências menores só

foram encontradas na Etiópia (9,0%)¹⁰ e nos Estados Unidos em estudo publicado no ano de 2010 (10,0%)¹¹.

Os autores do estudo realizado na Etiópia atribuíram três possíveis razões para a baixa prevalência de Insegurança Alimentar encontrada. A primeira razão é a diferença entre as escalas utilizadas, que podem estimar ou subestimar a prevalência de Insegurança Alimentar. A segunda razão é a diferença entre os delineamentos dos estudos. E a terceira diferença pode ser devido ao efeito sazonal no estado de Insegurança Alimentar das famílias¹⁰. Além disso, destaca-se que as gestantes participantes do estudo recebiam cuidados pré-natais de centros de saúde pública afiliados à Universidade Jimma e as gestantes gravemente doentes foram excluídas do estudo e encaminhadas para hospitais, o que pode subestimar a prevalência real de Insegurança Alimentar.

Como limitação deste estudo, destaca-se o delineamento transversal, o que impossibilita a relação temporal, uma vez que existe a possibilidade de causalidade reversa para associações entre a Insegurança Alimentar e os fatores estudados. Em relação aos aspectos positivos, destaca-se o fato de ser um estudo de base populacional, realizado com gestantes da zona urbana de Pelotas, bem como o uso da EBIA, considerada um método direto de medir a condição domiciliar de Insegurança Alimentar, a escala foi proposta e validada para sua utilização no Brasil por Segall-Corrêa *et al.*¹² por meio da adaptação da escala do *United States Department of Agriculture*¹, garantindo a possibilidade em comparar resultados com estudos de diferentes grupos populacionais.

O presente estudo evidenciou associação entre a Insegurança Alimentar e a idade da gestante. Gestantes com 19 anos ou menos apresentaram maior prevalência de Insegurança Alimentar, sendo possível observar a redução desta condição na medida em que aumentava a idade da gestante, esta redução foi encontrada em todos os níveis de severidade. Ressalta-se ainda que os domicílios com gestantes com 19 anos ou menos foram os únicos que apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar grave superior ao nível moderado. A gravidez na adolescência tem sido associada a resultados obstétricos adversos, tais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino, dentre outros, especialmente no que diz respeito à Insegurança Alimentar devido ao risco nutricional a que estas estão expostas, considerando que a gestante adolescente pode competir com o feto pela disponibilidade de nutrientes, pois ambos estão em fase de crescimento e desenvolvimento.

O domicílio ser chefiado por uma mulher esteve associado a maiores prevalências de Insegurança Alimentar, afirmando achados de outros estudos¹³⁻¹⁷. Domicílios chefiados por mulheres apresentaram menor prevalência de Insegurança Alimentar leve, entretanto,

apresentaram prevalências superiores de Insegurança Alimentar moderada e grave, respectivamente, em comparação a domicílios chefiados por homens e por ambos (homens e mulheres de forma conjunta). Situação que também foi constatada nas regiões Sul e Nordeste, onde a maior probabilidade de Insegurança Alimentar moderada e grave foi encontrada em domicílios chefiados por mulheres¹⁴. Fato que pode ser justificado pelo receio da mãe em não ter o alimento para dar aos filhos, ao mesmo tempo, a mulher ser a única fonte de renda da família, os salários mais baixos e desiguais em comparação àqueles recebidos pelos homens, além do desemprego forçado pela permanência no domicílio, pois por vezes carregam em si a culpa de deixar os filhos sozinhos em casa, são fatores considerados relevantes^{14,17}.

Os três níveis de Insegurança Alimentar, foram mais prevalentes nos domicílios em que a pessoa de maior renda apresentava no máximo quatro anos de estudo. Quanto menor a escolaridade da pessoa de maior renda da família, maiores as prevalências de Insegurança Alimentar. A baixa escolaridade da pessoa de maior renda da família esteve associada à situação de Insegurança Alimentar, corroborando os achados de outros autores^{13,16,18-20}.

De acordo com resultados expostos por diversos estudos^{13-15,17-23} a variável com maior relevância em relação à Insegurança Alimentar é a baixa renda familiar, considerada um dos principais determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil. O presente estudo também encontrou resultados consistentes com esta afirmativa. Considerando o valor do salário mínimo de R\$937 no ano 2018, a média de renda mensal familiar encontrada no 1º tercil foi de R\$920, referente a quase um salário mínimo. No 2º tercil, a média de renda foi de R\$2.149, traduzida em 2,3 salários mínimos e a média de renda no 3º tercil foi de R\$4.807, estimando em média cinco salários mínimos.

Em relação ao recebimento do benefício do Programa Bolsa Família, situação relacionada à vulnerabilidade socioeconômica dos beneficiários, apesar da alta prevalência de Insegurança Alimentar grave (10,0%), esta foi menor que a prevalência de Insegurança Alimentar moderada (11,4%) em beneficiários do programa, apontando para um possível resultado positivo do programa na redução da situação mais severa da Insegurança Alimentar^{14,16,17,24}. No entanto, é importante enfatizar a necessidade de aprimoramento do Programa Bolsa Família, como o aumento do valor pago pelo benefício. Paralelamente indica-se a necessidade da implantação de programas de educação alimentar e nutricional para as famílias beneficiárias, de forma a garantir a aquisição de alimentos de qualidade nutricional apropriada.

Alguns estudos realizados com diversos grupos populacionais, evidenciaram que indivíduos que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de Insegurança

Alimentar^{14,16} corroborando com os achados do presente estudo, onde gestantes que não trabalhavam de forma remunerada apresentaram maior prevalência de Insegurança Alimentar, neste contexto, o trabalho remunerado representa uma proteção de 79% em relação a Insegurança Alimentar grave.

A variável “vive com companheiro” também esteve associada à Insegurança Alimentar. Neste contexto, gestantes que não viviam com companheiro apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar superior àquelas que viviam, em todos os níveis de severidade. Destacando que as gestantes que não viviam com companheiro apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar grave superior à moderada, e as gestantes que viviam com companheiro apresentaram prevalência de Insegurança alimentar moderada superior à grave. Corroborando com esta afirmativa, em estudo transversal realizado com dados obtidos do *National Health and Nutrition Examination Survey*, entre os anos de 1999 e 2008, que verificou a Insegurança Alimentar através da *Standard Food Security Survey Module*, foi constatado que gestantes casadas ou que viviam com o companheiro apresentavam maior prevalência de Segurança Alimentar em comparação àquelas divorciadas/separadas/solteiras²⁵. Neste contexto, viver com companheiro não é garantia de Segurança Alimentar, mas pode ser considerado garantia de suporte psicológico e de empenho mútuo, resguardando a família das formas mais severas da Insegurança Alimentar.

Quanto maior o número de pessoas residente no domicílio, maior a prevalência de Insegurança Alimentar^{13-16,18-20,23,26,27}. Domicílios com dois membros apresentaram prevalência de Insegurança Alimentar moderada mais elevada do que os domicílios com três membros. Domicílios mais populosos, com quatro ou mais indivíduos apresentaram maiores prevalências de Insegurança Alimentar em todos os níveis, sendo o grave mais prevalente do que o moderado. No mesmo município do presente estudo, com uma amostra populacional, foi verificada situação semelhante, a prevalência de Insegurança Alimentar foi mais elevada entre as famílias com cinco ou mais moradores no domicílio¹³.

Estudos evidenciam que domicílios que contam, em sua composição, com pelo menos um indivíduo menor de 18 anos de idade apresentam maior prevalência de Insegurança Alimentar^{6,16,18}. Assim, tal como também demonstrado no presente estudo, domicílios em que residia pelo menos um indivíduo menor de 18 anos apresentaram maiores prevalências de Insegurança Alimentar em todos os níveis de severidade. O nível leve foi mais prevalente do que o grave, e este por sua vez, mais prevalente do que o moderado. Sendo possível inferir, que a presença de menores de 18 anos no domicílio contribua para uma condição exacerbada da Insegurança Alimentar, visto que é comum que os adultos do domicílio diminuam a

quantidade de alimentos ingerida visando a manutenção do consumo alimentar dos menores. Apoiando esta afirmativa, em Maceió foi possível observar que em 65,8% dos domicílios em que residiam gestantes com Insegurança Alimentar existiam menores de 18 anos⁶.

As variáveis socioeconômicas e demográficas aqui estudadas e associadas à Insegurança Alimentar podem ser influenciadas por diversos fatores. A baixa escolaridade, a insuficiência de renda, o recebimento do auxílio do Programa Bolsa Família e o trabalho de forma não remunerada, estão geralmente associados ao ciclo de pobreza instalado nas famílias com Insegurança Alimentar. Acredita-se haver uma bidirecionalidade no ciclo da pobreza, ou seja, há uma incerteza quanto ao fator predisponente do ciclo. A fim de tentar sanar estes problemas, as políticas públicas deveriam focar em investimentos de caráter estrutural como educação, qualificação profissional, geração de emprego e renda, acesso à saúde de qualidade, melhores condições de moradia, dentre outros fatores, são essenciais para combater a Insegurança Alimentar e os fatores intimamente associados a ela.

Conclusão

A prevalência de Insegurança Alimentar encontrada em domicílios com gestantes no município de Pelotas foi elevada, considerando a enorme vulnerabilidade correspondente a este grupo populacional. A Insegurança Alimentar esteve associada a todas as variáveis socioeconômicas e demográficas aqui estudadas. Os resultados obtidos no presente estudo permitem o melhor planejamento e o aprimoramento de políticas públicas de alimentação e nutrição, contribuindo para a garantia do direito humano à alimentação adequada de forma regular e permanente e que respeite os hábitos alimentares dos indivíduos.

Referências

1. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Measuring food security in the United States: guide to measuring household food security. Alexandria: Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, U.S. Department of Agriculture; 2000.
2. Brasil. Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 18 setembro; 2006.
3. Ismail H, Chang Y. Sequelae of Fetal Growth Restriction. *Journal of Medical Ultrasound*. 2012; 20 (4): 191–200.
4. Allen LH. Pregnancy: Nutrient Requirements. *Encyclopedia of Human Nutrition*. 3th ed. Amsterdam: Elsevier. 2013; 61–67.
5. Castro PS, Castro MBT, Kac G. Aderência às recomendações dietéticas do Institute of Medicine (Estados Unidos) e o seu efeito no peso durante a gravidez. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (7): 1311-1321.
6. Oliveira ACM de, Tavares MCM, Bezerra AR. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. *Cienc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (2): 519-526.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Cidades. 29 de agosto de 2018. Consultado em 06 de novembro de 2018. [Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas>]
8. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
9. Laraia BA, Siega-Riz AM, Gunderson C, Dole N. Psychosocial Factors and Socioeconomic Indicators Are Associated with Household Food Insecurity among Pregnant Women. *J Nutr*. 2006; 136: 177-182.

10. Jebena MG, Taha M, Nakajima M, Lemieux A, Lemessa F, Hoffman R, *et al.* Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. *BMC Pregnancy Childb.* 2015; 15: 250.
11. Laraia BA, Siega-Riz AM, Gundersen C. Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain and pregnancy complications. *Am Diet Assoc.* 2010; 110 (5): 692-701.
12. Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MFA. (In) Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. Relatório Técnico. Campinas (São Paulo), 2004.
13. Santos JV dos, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26 (1): 41-49.
14. Facchini LA, Nunes BP, Motta JV dos S, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, *et al.* Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda *per capita* para redução das iniquidades. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (1): 161-17.
15. Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB da, Almeida CCB, Matuda N da S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Cienc Saúde Coletiva.* 2014; 19 (5): 1347-1357.
16. Ferreira H da S, Souza ME di CA de, Moura FA, Horta BL. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. *Cienc Saúde Coletiva.* 2014; 19 (5): 1533-1542.
17. Sabóia RCB de, Santos MM dos. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24 (3): 749-758.

18. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio M de FA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (10): 2376-2384.
19. Aires J dos S, Martins MC, Joventino ES, Ximenes LB. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (1): 102-108.
20. Guerra LD da S, Espinosa MM, Bezerra ACD, Guimarães LV, Lima-Lopes MA. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (2): 335-348.
21. Marín-León L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio M de FA, Pérez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (5): 1433-1440.
22. Vianna RP de T, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Rev Nutr*. 2008; 21: 111-122.
23. Kac G, Velásquez-Melendez G, Schlüssel MM, Segall-Côrrea AM, Silva AAM, Pérez-Escamilla R. Severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian adolescent females. *Public Health Nutr*. 2012; 15 (10): 1854–1860.
24. Poblacion AP, Marín-León L, Segall-Corrêa AM, Silveira JA, Taddei JA de AC. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (5): 1067-1078.
25. Gamba R, Leung CW, Guendelman S, Lahiff M, Laraia BA. Household Food Insecurity Is Not Associated with Overall Diet Quality Among Pregnant Women in NHANES 1999–2008. *Matern Child Health J*. 2016; 20: 2348-2356.
26. Souza NN de, Dias M de M, Sperandio N, Franceschini S do CC, Priore SE. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21 (4): 655-662.

27. Pedraza DF, Gama JS da FA. Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba. Rev Bras Epidemiol. 2015; 18 (4): 906-917.

Tabela 1. Caracterização dos domicílios com gestantes e prevalência dos níveis de Insegurança Alimentar segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas na cidade de Pelotas, RS, 2016-18.

Variáveis	N (%)	Prevalência de Insegurança Alimentar (%)			Valor-p
		Leve	Moderada	Grave	
Idade da gestante					<0,001*
≤ 19 anos	90 (12,4)	37,8	5,6	10,0	
20 – 29 anos	364 (49,9)	22,8	3,3	3,0	
≥ 30 anos	275 (37,7)	19,3	4,0	2,9	
Sexo do chefe da família					0,006
Feminino	163 (22,4)	22,7	6,1	8,0	
Masculino	210 (28,9)	27,6	2,9	3,8	
Ambos	355 (48,8)	21,1	3,4	2,0	
Escolaridade da pessoa de maior renda da família (anos)					<0,001*
0 – 4	62 (8,7)	32,3	8,1	8,1	
5 – 7	154 (21,6)	27,9	6,5	7,1	
8 – 10	137 (19,2)	27,0	1,5	5,1	
≥ 11	361 (50,6)	18,0	2,8	1,1	
Renda mensal familiar					<0,001*
1º tercil	258 (35,4)	34,1	7,0	9,7	
2º tercil	228 (31,3)	21,5	2,6	0,9	
3º tercil	243 (33,3)	13,6	1,7	0,4	
Recebimento do Programa Bolsa Família					<0,001
Não	659 (90,4)	23,2	3,0	3,2	
Sim	70 (9,6)	24,3	11,4	10,0	
Trabalha de forma remunerada					<0,001
Não	316 (43,4)	31,3	5,1	7,0	
Sim	413 (56,7)	17,2	2,9	1,5	
Vive com companheiro					<0,001
Não	136 (18,7)	26,5	7,4	8,8	
Sim	593 (81,3)	22,6	3,0	2,7	
Número de indivíduos residentes no domicílio					0,001*
1	9 (1,2)	0,0	11,1	0,0	
2	229 (31,4)	21,4	3,1	2,2	
3	227 (31,1)	22,0	2,6	2,2	
4 ou mais	264 (36,2)	26,9	5,3	6,8	
Presença de indivíduos menores de 18 anos no domicílio					0,013
Não	310 (42,5)	19,7	2,9	2,3	
Sim	419 (57,5)	26,0	4,5	5,0	
Total	729 (100,0)	23,3	3,8	3,8	

* Qui-quadrado de tendência linear

5. RELATÓRIO PARA A IMPRENSA

Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes na cidade de Pelotas

Entre os anos de 2016 e 2018, uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento (PPGSC) da Universidade Católica de Pelotas investigou a situação de Insegurança Alimentar em domicílios com gestantes do município de Pelotas. A pesquisa foi realizada pela nutricionista Caroline Nickel Ávila, mestranda do PPGSC sob orientação a professora Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta. A pesquisa faz parte de um grande estudo realizado com gestantes, chamado “Gravidez cuidada, bebê saudável” do PPGSC, sob coordenação do professor Dr. Ricardo Tavares Pinheiro. A pesquisa incluiu dados de 729 gestantes residentes na zona urbana da cidade que estavam nos primeiros dois trimestres de gestação.

A Insegurança Alimentar é caracterizada pela preocupação e angústia diante a incerteza de dispor regularmente de alimento, até a ocorrência de fome por não ter o que comer. A Insegurança Alimentar pode ser classificada em três níveis, sendo eles: leve, onde há preocupação quanto ao abastecimento alimentar doméstico, redução da qualidade dos alimentos e aumento dos padrões de adaptação alimentar; moderada, quando há redução da ingestão alimentar entre os adultos da família, e; grave, quando há uma redução do consumo alimentar por todos os membros da família, inclusive entre as crianças. A pesquisa realizada em Pelotas encontrou 31,0% de Insegurança Alimentar nos domicílios com gestantes, ou seja, a cada 100 domicílios com gestantes 31 estão em situação de Insegurança Alimentar, destes domicílios, 3,8% estavam em situação de Insegurança Alimentar moderada e 3,8% em Insegurança Alimentar grave.

A Insegurança Alimentar esteve associada a fatores socioeconômicos e demográficos, sendo as maiores prevalências de Insegurança Alimentar encontradas entre as gestantes mais jovens (≤ 19 anos) (53,4%), que residiam em domicílios chefiados por mulheres (36,8%), em que a pessoa de maior renda da família apresentava baixa escolaridade (0–4 anos) (48,5%), famílias com menor renda mensal (50,8%), que recebiam benefício do Programa Bolsa Família (45,7%), entre as gestantes que não trabalhavam de forma remunerada (43,4%), que não viviam com companheiro (42,7%), com quatro ou mais indivíduos morando no mesmo domicílio (39,0%) e que tinham pelo menos um indivíduo menor de 18 anos no domicílio (35,5%).

As autoras enfatizam a necessidade de considerar o risco elevado de Insegurança Alimentar em famílias compostas por gestantes, visto que a gestação é o período do ciclo da

vida que demanda maior requerimento energético e nutricional para atender as demandas das diversas adaptações estruturais e metabólicas, que tem por finalidade garantir o adequado desenvolvimento do feto. A fim de evitar tais complicações, faz-se necessário o aprimoramento das políticas públicas de alimentação e nutrição, da mesma forma, investimentos de caráter mais estrutural como educação, qualificação profissional, geração de emprego e renda, acesso à saúde de qualidade, melhores condições de moradia, dentre outros fatores, que são igualmente importantes e essenciais para combater a Insegurança Alimentar, visando à garantia do direito humano à alimentação de forma regular e permanente, de qualidade em quantidade suficiente.

6. ANEXOS



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8246

Você está sendo convidada a participar como voluntária e autorizar a participação de seu bebê, da pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe.

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar deste estudo.

Declaro também aceitar que meu/minha filho(a) _____ participe da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a) Assinatura da Participante



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8246

Eu, _____, na condição de _____, autorizo _____, a participação como voluntária, assim como a de seu bebê, na pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe.

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que autorizo e concordo com a participação de _____, neste estudo, assim como seu/sua filho(a) _____ participem da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a) Assinatura do Responsável



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar

Pesquisador: RICARDO TAVARES PINHEIRO

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 2

CAAE: 47807915.4.0000.5339

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pelotas - UCPEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.653

Apresentação do Projeto:

O projeto está organizado em subprojetos: (i) um estudo de coorte para ampliar a compreensão dos determinantes psicossociais na depressão gestacional e pós-parto e a abrangência da influência dos fatores psicossociais da mãe sobre o desenvolvimento neurocognitivo da criança; e (ii) dois ensaios clínicos randomizados (ECR) para avaliar a eficácia de modelos de intervenção psicossocial para prevenção do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no pós-parto, bem como no tratamento do TDM no período gestacional e no pós-parto.

O projeto na sua proposta inicial foi aprovado pelo Comitê de Ética em agosto de 2016.

A solicitação em pauta diz respeito a inclusão nos objetivos do projeto dos quatro adendos abaixo relacionados:

1) Avaliar a prevalência do aparecimento de transformações cutâneas em mulheres no período da gestação e do pós-parto, assim como o impacto causado pelas mesmas. As transformações serão

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.729.653

avaliadas após 60 da primeira intervenção com as gestantes e 90 dias após o parto. O questionário que será empregado está incluído na documentação do projeto apresenta na Plataforma Brasil;

2) Avaliar a satisfação e as atitudes das gestantes com relação a imagem corporal, especialmente no que diz respeito ao ganho de peso durante a gestação. Os dados serão coletados após 60 dias da primeira avaliação com as gestantes e 90 dias após o parto através de uma escala denominada "Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação";

3) Avaliar o reflexo vermelho no fundo do olho dos bebês. Esta avaliação é decorrência direta da realização do "teste do olhinho", que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O teste será realizado por estudantes de medicina devidamente treinados para esta finalidade, sob acompanhamento de médico da área;

4) Avaliar o desenvolvimento da morfologia fetal, a movimentação do concepto e avaliação do líquido amniótico através de ecografia obstétrica no segundo trimestre da gravidez. Este procedimento de rotina não agrega riscos a mãe e nem ao bebê, sendo inclusive oportuna sua realização sistemática.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e concomitantemente identificar marcadores biológicos intimamente relacionados aos transtornos psiquiátricos, visando o desenvolvimento de um conjunto de testes que crie uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional e pós-parto e da saúde da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não ha riscos potenciais envolvidos tendo as vista a abordagem considerada quando da aplicação dos instrumentais previstos no projeto. Por sua vez, os benefícios são amplos, abrangendo a prevenção, diagnóstico e o tratamento da TDM de maneira mais abrangente, bem como a saúde do bebê. Todas as investigações estão acompanhadas dos respectivos procedimentos de orientação e o respectivo tratamento das pessoas envolvidas, quando necessário.

O adendo que está sendo avaliado objetiva a realização de quatro medidas que não estavam previstas no projeto. Nenhuma delas gera risco para mãe ou bebe, sendo duas delas

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.729.653

rotineiramente preconizadas no acompanhamento pre e perinatal. O princípio da beneficência é fortalecido com a garantia de realização destas medidas preconizadas, as quais nem sempre efetivadas pelo SUS em tempo hábil.

O TCLE empregado no projeto faz parte da documentação fornecida e as quatro medidas incluídas já estão cobertas pelo caráter amplo do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se caracteriza por significativa relevância, tanto pela modernidade e importância das medidas previstas, como também pelo o objetivo de criar instrumentos mais eficazes para lidar com a TDM e a saúde do bebê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados na documentação do projeto e estão de acordo com o recomendado.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é atual, de grande significado social e com objetivos relevantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_784477 E1.pdf	30/08/2016 10:01:49		Aceito
Outros	Adendogates.pdf	30/08/2016 09:56:56	RICARDO TAVARES PINHEIRO	Aceito
Outros	cep rtp justificativa.pdf	31/07/2015 17:10:51		Aceito
Outros	MOTOR SCALE.pdf	30/07/2015 19:45:48		Aceito
Outros	MINI 500 Plus (1).pdf	30/07/2015 19:38:48		Aceito
Outros	Instrumento Gates MOCA.pdf	30/07/2015 19:34:51		Aceito
Outros	Instrumento GATES.pdf	30/07/2015 19:29:25		Aceito

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

Outros	declar serv psiquiatria.pdf	30/07/2015 09:35:34		Aceito
Outros	Carta_de_Apresentação_Ricardo_Pinheiro.pdf	30/07/2015 09:32:12		Aceito
Folha de Rosto	Comite_de_ética_Ricardo_Pinheiro (1).pdf	30/07/2015 09:31:04		Aceito
Outros	Professores e link do lattes.pdf	30/07/2015 09:30:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Gattes CEP.pdf	29/07/2015 23:30:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Gattes.pdf	29/07/2015 23:26:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
Sandro Schreiber de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



BILL & MELINDA
GATES foundation



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO “GRAVIDEZ CUIDADA, BEBÊ SAUDÁVEL”

Preencher esta ficha somente com os dados de gestantes que têm até 24 semanas de gestação e que aceitarem realizar a coleta de sangue.

QUEST: _____

Data: ____ / ____ / _____

Nº do setor: _____

Nome completo da gestante: _____

Endereço com ponto de referência:

Horários e/ou turnos mais adequados para encontrar a gestante em casa:

Horário da coleta: ____ : ____

Entrevistador(a)1: _____ Parou em (questão): _____ Data: _____

Entrevistador(a)2: _____ Parou em (questão): _____ Data: _____

Coletador(a): _____

ATENÇÃO!! Entregar essa parte *preenchida* para o coletador(a) no momento da coleta:

QUEST: _____

Data: ____ / ____ / _____

Nome completo da gestante: _____

Nº do setor: _____ Horário da coleta: ____ : ____

Entrevistador(a): _____

Coletador(a): _____



BILL & MELINDA
GATES foundation



GRAVIDEZ cuidada
BEBÊ saudável



QUESTIONÁRIO GESTANTES (1º ETAPA)

Quest ____ N° do setor: _____ N° cartão do SUS: _____

Nome da gestante: _____ N° CPF: _____

Nome do pai do bebê: _____

Telefones: _____ - _____

Endereço: _____

Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Data de aplicação: ____ / ____ / ____

1. Horário da coleta de sangue: ____: ____

Gcbs1 ____: ____

2. Peso atual (*pesar a gestante*): _____, ____ kg

Gcbs2 ____: ____

3. Qual era seu peso antes de engravidar? _____, ____ kg

Gcbs3 ____: ____

4. Altura atual (*medir a gestante*): _____, _____ cm

Gcbs4 __, __

Vou lhe fazer algumas perguntas gerais:

5. Qual a sua idade? ____ anos

Gcbs5 ____

6. Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / _____

Gcbs6 ____ / ____ / ____

7. Qual o seu estado civil?

(0) Solteira (1) Casada/vive companheiro

Gcbs7 ____

(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

8. Até que série você completou na escola? __ série __ grau

Gcbs8a ____

Gcbs8b ____

Sobre a sua saúde e de seus familiares:

9. a. Você está fazendo tratamento psicológico semanalmente (terapia)?

Gcbs9a ____

(0) Não (1) Sim

9. b. Você está tomando alguma medicação como tratamento psicoterápico (*ANTIDEPRESSIVO E/OU ANTIPSICÓTICO*)?

Gcbs9b ____

(0) Não (1) Sim *SE SIM, ESPECIFICAR:* _____

Gcbs9b1 __

10. Algum familiar seu (pai, mãe, irmã(o), avô(ó), tio(a)) sofre de doença psiquiátrica?

Gcbs10 ____

(0) Não (*SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 14*) (1) Sim

11. **SE SIM**, ele(a) faz tratamento para esta doença? (0) Não(1) Sim Gcbs11 __
12. Ele(a) toma algum medicamento devido a essa doença? (0) Não(1) Sim Gcbs12 __
13. Ele(a) já foi internado(a) a essa doença? (0) Não(1) Sim Gcbs13 __

Agora vamos falar sobre você e sobre aspectos da sua gestação:

14. Você lembra qual a data da sua última menstruação? Gcbs14 __

(0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 16**) (1) Sim

15. **SE SIM**, qual foi a data da sua última menstruação? __ __ / __ __ / __ __ __ __ Gcbs15 __/__/__

16. Você está fazendo pré-natal? (0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 19**)(1) Sim Gcbs16 __

17. **SE SIM**, em qual local?

- (1) Posto de Saúde
- (2) Ambulatório da UCPEL
- (3) Ambulatório HE UFPEL
- (4) Faculdade de Medicina
- (5) Ambulatório Beneficência
- (6) Consultório Médico
- (7) Outro

Gcbs17 __

Especificar nome do local se: Posto de Saúde, Consultório Médico ou Outro

18. Você tem carteirinha do pré-natal? (0) Não(1) Sim Gcbs18 __

19. Com quantas semanas de gestação você está? __ __ Gcbs19 __ __

20. Qual a data provável do seu parto? (**pedir carteirinha se tiver**) __ __ / __ __ / __ __ __ __ Gcbs20 __/__/__

21. Você fez fertilização artificial para engravidar nesta gestação? (0) Não(1) Sim Gcbs21 __

22. Você está esperando gêmeos?(0) Não (1) Sim Gcbs22 __

23. Você já engravidou antes? (0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 26**)(1) Sim Gcbs23 __

24. Você já teve algum parto prematuro?(0) Não(1) Sim Gcbs24 __

25. Você já teve algum aborto? (0) Não(1) Sim Gcbs25 __

26. Você planejou ter o filho da gravidez atual ou engravidou sem querer? Gcbs26 __

(0) Planejou(1) Sem querer (2) Mais ou menos

27. Que tipo de parto você gostaria de ter nesta gravidez? Gcbs27 __

(0) Normal(1) Cesariana (2) Não sei

28. Você pretende amamentar seu filho(a) no peito?(0) Não(**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 30**)(1) Sim Gcbs28 __

29. SE SIM, Até que idade você pretender dar o peito?

(77=enquanto ele quiser; 78=enquanto tiver leite)___ __ meses

Gcbs29 ___ __

30. Você se sente apoiada por sua mãe em relação a esta gestação?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não convive com a mãe
- (3) Mãe faleceu

Gcbs30 ___

31. Você nasceu com menos de 2,5 Kg? (0) Não(1) Sim (2) Não lembra

Gcbs31 ___

32. Você nasceu prematura? (0) Não(1) Sim (2) Não lembra

Gcbs32 ___

33. Você mamou no peito?(0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 35**)(1) Sim(2) Não lembra

Gcbs33 ___

34. SE SIM, até quantos meses? ___ __ (79) Não lembra

Gcbs34 ___ __

35. Você usou ou está usando alguma VITAMINA desde que ficou grávida:

- (0) Não(**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 37**)(1) Sim

Gcbs35 ___

36. SE SIM, com quantas semanas de gestação você começou a tomar esta(s) VITAMINA(S)?
___ __ semanas

Gcbs36 ___ __

37. Você tomava VITAMINA(S) antes da gestação? (0) Não(1) Sim

Gcbs37 ___

38. Você usou ou está usando SAIS DE FERRO desde que ficou grávida:

- (0) Não(**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 40**)(1) Sim

Gcbs38 ___

39. SE SIM, com quantas semanas de gestação você começou a tomar SAIS DE FERRO? ___ __ semanas

Gcbs39 ___ __

40. Você tomava SAIS DE FERRO antes da gestação? (0) Não(1) Sim

Gcbs40 ___

41. Você usou ou está usando ÁCIDO FÓLICO desde que ficou grávida:

- (0) Não(**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 43**)(1) Sim

Gcbs41 ___

42. SE SIM, com quantas semanas de gestação você começou a tomar ÁCIDO FÓLICO? ___ __ semanas

Gcbs42 ___ __

43. Você tomava ÁCIDO FÓLICO antes da gestação? (0) Não(1) Sim

Gcbs43 ___

Em relação ao pai do filho que você está esperando:

44. Você vive/mora com ele? (0) Não(1) Sim

Gcbs44 ___

45. Tu te sentes apoiada por ele em relação a esta gestação?(0) Não(1) Sim

Gcbs45 ___

46. Como foi a reação dele quando soube da gravidez?

- (0) Ficou contente
- (1) Indiferente
- (2) Não gostou
- (3) Não vive com o pai do bebê

Gcbs46 ___

Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter:

ANTES dessa gravidez você teve:

	NÃO	SIM
47. Anemia	0	1
48. Diabetes ou açúcar no sangue	0	1
49. Pressão alta ou hipertensão	0	1
50. Doença na tireoide	0	1
51. Doença cardíaca	0	1
52. Asma ou bronquite	0	1
53. Algum tipo de câncer	0	1
54. Lúpus	0	1
55. HIV / AIDS	0	1
56. Tuberculose	0	1

Gcbs47 __

Gcbs48 __

Gcbs49 __

Gcbs50 __

Gcbs51 __

Gcbs52 __

Gcbs53 __

Gcbs54 __

Gcbs55 __

Gcbs56 __

E agora, DURANTE ESTA GESTAÇÃO, você apresentou até o momento alguma dessas doenças:

	NÃO	SIM (sem medicação)	SIM (com medicação)
57. Hipertensão	0	1	2
58. Diabetes	0	1	2
59. Alguma doença cardíaca	0	1	2
60. Tireoide	0	1	2
61. Sangramentos frequentes	0	1	2
62. Alguma incapacidade física que a impeça de fazer exercícios	0	1	2
63. Lúpus	0	1	2

Gcbs57 __

Gcbs58 __

Gcbs59 __

Gcbs60 __

Gcbs61 __

Gcbs62 __

Gcbs63 __

Agora, vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa, nos últimos três meses. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas mesmo assim é importante que você responda a cada uma delas.

64. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?

Gcbs64 __

(0) Não (1) Sim

65. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

Gcbs65 __

(0) Não (1) Sim

66. Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

(0) Não(1) Sim

Gcbs66 __

67. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?

(0) Não(1) Sim

Gcbs67 __

68. Nos últimos três meses, algum morador adulto deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não(1) Sim

Gcbs68 __

69. Nos últimos três meses, algum morador adulto comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não(1) Sim

Gcbs69 __

70. Nos últimos três meses, algum morador adulto sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?

(0) Não(1) Sim

Gcbs70 __

71. Nos últimos três meses, algum morador adulto ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

(0) Não(1) Sim

Gcbs71 __

72. Na casa mora alguém com menos de 18 anos?

(0) Não (*SE NÃO, PULE PARA O ENUNCIADO SEGUINTE*)(1) Sim

Gcbs72 __

73. Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs73 __

74. Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs74 __

75. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs75 __

76. Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs76 __

77. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs77 __

78. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?

(0) Não (1) Sim

(8) NSA

Gcbs78 __

Dos aspectos indicados abaixo assinale a opção que melhor descreve a conduta do paciente nos últimos 15 dias.

SONO

79. Qual o seu grau de dificuldade em dormir na hora habitual

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs79 __

80. Qual o seu grau de dificuldade em acordar na hora habitual.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs80 __

81. Qual o seu grau de dificuldade em sair da cama depois de despertar.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs81 __

82. Qual o seu grau de dificuldade em sentir-se descansado com o número de horas que dorme (estar descansado inclui a sensação subjetiva e desempenho normal em tarefas diárias como dirigir, raciocinar e trabalhar).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs82 __

83. Qual o seu grau de dificuldade em “desligar” nos momentos de descanso?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs83 __

ATIVIDADES

84. Qual o seu grau de dificuldade em terminar todas as atividades que faz em seu trabalho?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs84 __

85. Qual o seu grau de dificuldade em terminar suas atividades habituais (limpar a casa, fazer compras)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs85 __

86. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu ritmo de atividade física (por exemplo: tomar um ônibus/metro ou praticar um esporte – se isto faz parte de sua rotina)

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs86 __

87. Qual é seu grau de dificuldade em cumprir o horário habitual de suas tarefas.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs87 __

88. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu nível de desejo/atividade sexual?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs88 __

SOCIAL

89. Qual o seu grau de dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com as pessoas com quem convive?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs89 __

90. Qual o seu grau de dificuldade em usar de forma equilibrada aparelhos eletrônicos como TV, internet, etc. (sem que isto prejudique seu contato com as pessoas com quem convive ou gastem um número de horas desproporcionais as seus outros afazeres).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs90 __

91. Qual o grau de dificuldade em ajustar suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs91 __

92. Qual o grau de dificuldade em disponibilizar de tempo e atenção para as pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs92 __

ALIMENTAÇÃO

93. Qual o seu grau de dificuldade em manter o horário das suas refeições (café da manhã, almoço e jantar)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs93 __

94. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a não pular refeições?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs94 __

95. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a quantidade de alimento ingerido?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs95 __

96. Qual o seu grau de dificuldade em consumir com moderação estimulantes (como café e coca-cola) ou chocolates/doces?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs96 __

RITMO PREDOMINANTE (vespertino ou matutino)

Esta parte da escala é opcional e se refere aos seus hábitos. Considere aqui os últimos 12 meses.

97. Você tem a tendência a estar mais ativo à noite (trabalho, relações interpessoais)?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs97 __

98. Você tem a sensação que pela manhã é mais produtivo?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs98 __

99. Você tem trocado seu dia pela noite?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs99 __

Esta parte do questionário deve ser respondida por ti. Alguns assuntos abordados aqui são bastante pessoais. Garantimos que as tuas respostas serão mantidas em sigilo. É importante que tu respondas com sinceridade todas as perguntas, marcando apenas a coluna esquerda. Agradecemos a sua colaboração.

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descrever o modo como você tem se sentido **nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3) correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha o número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e no item 18 (alterações no apetite).

100. Tristeza

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- (2) Estou triste o tempo todo.
- (3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

Gcbs100 __

101. Pessimismo

- (0) Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- (1) Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- (2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

Gcbs101 __

102. Fracasso passado

- (0) Não me sinto um(a) fracassado(a).
- (1) Tenho fracassado mais do que deveria.
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

Gcbs102 __

103. Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto.
- (1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

Gcbs103 __

104. Sentimentos de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpado(a).
- (1) Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que eu fiz e/ou que deveria ter feito.
- (2) Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

Gcbs104 __

105. Sentimentos de punição

- (0) Não sinto que estou sendo punido(a).
- (1) Sinto que posso ser punido(a).
- (2) Eu acho que serei punido(a).
- (3) Sinto que estou sendo punido(a).

Gcbs105 __

106. Auto-estima

- (0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- (1) Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- (2) Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
- (3) Não gosto de mim.

Gcbs106 __

107. Autocrítica

- (0) Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
- (1) Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
- (2) Eu me critico por todos os meus erros.
- (3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

Gcbs107 __

108. Pensamentos ou desejos suicidas

- (0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- (1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- (2) Gostaria de me matar.
- (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

Gcbs108 __

109. Choro

- (0) Não choro mais do que chorava antes.
- (1) Choro mais agora do que costumava chorar.
- (2) Choro por qualquer coisinha.
- (3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

Gcbs109 __

110. Agitação

- (0) Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- (1) Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- (2) Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- (3) Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

Gcbs110 __

111. Perda de interesse

- (0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- (1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- (2) Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- (3) É difícil me interessar por alguma coisa.

Gcbs111 __

112. Indecisão

- (0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- (1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- (2) Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.
- (3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

Gcbs112 __

113. Desvalorização

- (0) Não me sinto sem valor.
- (1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- (2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- (3) Eu me sinto completamente sem valor.

Gcbs113 __

114. Falta de energia

- (0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- (1) Tenho menos energia do que costumava ter.
- (2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- (3) Não tenho energia suficiente para nada.

Gcbs114 __

115. Alterações no padrão de sono

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- (1a) Durmo um pouco mais do que o habitual.
- (1b) Durmo um pouco menos do que o habitual.
- (2a) Durmo muito mais do que o habitual.
- (2b) Durmo muito menos do que o habitual.
- (3a) Durmo a maior parte do dia
- (3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

Gcbs115 __

116. Irritabilidade

- (0) Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (1) Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (2) Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- (3) Fico irritado(a) o tempo todo.

Gcbs116 __

117. Alterações de apetite

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
 (1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
 (1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
 (2a) Meu apetite está muito menor do que antes.
 (2b) Meu apetite está muito maior do que antes.
 (3a) Não tenho nenhum apetite.
 (3b) Quero comer o tempo todo.

Gcbs117 __

118. Dificuldade de concentração

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
 (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
 (2) É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
 (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

Gcbs118 __

119. Cansaço ou fadiga

- (0) Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
 (1) Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
 (2) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer as muitas das coisas que costuma fazer.
 (3) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

Gcbs119 __

120. Perda de interesse por sexo

- (0) Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
 (1) Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
 (2) Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
 (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

Gcbs120 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 100 ATÉ 120: __ __

Abaixo está uma lista de sintomas comuns na ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodada por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
121. Dormência ou formigamentos.	0	1	2	3
122. Sensação de calor.	0	1	2	3
123. Tremores nas pernas.	0	1	2	3
124. Medo que aconteça o pior.	0	1	2	3
125. Incapaz de relaxar.	0	1	2	3
126. Atordoado ou tonto.	0	1	2	3
127. Palpitação ou aceleração do coração.	0	1	2	3

Gcbs121 __

Gcbs122 __

Gcbs123 __

Gcbs124 __

Gcbs125 __

Gcbs126 __

Gcbs127 __

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
128. Sem equilíbrio.	0	1	2	3
129. Aterrorizado.	0	1	2	3
130. Nervoso.	0	1	2	3
131. Sensação de sufocação.	0	1	2	3
132. Tremores nas mãos.	0	1	2	3
133. Trêmulo.	0	1	2	3
134. Medo de perder o controle.	0	1	2	3
135. Dificuldade de respirar.	0	1	2	3
136. Medo de morrer.	0	1	2	3
137. Assustado.	0	1	2	3
138. Indigestão ou desconforto no abdômen.	0	1	2	3
139. Sensação de desmaio.	0	1	2	3
140. Rosto afogueado.	0	1	2	3
141. Suor (não devido ao calor).	0	1	2	3

Gcbs128 __

Gcbs129 __

Gcbs130 __

Gcbs131 __

Gcbs132 __

Gcbs133 __

Gcbs134 __

Gcbs135 __

Gcbs136 __

Gcbs137 __

Gcbs138 __

Gcbs139 __

Gcbs140 __

Gcbs141 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 121 ATÉ 141: __ __

Gostaríamos que respondesse algumas questões de acordo com o teu comportamento na maior parte do tempo. Por favor, marque com um "X" na numeração de 1 a 7 apresentada abaixo de cada frase.

142. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs142 __

143. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs143 __

144. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs144 __

145. Manter interesse nas coisas é importante para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs145 __

- 146. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.** Gcbs146 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 147. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.** Gcbs147 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 148. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.** Gcbs148 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 149. Eu sou amiga de mim mesmo.** Gcbs149 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 150. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.** Gcbs150 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 151. Eu sou determinada.** Gcbs151 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 152. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.** Gcbs152 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 153. Eu faço as coisas um dia de cada vez.** Gcbs153 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 154. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.** Gcbs154 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 155. Eu sou disciplinada.** Gcbs155 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 156. Eu mantenho interesse nas coisas.** Gcbs156 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 157. Eu normalmente posso achar motivo para rir.** Gcbs157 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 158. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.** Gcbs158 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 159. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.** Gcbs159 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
- 160. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.** Gcbs160 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

161. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs161 __

162. Minha vida tem sentido.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs162 __

163. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs163 __

164. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs164 __

165. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs165 __

166. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs166 __

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
167. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)
168. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)
169. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)
170. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
171. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
172. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
173. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)
174. Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)
175. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)
176. Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)
177. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
178. Frequentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)
179. Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)
180. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)
181. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)

Gcbs167 __

Gcbs168 __

Gcbs169 __

Gcbs170 __

Gcbs171 __

Gcbs172 __

Gcbs173 __

Gcbs174 __

Gcbs175 __

Gcbs176 __

Gcbs177 __

Gcbs178 __

Gcbs179 __

Gcbs180 __

Gcbs181 __

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente	
182.Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs182 __
183.Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs183 __ Gcbs184 __
184.Não conversava muito comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs185 __
185.Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs186 __
186.Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs187 __
187.Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs188 __
188.Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs189 __
189.Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs190 __
190.Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs191 __
191.Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)	

Conforme você se lembra da seu PAI até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente	
192. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs192 __
193. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs193 __
194. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs194 __
195. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs195 __
196. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs196 __
197. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs197 __
198.Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs198 __
199.Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs199 __
200.Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs200 __
201.Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs201 __
202.Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs202 __
203.Freqüentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs203 __
204.Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs204 __
205.Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs205 __

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
206.Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)
207.Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)
208.Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)
209.Não conversava muito comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
210.Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)
211.Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)
212.Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
213.Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
214.Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
215.Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)
216.Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)

Gcbs206 __

Gcbs207 __

Gcbs208 __

Gcbs209 __

Gcbs210 __

Gcbs211 __

Gcbs212 __

Gcbs213 __

Gcbs214 __

Gcbs215 __

Gcbs216 __

NOS ÚLTIMOS SETE DIAS:

217.Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- (0) Como eu sempre fiz.
(1) Não tanto quanto antes.
(2) Sem dúvida menos que antes.
(3) De jeito nenhum.

Gcbs217 __

218. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- (0) Como sempre senti.
(1) Talvez menos do que antes.
(2) Com certeza menos.
(3) De jeito nenhum

Gcbs218 __

219. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Gcbs219 __

220. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- (0) Não, de maneira alguma.
(1) Pouquíssimas vezes.
(2) Sim, algumas vezes.
(3) Sim, muitas vezes.

Gcbs220 __

221. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- (3) Sim, muitas vezes.
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Gcbs221 __

222. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

Gcbs222 __

223. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
- (2) Sim, algumas vezes.
- (1) Não muitas vezes.
- (0) Não, nenhuma vez.

Gcbs223 __

224. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
- (2) Sim, muitas vezes.
- (1) Não muitas vezes.
- (0) Não, de jeito nenhum.

Gcbs224 __

225. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- (3) Sim, quase todo o tempo.
- (2) Sim, muitas vezes.
- (1) De vez em quando.
- (0) Não, nenhuma vez.

Gcbs225 __

226. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- (3) Sim, muitas vezes, ultimamente.
- (2) Algumas vezes nos últimos dias.
- (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- (0) Nenhuma vez.

Gcbs226 __

Agora vamos falar sobre os eventos que lhe ocorreram no último ano em sua vida (marque uma alternativa):

	NÃO	SIM
227. Morte do cônjuge	0	1
228. Separação	0	1
229. Casamento	0	1
230. Morte de alguém da família	0	1
231. Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa	0	1
232. Nascimento na família	0	1
233. Mudança de casa	0	1
234. Mudança de escola	0	1
235. Reconciliação matrimonial	0	1
236. Aposentadoria	0	1
237. Perda de emprego	0	1
238. Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)	0	1
239. Dificuldades com a chefia	0	1
240. Reconhecimento profissional	0	1
241. Acidentes	0	1

Gcbs227 __

Gcbs228 __

Gcbs229 __

Gcbs230 __

Gcbs231 __

Gcbs232 __

Gcbs233 __

Gcbs234 __

Gcbs235 __

Gcbs236 __

Gcbs237 __

Gcbs238 __

Gcbs239 __

Gcbs240 __

Gcbs241 __

	NÃO	SIM	
242. Perdas financeiras	0	1	Gcbs242 ___
243. Dificuldades sexuais	0	1	Gcbs243 ___
244. Problemas de saúde	0	1	Gcbs244 ___
245. Morte de um amigo	0	1	Gcbs245 ___
246. Dívidas	0	1	Gcbs246 ___
247. Mudanças de hábitos pessoais	0	1	Gcbs247 ___
248. Mudanças de atividades recreativas	0	1	Gcbs248 ___
249. Mudanças de atividades religiosas	0	1	Gcbs249 ___
250. Mudanças de atividades sociais	0	1	Gcbs250 ___

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 227 ATÉ 250: ___

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
251. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5	Gcbs251 ___
252. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5	Gcbs252 ___
253. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	1	2	3	4	5	Gcbs253 ___
254. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5	Gcbs254 ___
255. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5	Gcbs255 ___
256. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5	Gcbs256 ___
257. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5	Gcbs257 ___
258. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5	Gcbs258 ___

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Sempre	
259. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5	Gcbs259 __
260. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5	Gcbs260 __
261. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5	Gcbs261 __
262. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5	Gcbs262 __
263. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5	Gcbs263 __
264. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5	Gcbs264 __
265. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5	Gcbs265 __
266. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5	Gcbs266 __
267. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5	Gcbs267 __
268. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5	Gcbs268 __
269. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5	Gcbs269 __ Gcbs270 __
270. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5	Gcbs271 __
271. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5	Gcbs272 __ Gcbs273 __
272. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5	Gcbs274 __ Gcbs275 __
273. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5	Gcbs276 __
274. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5	Gcbs277 __
275. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5	Gcbs278 __
276. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5	
277. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5	
278. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5	

Agora vamos lhe perguntar sobre o uso de algumas substâncias:

Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	Não	Sim
279. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
280. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermates...)	0	1
281. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
282. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
283. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
284. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
285. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
286. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
287. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
288. Outras, Especificar: _____	0	1

Gcbs279 ___
 Gcbs280 ___
 Gcbs281 ___
 Gcbs282 ___
 Gcbs283 ___
 Gcbs284 ___
 Gcbs285 ___
 Gcbs286 ___
 Gcbs287 ___
 Gcbs288 ___

SE NÃO PARA TODAS SUBSTÂNCIAS ACIMA, PULAR PARA QUESTÃO 349

Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc...)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
289. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
290. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermates...)	0	1	2	3	4
291. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
292. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
293. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
294. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
295. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
296. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
297. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
298. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Gcbs289 ___
 Gcbs290 ___
 Gcbs291 ___
 Gcbs292 ___
 Gcbs293 ___
 Gcbs294 ___
 Gcbs295 ___
 Gcbs296 ___
 Gcbs297 ___
 Gcbs298 ___

Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
299. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
300. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
301. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
302. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
303. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
304. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
305. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
306. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-delírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
307. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
308. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Gcbs299 ___
Gcbs300 ___
Gcbs301 ___
Gcbs302 ___
Gcbs303 ___
Gcbs304 ___
Gcbs305 ___
Gcbs306 ___
Gcbs307 ___
Gcbs308 ___

SE NUNCA USOU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, PULAR PARA 349

Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) quase todo dia resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
309. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
310. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
311. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
312. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
313. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
314. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
315. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
316. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-delírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
317. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
318. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Gcbs309 ___
Gcbs310 ___
Gcbs311 ___
Gcbs312 ___
Gcbs313 ___
Gcbs314 ___
Gcbs315 ___
Gcbs316 ___
Gcbs317 ___
Gcbs318 ___

Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que quase todo dia eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
319. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
320. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
321. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
322. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
323. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
324. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
325. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
326. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
327. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
328. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Gcbs319 __

Gcbs320 __

Gcbs321 __

Gcbs322 __

Gcbs323 __

Gcbs324 __

Gcbs325 __

Gcbs326 __

Gcbs327 __

Gcbs328 __

Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses
329. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
330. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
331. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
332. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
333. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
334. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
335. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2
336. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
337. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
338. Outras, Especificar: _____	0	1	2

Gcbs329 __

Gcbs330 __

Gcbs331 __

Gcbs332 __

Gcbs333 __

Gcbs334 __

Gcbs335 __

Gcbs336 __

Gcbs337 __

Gcbs338 __

Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses
339. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
340. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
341. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
342. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
343. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
344. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
345. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2
346. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
347. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
348. Outras, Especificar: _____	0	1	2

Gcbs339 ___

Gcbs340 ___

Gcbs341 ___

Gcbs342 ___

Gcbs343 ___

Gcbs344 ___

Gcbs345 ___

Gcbs346 ___

Gcbs347 ___

Gcbs348 ___

349. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses
	0	1	2

Gcbs349 ___

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DE CADA SUBSTÂNCIA DAS QUESTÕES 289 ATÉ 349: ___

Por fim, vamos falar sobre a sua casa e sobre as pessoas que moram com você:

Na sua casa tem:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
350. Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
351. Rádio	0	1	2	3	4 ou +
352. Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
353. Empregados domésticos	0	1	2	3	4 ou +
354. Automóveis	0	1	2	3	4 ou +
355. Microcomputador	0	1	2	3	4 ou +
356. Lava Louça	0	1	2	3	4 ou +
357. Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
358. Freezer	0	1	2	3	4 ou +
359. Lava Roupa	0	1	2	3	4 ou +
360. Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
361. Microondas	0	1	2	3	4 ou +
362. Motocicleta	0	1	2	3	4 ou +
363. Secadora de Roupa	0	1	2	3	4 ou +

Gcbs350 ___

Gcbs351 ___

Gcbs352 ___

Gcbs353 ___

Gcbs354 ___

Gcbs355 ___

Gcbs356 ___

Gcbs357 ___

Gcbs358 ___

Gcbs359 ___

Gcbs360 ___

Gcbs361 ___

Gcbs362 ___

364. Você tem água encanada em casa? (0) Não(1) Sim

Gcbs363 ___

365. Rua pavimentada (*entrevistador observar*)? (0) Não(1) Sim

Gcbs364 ___

366. Você trabalha em casa para fora ou trabalha fora de casa? (0) Não(1) Sim

Gcbs365 ___

367. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ___ __ pessoas

Gcbs366 ___

368. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa, incluindo você?

Gcbs367 ___

a) Pessoa 1 ___ __ __ __ __ reais

b) Pessoa 2 ___ __ __ __ __ reais

c) Pessoa 3 ___ __ __ __ __ reais

d) Pessoa 4 ___ __ __ __ __ reais

e) Pessoa 5 e 6 (se mais pessoas somar as rendas dos últimos) ___ __ __ __ __ reais

Gcbs368a ___

Gcbs368b ___

Gcbs368c ___

Gcbs368d ___

Gcbs368e ___

369. Você recebe bolsa família? (0) Não(1) Sim

370. Até que série o/a chefe (pessoa com maior renda) da família completou na escola? ___ __ série ___ __ grau

Gcbs369 ___

371. O chefe da família é (que você considera)?

Gcbs370a ___

Gcbs370b ___

(0) mulher(1) homem (2) ambos

Você pretende se mudar? (0) Não (1) Sim

Gcbs371 ___

SE SIM, Provável novo endereço:

Tem algum outro telefone, de parentes próximos para que possamos entrar em contato com você?

