



**Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Pará
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento**

**RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR, ANSIEDADE E QUALIDADE
DE VIDA EM MULHERES DE BAIXA RENDA DE BELÉM, PARÁ.**

IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA

**Belém- PA
2023**

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Pará
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento

**Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de
baixa renda de Belém, Pará.**

IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento, do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Neurociências e Comportamento

Orientação: Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá.

Coorientação: Prof. Dra. Ana Leda de Faria Brino.

Belém - PA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

P436r Pereira, Izabella Syane Oliveira, 1985
Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda de Belém, Pará / Izabella Syane Oliveira Pereira. — 2023.

115 f.: il.

Orientadora: Naíza Nayla Bandeira de Sá

Coorientadora: Ana Leda de Faria Brino

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós- Graduação em Neurociência e Comportamento, Belém, 2023.

1. Análise do comportamento. 2. Comportamento alimentar (insegurança). 3. Nutrição. 4. Ansiedade. 5. Qualidade de vida. 6. Vulnerabilidade social: mulheres. I. Título.

CDD - 23. ed. — 613.12

Catalogação na fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB2/780

IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA

**RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR, ANSIEDADE E QUALIDADE
DE VIDA EM MULHERES DE BAIXA RENDA DE BELÉM, PARÁ.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Candidato: Izabella Syane Oliveira Pereira

Data da defesa: 23 de março de 2023.

Resultado:

Comissão Examinadora:

Profª. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá (UFPA) - Orientadora

Prof. Dra. Ana Leda de Faria Brino (UFPA) - Coorientadora

Prof. Dra. Natália Bezerra Dutra (UFPA) - Membro Avaliador

Profª. Dra. Andréa das Graças Ferreira Frazão (UFPA) - Membro Avaliador

Prof. Dr. Fernando Allan de Farias Rocha (UFPA) – Suplente

Belém – PA
2023

Agradecimentos

A trajetória de um curso de Mestrado é permeada por inúmeros desafios, incertezas, alegrias, descobertas, medos, cansaço, e sem dúvida trilhar este caminho só foi possível com o apoio, e torcida de várias pessoas, a quem sou muito grata.

Primeiramente, agradeço a minha família pela compreensão da minha ausência em alguns momentos, pelas orações e apoio. Em especial agradeço ao meu esposo Silvério Picanço pelo esforço que fez para que eu pudesse superar cada obstáculo neste período.

Muita gratidão às Professoras Dra. Naiza Sá (orientadora) e Ana Leda (coorientadora), pelo carinho, dedicação e disponibilidade em todos os momentos que precisei de orientação.

Também sou imensamente grata as nutricionistas Rayssa, Adadely e acadêmicos Letícia, Débora, Fábio, Layla, Kaory, Mariana, Lunna, Paula, Eduarda, Aléxia, Laysi, Ivo, Katarina e Izabelle pelo empenho, esforço e auxílio na coleta de dados, sem vocês, com certeza seria muito difícil.

Agradeço aos colegas da FUNPAPA que ajudaram na realização da pesquisa, especialmente aos funcionários dos CRAS e do Serviço de Nutrição/FUNPAPA, em especial a Cláudia Barbosa e Clyvia Goés pelo apoio operacional e emocional.

Não poderia deixar de agradecer a Renata Rodrigues pela amizade, companhia e compartilhamentos de conhecimentos, alegrias, preocupações e descobertas, tornando essa caminhada mais divertida e menos difícil. Gratidão também à Thais Granado e Ana Rezende pelo incentivo e dicas para que eu participasse da seleção deste mestrado, a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento e a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a concretização desta dissertação.

Por fim agradeço a Deus e à Nossa Senhora de Nazaré, por me guiarem, iluminando cada passo e dando forças para superar cada obstáculo para a realização desse sonho.

Resumo

A insegurança alimentar engloba desde a preocupação com a incerteza de dispor regularmente de comida até a vivência de fome, o que pode afetar a saúde física e mental. Este estudo verificou a relação entre a insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda no município de Belém, Pará. A população foi composta por mulheres, com 18 anos ou mais, cadastradas no Cadastro Único do Ministério da Cidadania e assistidas por um dos 12 Centros de Referência da Assistência Social de Belém-PA. Utilizou-se um questionário com perguntas sobre fatores sociodemográficos, consumo alimentar e estado nutricional; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, Inventário de Ansiedade Traço-Estado e o questionário *World Health Organization Quality of Life - brief*. Calculou-se as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis do estudo e a seguir estimou-se a frequência de insegurança alimentar segundo todas as variáveis. Após, calculou-se as razões de prevalência brutas e ajustadas, segundo a insegurança alimentar, por regressão log-linear de Poisson, considerando-se IC 95% e $p < 0,05$. Das 661 mulheres, 95,8% foram classificadas em insegurança alimentar; 65,8% e 59,3% das mulheres com intensidade significativa de ansiedade traço e estado, respectivamente, e 55,1% e 56,4% das mulheres estavam acima do domínio físico e do domínio psicológico, respectivamente, em relação à percepção de qualidade de vida das mulheres entrevistadas. Não foram encontradas associações entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida. Este estudo contribuiu para o conhecimento do perfil dessas mulheres e para a reflexão sobre o combate da insegurança alimentar, de seus determinantes e consequências, no entanto, novos estudos são necessários para verificar a associação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda.

Palavras-chave: insegurança alimentar e nutricional, ansiedade, qualidade vida, vulnerabilidade social, mulheres

Abstract

Food insecurity ranges from concern about the uncertainty of regularly having food to experiencing hunger, which can affect physical and mental health. This study verified the relationship between food insecurity, anxiety, and quality of life in low-income women in the city of Belém, Pará. The population consisted of women aged 18 years or older, registered in the Single Registry of the Ministry of Citizenship and assisted by one of the 12 Social Assistance Reference Centers (CRAS) in Belém-PA. A questionnaire was used with questions about sociodemographic factors, food consumption and nutritional status; Brazilian Food Insecurity Scale, State-Trait Anxiety Inventory, and the World Health Organization Quality of Life-brief questionnaire. Absolute and relative frequencies were calculated for all study variables and then the frequency of food insecurity was estimated according to all variables. Afterwards, crude and adjusted prevalence ratios were calculated, according to food insecurity, by Poisson log-linear regression, considering 95% CI and $p < 0.05$. Of the 661 women, 95.8% were classified as food insecure; 65.8% and 59.3% of women with significant intensity of trait and state anxiety, respectively, and 55.1% and 56.4% of women were above the physical domain and the psychological domain, respectively, in relation to the perception quality of life of the women interviewed. No associations were found between food insecurity, anxiety and quality of life. This study contributed to the knowledge of the profile of these women and to the reflection on the fight against food insecurity, its determinants and consequences, however, new studies are needed to verify the association between food insecurity, anxiety and quality of life in low-income women.

Keywords: food and nutrition insecurity, anxiety, quality of life, social vulnerability, women

Sumário

Introdução Geral.....	10
Artigo 1- Frequência de insegurança alimentar, estado nutricional, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, Belém-Pará.....	20
Artigo 2- Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda de Belém, Pará.....	46
Considerações finais.....	73
Referências.....	76
Apêndice I - Termo de consentimento livre esclarecido.....	84
Apêndice II – Endereços dos Centros de referência de assistência social (CRAS).....	89
Apêndice III – Formulário sobre fatores sociodemográficos, estado nutricional e consumo alimentar.....	93
Anexo I - Escala brasileira de insegurança alimentar.....	99
Anexo II – Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE).....	102
Anexo III- World Health Organization Quality of life (WHOQL-BREEF).....	105
Anexo IV- Autorização da FUNPAPA.....	109
Anexo V - Parecer substanciado do CEP.....	110

Lista de siglas

CAD Único - Cadastro Único para Programas Sociais

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

FAO - Food and Agriculture Organization

FUNPAPA - Fundação Papa João XXIII

IA - Insegurança alimentar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IPEA - Instituto de Pesquisa econômica aplicada

LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

NMT - Núcleo de Medicina Tropical

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Rede PENSSAN- Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar

SA - Segurança Alimentar

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TA - Transtornos de Ansiedade

TAG- Transtorno de Ansiedade Generalizada

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life - Breef

Lista de tabelas

Artigo 1- Frequência de insegurança alimentar, estado nutricional, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, Belém-Pará.....20

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de usuárias dos Centros de referência de assistência social, Belém – PA, 2022.....28

Tabela 2 - Frequência de insegurança alimentar e estado nutricional de usuárias dos Centros de referência de assistência social, Belém-PA, 2022.....29

Tabela 3 - Frequência de níveis de qualidade de vida e de ansiedade de usuárias dos Centros de referência de assistência social, Belém-PA, 2022.....30

Artigo 2- Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda de Belém, Pará..... 46

Tabela 1- Perfil sociodemográfico, frequência de insegurança alimentar, ansiedade, consumo alimentar, estado nutricional e qualidade de vida, segundo classificação de segurança alimentar das usuárias dos CRAS.....55

Tabela 2 - Razão de prevalência bruta e ajustada de insegurança alimentar segundo características sociodemográficas, ansiedade, consumo alimentar, estado nutricional e qualidade de vida, em usuárias dos CRAS no município de Belém -PA.....59

Introdução Geral

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), a Segurança Alimentar consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Lei nº 11.346, 2006).

Os indivíduos, famílias ou populações estão expostos a inúmeros fatores que podem favorecer ou prejudicar a segurança alimentar e nutricional (Moraes et al., 2020). A IA é um fenômeno multidimensional de natureza política, econômica, de meio ambiente e sociocultural, que afeta a disponibilidade, o acesso, a utilização, a estabilidade de fornecimento dos alimentos e os sistemas socioeconômicos mundiais (Oliveira, 2020).

As situações de insegurança alimentar (IA) incluem desde a preocupação e/ou angústia ante a incerteza de dispor regularmente de comida (IA leve a moderada), até a vivência de fome por não ter o que comer durante todo o dia (IA grave). A IA pode resultar em desnutrição, carências nutricionais, excesso de peso, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudiciais à saúde, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros fatores que, no geral, podem afetar a saúde. Isso pode acontecer tanto por questões relacionadas à exclusão social, perda de autoestima, estresse e sofrimento emocional, quanto pelo comprometimento do estado nutricional propriamente dito (Oliveira, 2020).

Em 2019, um pouco mais de um quarto da população mundial foi afetada pela IA moderada ou grave; em 2021, a IA moderada ou grave atingiu 29,3%, da população mundial (*Food and Agriculture Organization [FAO] et al., 2020; FAO et al., 2022*). No Brasil, os resultados das três edições da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, 2009 e 2013 revelaram redução do percentual de domicílios em IA no Brasil, passando

de 35,2% em 2004 para 22,9% em 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010, 2013). No entanto, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 mostraram aumento da IA, especialmente, a IA moderada e grave, indicando a ocorrência de fome (IBGE, 2020a).

No Brasil, a IA é mensurada nos domicílios por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – (EBIA). Os resultados da EBIA permitem classificar a IA em três níveis: insegurança alimentar leve, insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave. Os domicílios com insegurança alimentar leve são aqueles nos quais há alguma preocupação com o acesso aos alimentos no futuro e nos quais há comprometimento da qualidade dos alimentos mediante estratégias que visam manter uma quantidade mínima disponível. Nos domicílios com insegurança alimentar moderada, há restrição quantitativa de alimento. Por fim, nos domicílios com insegurança alimentar grave, além dos membros adultos, as crianças, quando houver, também passam pela privação de alimentos, podendo chegar à sua expressão mais grave, a fome (Segal - Correa, 2007).

A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN) realizou, entre 05 e 24 de dezembro de 2020, o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Nutricional em 2.180 domicílios nas cinco regiões do país, em áreas urbanas e rurais. Os resultados mostraram que 55,2% dos lares tinham seus moradores com algum nível de IA, ou seja, identificou-se presença de IA em mais da metade dos domicílios brasileiros. Ressalta-se que as maiores frequências de IA grave foram encontradas nas regiões Norte (18,1%) e Nordeste (13,8%). Respectivamente, essas regiões tiveram três e duas vezes mais domicílios expostos à forma mais grave da IA, em comparação às proporções de IA grave nas regiões Sul e Sudeste (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar [Rede PENSSAN], 2021).

Apesar do agravamento da situação de IA no Brasil ter ocorrido anteriormente ao período da pandemia de COVID-19 (Rede PENSSAN, 2021), esta situação pode ter piorado, assim como as demais vulnerabilidades sociais em decorrência, da crise econômica, da pandemia e do desmonte das políticas públicas que poderiam minimizar o impacto das duas primeiras (Galindo, 2021; Rede PENSSAN, 2021; Rede PENSSAN, 2022). O segundo inquérito da Rede PENSSAN, realizado entre 2021 e 2022, indicou novo aumento da IA no país; os resultados mostram que são 125,2 milhões (30,1%) de pessoas residentes em domicílios brasileiros com IA moderada e grave, sendo que 33 milhões (15,5%) convivem com IA grave. (Rede PENSSAN, 2022).

A baixa renda é um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência de IA nas famílias brasileiras (Cabral et al., 2014; IBGE, 2014). A pobreza é concretizada na baixa escolaridade, na insegurança física, na vulnerabilidade e suscetibilidade física a desastres naturais (inundações, vendavais, deslizamento de terra, tempestades etc), ao não acesso a serviços sanitários básicos, na precária saúde física, mental e nutricional e no inadequado cuidado à criança (*The World Bank*, 2018). Entre os que vivem na pobreza, destaca-se o grupo das mulheres, visto que, além das repercussões da situação de vulnerabilidade econômica, ainda sofrem com a exploração sexual, a iniquidade de gênero e o peso da responsabilidade do cuidado ou do sustento de sua família (Santos, 2020).

No Brasil, a maioria dos titulares do Programa Bolsa Família¹ é mulher, e mesmo assim, existe associação direta entre a prevalência de IA e famílias cujo chefe é do sexo feminino (Raphaelli et al., 2018). Os dados brasileiros sugerem que as desigualdades de gênero são condicionantes para os quadros de IA entre as mulheres e suas famílias,

¹ Extinto pela Medida Provisória 1061 publicada em 10 de agosto de 2021, e que criou também o Auxílio Brasil.

principalmente quando essas são as principais responsáveis pela renda familiar (Oliveira, 2020).

A IA pode se manifestar sob diversas formas, como por exemplo: doenças associadas à má alimentação, fome e consumo de alimentos prejudiciais à saúde (Raphaelli et al., 2018). A não realização de refeições traz prejuízos à saúde e vai ao encontro de evidências de que o aumento do excesso de peso é maior nos países pobres, segmento da população em que o acesso aos alimentos não é contínuo, sem um padrão regular de refeições (Santos, 2019). As mudanças ocorridas no padrão alimentar e no estilo de vida da população são marcadas, sobretudo, pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, em detrimento do consumo de alimentos *in natura* e/ou minimamente processados e ainda pelo aumento da inatividade física, o que contribui diretamente para o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade (Barbosa et al., 2020).

A escolha alimentar é compreendida como um processo complexo e dinâmico, muito além das questões econômicas, permeando aspectos biológicos, religiosos, socioculturais, psicológicos e antropológicos relacionados ao comedor. Além desses aspectos, a escolha alimentar envolve também aspectos intrínsecos aos alimentos, como preço, sabor, variedade, valor nutricional, aparência e higiene e ainda podem depender de acessibilidade, disponibilidade, preferências e condições cognitivas de cada indivíduo. Portanto, mesmo que ocorra o aumento dos gastos com alimentação, a partir de programas de transferência de renda, por exemplo, não há garantia de redução da IA ou de um adequado estado nutricional das famílias, uma vez que as escolhas alimentares devem ser consideradas como fator importante dessa equação (Rocha et al., 2020).

A IA está associada não só à baixa disponibilidade de alimentos, mas também à vulnerabilidade social, ou seja, relaciona-se à estrutura da sociedade, ao mercado de trabalho e a características como idade, nível de escolaridade do chefe da família, situação econômica,

desemprego, cor da pele e número de moradores nos domicílios (Schott et al., 2020). A vulnerabilidade social representa múltiplas determinações, como cidadãos que vivem sem acesso a direitos. Entende-se que o bem-estar das famílias depende da posse desses direitos como renda, moradia adequada, abastecimento de água, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, escolas entre outros. Entretanto, é impossível para a maioria dos indivíduos por si só atingir todos esses ativos, portanto, é necessário que o Estado atue na garantia desses direitos por meio de políticas públicas (Bezerra et al., 2020).

Neste sentido, a Política Pública de Assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais (Resolução CNAS n.º 145, 2004). Os serviços socioassistenciais são organizados por níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social - SUAS: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. A Proteção Social Básica relaciona-se ao atendimento preventivo às situações de risco e violações de direitos e tem como referência para o atendimento o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS (Resolução CNAS nº 109, 2009).

Os CRAS realizam diversos serviços, entre eles, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF que consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. O PAIF prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. São ações do PAIF: (1) Acolhida; (2) Oficinas com famílias; (3) Ações comunitárias; (4) Ações particularizadas e encaminhamentos. Durante as ações, por exemplo, nas oficinas, são sugeridas temáticas referentes aos objetivos do PAIF,

entre elas: direito das mulheres, direito à transferência de renda e direito à alimentação e nutrição adequadas (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2012).

A IA e saúde mental estão conectadas por meio de um conjunto complexo e inter-relacionado de determinantes, como diversos fatores de pobreza, fisiologia, estresse emocional, conflito, normas de gênero prejudiciais, violência doméstica e falta de controle sobre os recursos econômicos (Sparling et al., 2021). Vários estudos relatam, adicionalmente, risco significativamente maior no sexo feminino para os Transtornos Mentais Comuns (síndromes depressivas, síndromes ansiosas e somáticas, sintomas e sinais relativos ao estado emocional) (Salgado & Fortes, 2021, Santos et al., 2019; Souza et al., 2017).

Estudos que forneceram dados transversais sobre insegurança alimentar e nutricional e depressão, ansiedade e distúrbios do sono, demonstraram que existe uma forte associação entre as condições citadas e a insegurança alimentar (Arenas et al., 2019; WHO, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization*, 2017), ansiedade e depressão são as duas categorias diagnósticas de transtornos mentais com maior prevalência na população mundial e com maior impacto na vida das pessoas. A depressão atingiu 5,8% da população brasileira, sendo uma das maiores causas de incapacitação, já os distúrbios relacionados à ansiedade afetaram 9,3% das pessoas que vivem no Brasil, em 2015. (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017).

A ansiedade é caracterizada por sentimentos de tensão e pensamentos de preocupação (Parreira et al., 2021), e tem a função de manter o indivíduo alerta e motivado e, possivelmente auxiliando-o em sua sobrevivência quando algo ameaçador à sua integridade física e psicológica porventura surja (Cavaler et al., 2018). A ansiedade é uma emoção humana típica, mas pode ser classificada como um distúrbio ou doença quando aparece de forma exacerbada, não apropriada para a situação, ou sua intensidade é muito alta e se torna grave ou duradoura e passa a prejudicar significativamente a vida (Lopes et al., 2021;

Michałowska et al., 2022, Parreira et al., 2021). No entanto, é preciso considerar o estado da ansiedade como particular, podendo variar de um organismo a outro, envolvendo operações motivacionais e controle aversivo (Skinner, 1979).

A ansiedade está relacionada ao funcionamento do sistema nervoso e se manifesta por meio de reações fisiológicas, como tremores corporais, sudorese, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial e aumento do tônus muscular, entre outros; mas, também por meio de outros tipos de comportamento, como os relatos sobre as emoções e o funcionamento cognitivo da pessoa que sente (Michałowska et al, 2022).

De acordo com modelos médicos, os Transtornos de Ansiedade (TA) são classificados em categorias diagnósticas com base em sua natureza e, para ser diagnosticado com algum tipo de TA, o paciente deve atender a certa quantidade de critérios relacionados ao distúrbio específico (Podea & Ratoi, 2011). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA 2014) em sua última edição, evidenciou 11 categorias de diagnóstico relacionadas aos TA, como fobia específica, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), agorafobia, entre outros.

Também existem modelos psicológicos de natureza dimensional que explicam a ansiedade com base em um espectro no qual as pessoas podem experimentar níveis variados de ansiedade, desde muito baixo até muito alto (Endler & Kocovski, 2001). Assim, pessoas com níveis mais altos de ansiedade podem ser afetadas em sua saúde, qualidade de vida, trabalho, família, relacionamentos, entre outros. Esses modelos são consistentes com as aproximações psicométricas de medição da ansiedade criadas por Spielberger (1966), sendo importante distinguir entre a ansiedade como um estado transitório da pessoa e a ansiedade como um traço da personalidade relativamente estável (Spielberger, 1966).

Muitos psicólogos e profissionais de outras áreas da saúde tentam medir a ansiedade com base nos resultados da aplicação de certos instrumentos, como questionários, inventários,

escalas. Esses instrumentos começaram a ser construídos a partir da segunda metade do século XX (Batista & Sisto, 2005).

Várias medidas de avaliação da ansiedade foram desenvolvidas, especialmente as baseadas em autorrelato do participante. Algumas dessas medidas avaliam aspectos fisiológicos, e outras, embora focalizem sintomas cognitivos, são relacionadas a algum tipo específico de transtorno de ansiedade e/ou a um construto enquanto traço ou estado (Baptista et al., 2020). Dentre os instrumentos, destaca-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE (STAI pelas suas siglas em inglês *State-Trait Anxiety Inventory*) que é um teste psicométrico de auto-relato (Spielberger et al., 1983) que busca avaliar os dois componentes da ansiedade, como estado e como traço da personalidade. Este instrumento foi traduzido ao português e validado para seu uso em população brasileira por Biaggio et al. (1977).

A ansiedade-estado (A - estado) é definida como um estado emocional transitório, condição do organismo caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam em intensidade no decorrer do tempo. A ansiedade-traço (A - traço) refere-se às diferenças individuais estáveis de propensão à ansiedade; ou seja, é a forma como a pessoa tende a reagir em situações percebidas como ameaçadoras (Capitão & Tello, 2004). Espera-se que aquelas pessoas que apresentam alta A - traço demonstrará maiores níveis de A - estado com maior frequência do que os indivíduos com baixa A - traço, pois suas respostas de A - estado tendem a generalizar-se em uma ampla gama de situações e contextos (sociais, acadêmicos, laborais e afetivos) (Biaggio et al., 1977).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida está relacionada à ansiedade. A qualidade de vida é definida como a “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOOL, 1995).

O questionário WHOQOL-brief (World Health Organization Quality of Life) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para mensurar a qualidade de vida, considera os domínios 1) Psicológico (auto-estima, imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, espiritualidade e crenças, aprendizagem e memória); 2) Físico (mobilidade, sono, fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho); 3) Relações Sociais (apoio social e satisfação sexual); e 4) Meio Ambiente (recursos econômicos, transporte, cuidados de saúde, qualidade do ambiente físico como, poluição, barulho e clima, acesso a novas informações e segurança física) (WHOQOL, 1998; Fleck et al., 2000). A qualidade de vida está relacionada com variáveis como idade, primiparidade, problemas econômicos, escolaridade, ter vínculo empregatício, ser casada, ter família e amigos (Lagadec et al., 2018).

Desta forma, a IA (Rede PENSSAN, 2021; Rede PENSSAN, 2022) e a ansiedade (OMS, 2017) que são problemas prevalentes na população brasileira e que isoladamente já apresentam alto risco na população, podem ser muito mais graves quando associadas, reduzindo a qualidade de vida da população. Neste sentido, as mulheres em vulnerabilidade social, especialmente as que são chefe de família e que não possuem rede de apoio entre familiares, podem sofrer devido a angústia, o pavor, o estresse, a preocupação, a frustração, a incapacidade, a solidão, a humilhação e o sentimento de inutilidade em não saber como irão levar comida para casa, ou no mínimo levar o básico para alimentar sua família, o que pode favorecer que elas apresentem entre outros problemas de saúde mental, a ansiedade, afetando o bom convívio familiar, e qualidade de vida da pessoa.

Não há pesquisas que tenham avaliado a relação entre a insegurança alimentar, a ansiedade e a qualidade de vida em mulheres em situação de vulnerabilidade no Brasil, portanto, trata-se de um estudo original. Além disso, as consequências da pandemia de COVID-19 podem ter agravado tais situações (Sousa et al., 2021). Por isso, a presente

pesquisa objetivou verificar se há relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, no município de Belém-PA. Temos como hipótese que haverá relação entre a insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em usuárias destes centros. Para avaliar essa relação, a presente pesquisa buscou: (1) Identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico, níveis de ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda; (2) Identificar o perfil sociodemográfico e as frequências de ansiedade traço e estado, estado nutricional, consumo alimentar e percepção de qualidade de vida entre mulheres de baixa renda, segundo insegurança alimentar, segurança alimentar e total; (3) Verificar a associação entre insegurança alimentar e o perfil sociodemográfico e as frequências de ansiedade traço e estado, estado nutricional, consumo alimentar e percepção de qualidade de vida entre mulheres de baixa renda.

Foram elaborados dois artigos que são apresentados a seguir nesta dissertação. O primeiro artigo, intitulado “Frequência de insegurança alimentar, estado nutricional, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, Belém, Pará”, buscou alcançar o objetivo (1) acima apresentado. O segundo artigo, intitulado “Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda de Belém, Pará”, buscou alcançar os objetivos específicos (2) e (3) acima descritos.

Artigo 1

Frequência de insegurança alimentar, estado nutricional, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, Belém, Pará.²

Insegurança alimentar e ansiedade de usuárias de CRAS.

Izabella Syane Oliveira Pereira^{1,2}, Cláudia Cruz Barbosa^{1,2}, Clyvia Wanessa Góes Santos², Natália Bezerra Dutra¹, Ana Leda de Faria Brino¹, Naiza Nayla Bandeira de Sá¹.

¹Universidade Federal do Pará, ²Fundação Papa João XXIII – FUNPAPA

Resumo

Introdução: A insegurança alimentar, ansiedade e vulnerabilidade social são problemas prevalentes entre as mulheres e podem afetar a qualidade de vida das mesmas. **Objetivo:** identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico, níveis de ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, Belém-PA. **Método:** Estudo transversal, descritivo, amostragem não probabilística, composta por usuárias de 12 Centros de Referência de Assistência Social, com idade superior ou igual a 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de formulários e medidas antropométricas, entre maio e julho de 2022. Para análise descritiva calculou-se frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Das 661 mulheres, 95,8% foram classificadas em insegurança alimentar; destas, 31,9% em nível moderada e 40,1% em nível grave. Também 65,8% e 59,3% das mulheres apresentaram intensidade significativa de ansiedade traço e estado, respectivamente. Quanto à percepção de qualidade de vida, a maior

² Artigo será submetido à Revista Cadernos Saúde Coletiva, de Qualis - B1. <https://www.scielo.br/journal/cadsc/about/#instructions>. A formatação visual está conforme a normatização do PPGNC para dissertação em formato de artigo, ou seja, cada artigo pode ser apresentado de acordo com as normas da revista ao qual será submetido.

parte das entrevistadas foram classificadas acima da média nos domínios físico (55,1%) e psicológico (56,4%), em relação à média calculada dos valores deste grupo de mulheres, ou seja, melhor qualidade de vida nesses domínios. **Conclusão:** A maioria das mulheres estava em insegurança alimentar, excesso de peso e ansiedade, demonstrando a necessidade de buscar formas interdisciplinares de intervir na problemática apresentada.

Palavras-chave: vulnerabilidade social, insegurança alimentar, ansiedade, mulheres.

Abstract

Introduction: Food insecurity, anxiety and social vulnerability are prevalent problems among women and can affect their quality of life. **Objective:** to identify the sociodemographic and anthropometric profile, anxiety levels and quality of life in low-income women, Belém-PA. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive study, nonprobabilistic sampling, composed of users of 12 Social Assistance Reference Centers, aged 18 years or older. Data collection was performed using forms and anthropometric measurements, between May and July 2022. For descriptive analysis, absolute and relative frequencies were calculated. **Results:** 661 women, 95.8% were classified as food insecurity; of these, 31.9% in moderate level and 40.1% in serious level. There was also a significant intensity of trait and state anxiety, 65.8% and 59.3% of women, respectively. As for the perception of quality of life, most of the interviewed women were classified above average in physical training (55.1%) and psychological training (56.4%), in relation to the average calculated from the values of this group of women, that is, better quality of life in these domains. **Conclusion:** Most women were food insecure, overweight and anxious, so it is necessary to seek interdisciplinary ways to intervene in the issue.

Keywords: social vulnerability, food insecurity, anxiety, women.

Introdução

Avulnerabilidade social refere-se à ausência ou à insuficiência de ativos como: renda, abastecimento de água, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, entre outros, e para muitos é impossível atingi-los¹. Assim, a Política Pública de Assistência Social objetiva garantir os mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais²

Por meio da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, realiza-se o atendimento preventivo às situações de risco e violações de direitos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS que possuem como público as pessoas em vulnerabilidade social em busca de direitos³. Destaca-se que mulheres, especialmente as mulheres negras detêm os piores indicadores de pobreza multidimensional⁴.

A baixa renda é um dos fatores de risco para a ocorrência de Insegurança Alimentar – IA^{5,6}. A IA é compreendida como a falta de acesso à alimentação adequada, categorizada como: *leve*, quando há preocupação ou incerteza em relação ao acesso aos alimentos no futuro e qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; *moderada*, quando ocorre redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante de falta de alimentos; e *grave*, quando há a ocorrência da fome, ou seja, não comer por falta de dinheiro para comprar alimentos, fazer apenas uma refeição ao dia, ou ficar o dia inteiro sem comer⁷. Ademais, as desigualdades de gênero são condicionantes para os quadros de IA, principalmente quando as mulheres são as principais responsáveis pela renda familiar⁸.

Cerca de 29 % da população mundial em 2021 sofria de IA, variando de moderada a grave⁹. No Brasil, entre final de 2021 e início de 2022, 125,2 milhões (30,1%) de domicílios brasileiros conviviam com IA moderada e grave, indicando um aumento da IA no país¹⁰.

A não realização de refeições traz prejuízos à saúde e vai ao encontro de evidências de que o aumento do excesso de peso é maior nos países pobres, devido acesso incontinuo aos alimentos e um padrão irregular de refeições¹¹. Além disso, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, e diminuição de alimentos *in natura* e minimamente processados, além do aumento da inatividade física são fatores que contribuem diretamente para o aumento da prevalência de excesso de peso¹².

As mulheres possuem também maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade ao longo da vida, talvez em razão da pressão social, da jornada de trabalho e da renda inferior, fazendo com que muitas tenham que trabalhar mais para cumprir com pagamentos e manutenção da família¹³. A ansiedade afetou 9,3% dos brasileiros, em 2015¹⁴. A ansiedade é caracterizada por sentimentos de tensão e pensamentos de preocupação, experiência típica da vida, que quando se torna grave ou duradoura, prejudica significativamente a rotina do indivíduo, passando a ser classificada como um distúrbio ou doença¹⁵.

Considerando as altas prevalências de IA, da ansiedade e das condições de vulnerabilidade social das mulheres que podem interferir na qualidade de vida, definida como a “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁶, a presente pesquisa objetivou identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico, os níveis de ansiedade e a qualidade de vida em mulheres de baixa renda, assistidas pelos Centros de Referência de Assistência Social de Belém-PA. Esses dados são fundamentais para a avaliação das políticas públicas implementadas.

Método

Estudo transversal, descritivo, realizado em 12 CRAS da Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA), em Belém, Pará e compõe um projeto de pesquisa mais amplo denominado “Associação entre a insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos

Centros de Referência de Assistência Social no município de Belém-PA”. Os dados foram coletados no período de 09 de maio a 28 de julho de 2022 por uma equipe de coleta constituída (três nutricionistas e 14 estudantes de graduação do curso de Nutrição da Universidade Federal do Pará – UFPA) que permaneceu de segunda a sexta, manhã e tarde, em cada um dos CRAS, conforme um cronograma.

Para definir o tamanho amostral foram identificados os 12 CRAS de Belém-PA e solicitou-se à Central do Cadastro Único (CAD único) da FUNPAPA, o total de mulheres cadastradas e atendidas em 2021 em cada CRAS, porém, os dados estavam subestimados, devido às limitações nos atendimentos durante a pandemia de COVID-19.

Dessa forma, juntamente com os coordenadores dos CRAS, identificou-se um valor médio de 50 atendimentos de mulheres cadastradas no CAD único, por semana, em cada CRAS e realizou-se o seguinte cálculo: $(50 \text{ atendimentos por semana} \times 12 \text{ CRAS}) \times 52 \text{ semanas}$ (número de semanas em um ano), totalizando 31.200 atendimentos de mulheres com cadastro no CAD único nos CRAS de Belém para 2022, portanto a população total.

Considerando como erro amostral 5%, intervalo de confiança 95%, prevalência de IA igual a 50%, e 20% de perdas e/ou recusas, definiu-se o tamanho amostral em 456 mulheres. Porém, após o término da coleta de dados, a FUNPAPA informou que em 2022, foram atendidas nos 12 CRAS de Belém, 45.811 mulheres com cadastro no CAD único, então, calculou-se a amostra com base nas 45.811 mulheres, mantendo-se todos os parâmetros anteriores, e o tamanho amostral ficou em 462 mulheres.

A amostra foi composta por mulheres com idade superior ou igual a 18 anos, cadastradas no CAD Único do Ministério da Cidadania (atual Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social), assistidas em um dos 12 CRAS de Belém e que estavam aguardando atendimento na sala de espera, no momento em que os entrevistadores estivessem no local para a realização do estudo. Foram incluídas neste estudo aquelas mulheres que atenderam

aos critérios listados acima e que, depois de informadas sobre o objetivo do estudo, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas que não aceitaram assiná-lo ou interromperam a sua participação.

Para identificar a frequência de IA utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA validada para a população brasileira⁷, que contém perguntas com respostas dicotômicas (Sim/Não) sobre a experiência alimentar da família nos últimos três meses, e cada resposta afirmativa representa 1 ponto. Nos domicílios que contenham menores de 18 anos, 0 ponto é considerado como SA; 1 a 5 pontos, IA leve; 6 a 10, moderada; e 11 a 15 grave. Nos domicílios com somente maiores de 18 anos, 0 ponto é considerado como SA; 1 a 3 pontos, IA leve; 4 a 6, moderada; e 7 a 8 grave⁷.

Para identificar o *perfil sociodemográfico* foi utilizado um formulário elaborado para este estudo, contendo as variáveis: faixa etária, escolaridade (em anos de estudo), beneficiária de programa(s) de transferência de renda, estado civil, cor/raça (autodefinida), relação com o/a chefe da família (o maior responsável pelo sustento da família), número de filhos, quantas pessoas moram na casa, quantas pessoas contribuem para a renda, renda familiar, e condição de trabalho.

Em relação à avaliação antropométrica, as mulheres foram convidadas a irem para uma sala, na qual foi aferida as medidas antropométricas, resguardando a sua privacidade. A massa corporal foi aferida por balança digital portátil, com capacidade para 150 kg e subdivisões de 100 g, devidamente calibrada previamente ao início da coleta; para aferição da estatura corporal, utilizou-se estadiômetro portátil para adultos, com trena retrátil, de extensão até 210 cm com precisão de 0,1 cm. Para o diagnóstico do estado nutricional, considerou-se a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com o ciclo de vida^{17,18,19}.

Para a avaliação dos níveis de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE, validado no Brasil²⁰. O instrumento é composto por duas escalas, em forma de autorrelato, para mensurar ansiedade traço e a estado. Cada escala possui 20 questões com respostas em forma de escala de quatro pontos. A pontuação de corte para as duas escalas foi acima ou abaixo/igual a 40 pontos, sendo que as pontuações acima de 40 classificam a mulher como tendo uma intensidade significativa de ansiedade²⁰.

A percepção de qualidade de vida geral foi avaliada pelo questionário *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF*, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde²¹. Esse questionário é um instrumento de autoavaliação, composto por duas questões gerais e 24 questões divididas em quatro domínios: psicológico, físico, relações sociais, e meio ambiente. As respostas para as questões são compostas por uma escala Likert com pontuação variando de 1 a 5 pontos. Para realizar as análises foi obtido o valor da média da pontuação total de cada domínio e posteriormente, esse valor foi transformado para uma escala de 0 a 100. Para as duas perguntas gerais a pontuação foi transformada em uma escala de 0 a 25^{22,23}.

Para a análise descritiva, calculou-se frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e o desvio padrão para as médias de qualidade de vida. Os dados foram tabulados no software STATA 12.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical - NMT/UFPA, no Parecer 5.261.643. Os resultados da pesquisa foram apresentados para a FUNPAPA como base de dados para o planejamento de intervenções na problemática da IA e ansiedade.

Resultados

Participaram deste estudo 661 mulheres, sendo que a maioria delas tinham idade entre 40 e 59 anos (50,4%); tinham de 9 a 11 anos de estudo (55,5%); eram beneficiárias do

Programa Auxílio Brasil (56,0%); eram solteiras, viúvas ou divorciadas (72,6%); se autodenominaram como pretas ou pardas (86,1%) e eram chefes de família (75,0%). No que tange ao número de filhos, 54,9% declararam ter 1 a 2 filhos e 56,3% residiam com 3 ou mais pessoas. A maior parte das usuárias entrevistadas informaram que uma pessoa na casa contribuía para a renda familiar (69,1%) e 63,8% afirmaram que a renda familiar era menor do que um salário mínimo. 47,8% das entrevistadas estavam sem trabalho no momento da entrevista (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social, Belém – PA, 2022.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
18 a 19	6	0,9
20 a 39	236	35,7
40 a 59	333	50,4
≥ 60	86	13,0
Escolaridade (em anos de estudo)		
0 a 8	233	35,2
9 a 11	367	55,5
≥12	61	9,2
Beneficiária de programa(s) de transferência de renda		
Sim, Auxílio Brasil	370	56,0
Sim, Outros	43	6,5
Não	248	37,5
Estado civil		
Casada ou união estável	181	27,4
Solteira/Viúva/Divorciada	480	72,6
Cor/raça (autodefinida)		
Preta e parda (negra)	569	86,1
Branca	79	12,0
Amarelo e Indígena	13	2,0
Relação com o/a chefe da família (o maior responsável)		
Chefe (você mesma)	496	75,0
Cônjuge	85	12,9
Filho (a)	25	3,8
Outros	55	8,3
Quantas pessoas moram na casa		
1	124	18,8
2	165	25,0
≥3	372	56,3
Número de filhos		
0	67	10,1
1 a 2	363	54,9
≥ 3	321	34,9
Quantas pessoas contribuem para a renda		
1	457	69,1
≥2	204	30,9
Renda Familiar		
< 1 SM	422	63,8
1 a 2 SM	227	34,3
≥ 3 SM	12	1,8
Condição de trabalho		
Trabalho formal	46	7,0
Aposentada/pensionista	38	5,7
Trabalho informal	261	39,5
Sem trabalho	316	47,8

Do total de mulheres que participaram desta pesquisa, 95,8% foram classificadas com IA; destas, 23,8% em IA leve; 31,9% em IA moderada e 40,1% em IA grave. A maioria das entrevistadas foram classificadas com excesso de peso (65,4%).

Tabela 2 - Frequência de insegurança alimentar e estado nutricional de usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social, Belém-PA, 2022.

VARIÁVEIS	n	%
Classificação da segurança alimentar		
Segurança Alimentar	28	4,2
Insegurança Alimentar Leve	157	23,8
Insegurança Alimentar Moderada	211	31,9
Insegurança Alimentar Grave	265	40,1
Estado nutricional		
Baixo Peso	28	4,2
Eutrofia	201	30,4
Excesso de peso	432	65,4

A maior parte das mulheres apresentaram intensidade significativa de ansiedade estado (59,3%) e ansiedade traço (65,8%). Quanto à percepção da qualidade de vida (QV) geral, observou-se que a maioria das mulheres ficaram abaixo da média desse grupo (53,4%). No que tange aos domínios físicos, psicológicos e de meio ambiente, a maioria das mulheres ficaram acima da média (55,1%; 56,4% e 51,4%, respectivamente). No domínio das relações sociais, a maior parte das entrevistadas ficaram abaixo da média da percepção das mulheres entrevistadas (51,3%). Pontuações acima da média representam uma melhor qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de níveis de qualidade de vida e de ansiedade de usuárias dos Centros de referência de assistência social, Belém-PA, 2022.

VARIÁVEIS	n	%	Média (DP)
Nível de ansiedade (IDATE-E)			
Intensidade significativa	392	59,3	
Não tem intensidade significativa	269	40,7	
Nível de ansiedade (IDATE-T)			
Intensidade significativa	435	65,8	
Não Tem intensidade significativa	226	34,2	
Percepção de Qualidade de vida			
Geral			12,7 (± 3,2)
Acima da média	308	46,6	
Abaixo da média	353	53,4	
Domínio Físico			56,6 (± 18,7)
Acima da média	364	55,1	
Abaixo da média	297	44,9	
Domínio Psicológico			61,6 (± 17,3)
Acima da média	373	56,4	
Abaixo da média	288	43,6	
Domínio Relações sociais			59,8 (± 19,8)
Acima da média	322	48,7	
Abaixo da média	339	51,3	
Domínio Meio Ambiente			42,9 (± 14,1)
Acima da média	340	51,4	
Abaixo da média	321	48,6	

Discussão

Neste estudo, aproximadamente metade das usuárias dos CRAS do município de Belém-Pará estava na faixa etária de 40 a 59 anos e que a maioria eram beneficiárias de algum programa de transferência de renda, não tinha companheiros, se autodeclarou negra e chefe de família; apresentaram altos níveis de IA e de ansiedade-traço e ansiedade-estado e possuíam excesso de peso. Quanto à percepção de qualidade de vida (QV), a maior parte das entrevistadas apresentou melhor QV para os domínios físico, psicológico e de ambiente.

A matricialidade sociofamiliar é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Assistência social², mas as mulheres são as que mais acessam o CRAS, pois aparecem na prática como a grande responsável pelo grupo familiar. Neste estudo, a idade das usuárias dos

CRAS variou de 18 a 80 anos, sendo a maioria com faixa etária entre 40 a 59 anos. No estudo de Soares et al.²⁴, a predominância foi na faixa etária entre 32 e 44 anos, com mulheres beneficiadas pelo programa Minha Casa, Minha Vida, devido a idade mínima ter sido maior (22) e a idade máxima maior (75), o que pode ser justificado pelo perfil do público que procura financiar uma casa, apesar de ambos os perfis serem de baixa renda.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres desta pesquisa estudou de 9 a 11 anos. No Brasil, em 2021, 72,7% dos homens e 50,1% das mulheres possuía ensino médio completo ou superior incompleto (entre 9 a 11 anos de estudo) e 81,9% dos homens e 70,2% das mulheres possuía ensino superior completo (≥ 12 anos de estudo)²⁵. Dessa forma, percebe-se que em relação ao período de estudo das mulheres entrevistadas na presente pesquisa (9 a 11 anos de estudo), o percentual é mais próximo entre a pesquisa do IBGE e a presente pesquisa e se distancia em relação a mais anos de estudo, mas ressalta-se que no presente estudo trata-se de mulheres em vulnerabilidade social e em sua grande maioria negra. Importante destacar que o nível de escolaridade pode diferenciar as ocupações do ponto de vista do prestígio, da hierarquia e dos rendimentos ²⁶.

Neste estudo, a maioria das mulheres estava desempregadas e beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, substituto do Programa Bolsa Família, neste período²⁷. Os programas de transferência de renda visam aumentar o bem-estar proporcionando maior estabilidade financeira e alívio imediato da pobreza para famílias pobres e extremamente pobres, além de melhorar o acesso a serviços de saúde e assistência social ²⁸. No entanto, um estudo publicado em 2022 demonstrou que nas regiões urbanas e rurais da região nordeste do país, cerca de 70% das famílias titulares de direito do extinto Bolsa Família estavam em IA entre 2017 e 2018²⁹, fato semelhante aos relatados no presente estudo, que encontrou que a maioria é beneficiária do Programa Auxílio Brasil e também vivenciam situação de IA.

Ressalta-se que no Brasil, 43,6% dos domicílios com renda per capita $\leq \frac{1}{2}$ SM receberam Auxílio Brasil, 50,5% na região Norte e 51,8% no Pará²⁹, demonstrando que o valor do Auxílio Brasil, vigente entre 2021 e 2022, não abrandou a grave situação social do povo brasileiro, pois a IA ainda estava presente nos domicílios das famílias que solicitaram e conseguiram receber o benefício deste programa social¹⁰.

Grande parte das participantes desta pesquisa não possuíam companheiro à época da coleta de dados, diferente do estudo de Brito et al.³¹ que encontrou maior percentual de indivíduos que viviam com um companheiro na pesquisa em questão, talvez pelo fato da amostra ser composta de pessoas de ambos os sexos. Enfatiza-se que muitas vezes, as famílias compostas de mulheres sem cônjuges e com filhos/as, se encontram em maior risco de vulnerabilidade social, já que a renda média das mulheres, especialmente a das mulheres negras, é bastante inferior não só à dos homens, como à das mulheres brancas³².

Destaca-se que mais de 86% das mulheres entrevistadas no presente trabalho se declararam negras, condizendo com os resultados do último inquérito brasileiro, que demonstra que 82,4% da população do Pará é negra³⁰. Sabe-se que as mulheres brancas e negras em condição de pobreza não compartilham qualitativamente das mesmas experiências, visto que mulheres negras vivenciam, além da discriminação de gênero, também o racismo³⁰,³³. Ademais, a população negra é mais prevalente nos trabalhos informais, possuem menores níveis de escolaridade e renda, estão suscetíveis a instabilidades no trabalho e possuem menor acesso a direitos trabalhistas, como a aposentadoria^{26,32}.

Como agravante, a maioria das participantes desta pesquisa são chefes de família, assim como nas séries históricas de 1995 a 2015 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, que já apontavam uma tendência de crescimento da proporção de domicílios chefiados por mulheres³². Entre final de 2021 e início de 2022, no Brasil, 48,8% dos domicílios tinha a pessoa como referência do sexo feminino, 41,4% na região

Norte e 35,1% no Pará³⁰, ou seja, percentuais menores que dessa pesquisa, visto que nesse inquérito foram entrevistadas pessoas de ambos os sexos.

A maioria das mulheres entrevistadas neste estudo relatou possuir um a dois filhos e residir com três ou mais pessoas, seguindo uma tendência das tradicionais famílias brasileiras, o que também foi encontrado no estudo de Brito et al.³¹. No inquérito da Rede PENSSAN publicado em 2022, 38,4% dos domicílios brasileiros tinham de 3 a 4 moradores e 10,9% acima de 4 moradores; 41,9% e 20,8%, respectivamente na região Norte e 45,8% e 26,5% no Pará, respectivamente³⁰.

Quanto à renda familiar, a quase totalidade das mulheres relataram que seus domicílios possuem apenas até dois contribuintes para a renda e 63,8% relataram ter a renda familiar inferior a um salário mínimo, assim como no estudo de Brito et al.³¹, que tinha em sua amostra 68,7% do sexo feminino, a maioria tinha renda mensal menor que um salário mínimo (70,7%). Parte significativa dos postos de trabalho é marcada por elevada informalidade e baixos rendimentos médios, ocasionando baixos rendimentos domiciliares no Brasil. Em 2021, na região Norte, o rendimento domiciliar per capita mensal era de até 1 SM para 78,7% da população²⁵. Ao longo das últimas décadas, as mulheres são a maioria entre a população sem renda própria, o que está diretamente relacionado à menor participação feminina no mercado de trabalho. No entanto, observa-se uma redução importante nessa proporção ao longo do período entre 1995 a 2015 no Brasil, possivelmente devido à ampliação do acesso a benefícios assistenciais, especialmente por parte das mulheres – por exemplo, entre as mulheres negras, 46,7% não possuíam renda própria em 1995, comparados a 27,3% em 2015³⁴.

Um percentual grande da amostra do presente estudo relatou que não possuía trabalho, resultado maior do que o encontrado em 2015, quando a taxa de desocupação feminina no Brasil era de 11,6%; dentre as mulheres negras, essa taxa era maior, de 13,3%. Um dos

fatores que pode justificar essa diferença é a pandemia de COVID-19 que trouxe consequências danosas à saúde da população e à economia no país, ocasionando redução da renda e destruição de postos de trabalho no Brasil; em 2021, havia 14% e 28,5% de desocupação e subutilização da força de trabalho, respectivamente. Considerando a histórica diferença entre homens e mulheres em relação à ocupação, essa distância ampliou-se: enquanto o nível de ocupação dos homens no triênio 2019-2021 decresceu em 3,7 pontos percentuais e alcançou 63,1%, para as mulheres a queda foi de 4,8 pontos percentuais, atingindo 41,9%, em 2021²⁵.

Os dados do presente estudo também demonstram um grande número de mulheres em IA, com os maiores percentuais de IA moderada a grave entre a população estudada. No entanto, no estudo de Soares et al.²⁴, realizado com mulheres beneficiadas por programa social de Petrolina-PE, foi encontrado, segundo a classificação da EBIA, um maior percentual de SA (23,3%) e IA leve (53,4%) do que a IA moderada (13,6%) a grave (9,7%). Essa diferença pode decorrer do fato de os dados do estudo de Soares e colaboradores terem sido coletados entre 2013 e 2014, antes da crise econômica observada no Brasil a partir de 2015 e prováveis consequências socioeconômicas da referida crise agravadas pela pandemia de COVID-19, visto que os inquéritos da Rede PENSSAN apontam para o crescimento das vulnerabilidades^{35, 10}. Entre final de 2021 e início de 2022, encontrou-se no Brasil, 41,3% dos domicílios em SA, 28% em IA leve, 15,2% em IA moderada e 15,5% em IA grave. Ressalta-se que números maiores de IA moderada a grave foram encontrados na região Norte, respectivamente, 19,5% e 25,7%; no Pará, 22,4% dos domicílios estavam em IA moderada e 30% em IA grave³⁰. Os dados do presente estudo corroboram estas altas taxas de IA no Pará, visto que a maioria das entrevistadas pontuou para IA e enfatiza-se que as mulheres possuem risco maior para IA⁸

Quanto ao estado nutricional, a maioria das entrevistadas foram classificadas com excesso de peso, assim como no estudo de Franco, 2019³⁶. Em 2021, no conjunto das 27 cidades brasileiras, a frequência de excesso de peso foi de 57,2%, sendo menor entre as mulheres (55,0%). Em Belém, 61% das mulheres estavam com excesso de peso³⁷, demonstrando também um grande percentual de excesso de peso entre as mulheres, assim como observado na presente pesquisa. Além do consumo de alimentos ricos em calorias e alto índice glicêmico, escassos em nutrientes, que são comumente consumidos nestas populações, outra hipótese que pode ser responsável pelo excesso de peso em populações vulneráveis são as alterações metabólicas decorrentes da precária condição nutricional vivenciadas na infância, acarretando um balanço energético positivo e o ganho de peso na vida adulta^{38,39,40}.

No presente estudo, a maioria das mulheres apresentaram intensidade significativa de ansiedade-estado e de ansiedade-traço, assim como no estudo de Santos⁴¹, mas que encontrou percentuais maiores (67,8% e 66%, respectivamente), o que pode ser justificado pelo fato da amostra ser composta por mulheres em maternidade solitária que vivem em condições de pobreza. Os estudos apontam que as mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade do que homens^{13, 42}, que podem ter níveis de ansiedade três vezes maiores do que os apresentados pelos homens durante o estado de alarme^{43, 44}. Ressalta-se que a presente pesquisa foi realizada ainda durante a pandemia causada pelo COVID-19 e estudos de vários países identificaram uma maior frequência de ansiedade entre as mulheres durante a pandemia^{43,45, 46}, o que é preocupante, visto que a alta prevalência dos transtornos ansiosos podem ser causas dos afastamentos do trabalho, gerando impacto negativo na sua vida pessoal, como limitações às atividades cotidianas e potencialidades no trabalho, além de interferir na convivência familiar social⁴⁷.

A condição socioeconômica é um aspecto fortemente relacionado à qualidade de vida^{48,49}, possivelmente, por se constituir em fator importante para a sobrevivência dos indivíduos, como o acesso ao emprego, à renda, educação, alimentação adequada, bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação e transporte. Além disso, ser do sexo feminino, ser idoso, não ser branco, estar em inatividade física e/ou ter pelo menos uma doença, sintomas depressivos, ansiedade, angústia e transtornos mentais são aspectos que tem sido associados negativamente à qualidade de vida geral e seus domínios, principalmente entre populações mais pobres e desempregadas⁵⁰.

A qualidade de vida (QV) abrange aspectos de saúde física e mental, relações sociais e crenças pessoais, bem como características ambientais⁵¹. A maior parte das usuárias entrevistadas apresentou melhor QV em relação aos domínios psicológico, físico e de meio ambiente e menor QV em relação ao domínio de relações sociais e percepção de QV geral. Entre os domínios de qualidade de vida, a média menor encontrada foi em relação a meio ambiente, seguido de físico, relações sociais e psicológico, assim, menor a média, menor qualidade de vida.

No estudo de Oliveira et al.⁵², as mulheres apresentaram médias inferiores às dos homens apenas no domínio físico, sendo a menor média para o domínio meio ambiente, seguidos de psicológico, físico e relações sociais. No estudo de Cazella⁵³, a maioria das mulheres referiu boa percepção geral sobre a QV e satisfação com a saúde, apesar de pertencerem a classes sociais menos favorecidas. Ademais, entre as que declararam menor renda familiar, a maioria estava insatisfeita em relação à percepção geral de QV, meio ambiente e relações sociais.

Entre as limitações deste estudo estão o delineamento transversal; não perguntar a orientação sexual das participantes, que pode ser um risco para várias doenças mentais e IA (as minorias sexuais enfrentam preconceito social, opressão e discriminação estrutural^{54,55}) e

também algumas perguntas dos questionários geravam certa desconfiança e constrangimento, mas, para minimizar esse viés, durante a coleta de dados, eram explicados os objetivos e a importância da pesquisa para garantir segurança e conforto. Entre os pontos fortes estão a utilização de questionários validados e adaptados para a população brasileira, de fácil compreensão por parte das entrevistadas e de baixo custo, conferindo maior confiabilidade aos resultados. O estudo também pode propiciar o desenvolvimento de estratégias de cuidado na rede de saúde e na rede de assistência social para esse público, em relação a IA e ansiedade.

Conclusão

A pesquisa contribui para o conhecimento do perfil de mulheres de baixa renda, usuárias da rede de CRAS de Belém-PA, que em sua quase totalidade, apresentam renda familiar *per capita* baixa, são chefes da família, mulheres negras e com baixa escolaridade, classificadas com excesso de peso e com altos níveis de IA e ansiedade. É necessário buscar formas interdisciplinares de intervir na problemática apresentada e os CRAS são espaços com potencial para pesquisas de relevância social.

Referências

1. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyr CO. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Cien Saude Colet*, 2020; 25(10): 3833-3846. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>
2. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n.º 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf

3. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS N° 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf
4. Pinheiro L, Rezende M. Pobreza e mulheres nos 20 anos após Beijing. In: Fontoura N., Rezende M, Querino AC. Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. Brasília: Ipea, 2020. p.11 - 49. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190327_tema_a_pobreza_e_mulheres_nos_20_anos_apos_beijing.pdf
5. Cabral CS, Lopes AG, Lopes JM, Vianna RPT. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de corte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. Cad. Saúde Pública, 2014; 30(2): 393-402. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00140112>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2013. [Internet]. 2014. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91984.pdf>
7. Segal-Correa, AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. Alimentação e educação II, Estud. Av, 2007; 21 (60):143–54. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142007000200012>
8. Oliveira MSS. Desigualdades de gênero e (in) segurança alimentar e nutricional: olhares a partir do conceito de justiça de gênero de Nancy Fraser. Demetra, 2020;1;15:e47218. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.47218>
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; United Nations Children's Fund; World Food Programme; World Health Organization. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO. [Internet]. 2022. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

<https://doi.org/10.4060/cc0639en>

10. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar –

PENSSAN. [Internet]. 2022. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

<https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>

11. Santos, R.O. Padrões alimentares de indivíduos em situação de pobreza [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-14052019-130545/publico/RobertaDeOliveiraSantos_REVISADA.pdf

12. Barbosa BCR, Guimarães NS, de Paula W, Meireles AL. Práticas alimentares de estudantes universitários ingressantes no 1º semestre dos cursos da área da saúde, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Demetra;2020, 28;15:e45855. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.45855>

13. Costa CO, Branco JC, Vieira IS, Souza, LDM, Silva, RA. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. J. bras. Psiquiatr, 2019; 68 (2):92–100.

<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

14. Organização Mundial da Saúde. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. [Internet]. 2017. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2017-aumenta-numero-pessoas-com-depressao-no-mundo>

15. Parreira BDM, Goulart BF, Ruiz, MT, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. Esc. Anna. Nery, 2021, 25 (4):1–8.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0415>

16. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and*

Medicine 10:1403-1409. [Internet]. 1995. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

17. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. The Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

19. World Health Organization. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

<https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>

20. Biaggio A, Natalicio L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. Arq. bras. Psic. apl., [Internet]. 1977 Mar 11 [cited 2022 Dez 23];29(3):31–44. Available from:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>

21. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet, 2017; 22 (5):1705–16.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>

22. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment). Psychol. med., 1998; 28(3):551-8.

<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

23. Fleck, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* 2000;5(1):33–8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
24. Soares JMD, Silva DFS, Leal, AEBP, Santos Neto, O. (In) *Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social*. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2020; 24(1)37-44. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.33507>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2022. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2020. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101979>
27. Brasil. Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2021; 30 dez. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-02/lei_no_14.284_de_29_de_dezembro_de_2021_-_institui_o_programa_auxilio_brasil.pdf
28. Machado DB, Williamson E, Pescarini JM, Alves, FJO, Castro-de-Araujo LFS, Ichihara MY et al. Relação entre o programa nacional de transferência de renda Bolsa Família e a incidência de suicídio no Brasil: um estudo quase-experimental. *PLOS Med*. 2022 maio; 19(5):

e1004000. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004000>

29. Palmeira PA, Bem-Lignanane I, Salles-Costa R. Acesso aos benefícios e programas governamentais e insegurança alimentar na áreas rurais e urbanas do Nordeste brasileiro. *Cien. Saúde Coletiva*, 2022;27,7;2583-2595. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.21592021>.

30. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN.

[Internet]. 2022 (Supl.1). [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

<https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/09/OLHEEstados-Diagrama%CC%A7a%CC%83o-V4-R01-1-14-09-2022.pdf>

31. Brito AP, Lima VN, Silva EGCM, Rêgo AS, Dias, LPP, Silva, JD, et al. Fatores associados à insegurança alimentar e nutricional em comunidade carente. *Rev. bras. educ. méd.*, 2020; 33:10415. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10415>

32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2019. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?edicao=25845&t=publicacoes>

33. Silva SO, Santos SMC, Gama CM, Coutinho GR, Santos MEP, Silva NJ. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38 (7). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>

34. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estudo mostra desigualdades de gênero e raça em 20 anos. . [Internet]. 2017. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:

https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=295

35. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. VIGISAN - Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. [Internet]. 2021. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:
https://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf
36. Franco JG, Bueno MC, Kirten VR, Leal GVS. Insegurança alimentar, consumo alimentar e estado nutricional de mulheres beneficiadas pelo programa Bolsa Família. *Ciencia& Saúde*, 2019;12(3). <https://doi.org/10.15448/1983-652x.2019.3.32907>.
37. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021, Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2021. [citado em 2022 dez 21]. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/#:~:text=Vigitel%20Brasil%202021%20%3A%20vigil%C3%A2ncia%20de,em%202021%20%2F%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2C>
38. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *J Nutr*. 2001; 131 (3):881S-6S.
<https://doi.org/10.1093/jn/131.3.881s>
39. Hruschka DJ. Do economic constraints on food choice make people fat? A critical review of two hypo theses for the poverty obesity paradox. *Am J Hum Biol*. 2012; 24 (3):277-85. <https://doi.org/10.1002/ajhb.22231>
40. Dhurandhar EJ. The food-insecurity obesity paradox: a resources scarcity hypothesis. *Physiol Behav*. 2016; 162:88-92. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.04.025>

41. Santos LMTD. Repercussões da Maternidade Solitária na Insegurança Alimentar domiciliar, na Saúde mental e na Qualidade de vida entre Mulheres em situação de pobreza. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2020.
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/40908>
42. Islam FMA. Psychological distress and its association with socio-demographic factors in a rural district in Bangladesh: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2019; 14(3):e0212765.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212765>
43. Iglesias-Martínez E, Rocés-García J, Bermúdez-Rey MT. Study on regular habits during confinement periods and their influence on anxiety. Stud. Psychol 2021; 42(3), 572–592.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1950421>
44. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: Evidence from meta-analysis. Aging, 2020; 12, 6049–6057.
<https://doi.org/10.18632/aging.103000>
45. Iglesias-Martínez E, García JR, Arberas, EJ, Llosa, JA. Difference between Impacts of COVID-19 on Women and Men’s Psychological, Social, Vulnerable Work Situations, and Economic Well-Being. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022;19(14), 8849.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148849>
46. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
47. Ribeiro HKP, Santos JD, Silva MG, Medeiro FDA, Fernandes MA. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. Rev. bras. saúde ocup. 2019; 44.
<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000021417>
48. Costa JM, Nogueira LT. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient them unicity of Teresina, PI, Brazil. J. bras. nefrol. 2014; 36 (3):332-

38. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140048>
49. Chen Y, Sun G, Guo X, Chen S, Chang Y, Li Y, et al. Factors affecting the quality of life among Chinese rural general residents: a cross-sectional study. *Public Health*. 2017; 146:140-7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.023>
50. Pequeno NPF. Qualidade de vida e insegurança alimentar em adultos e idosos: estudo Brazuca- Natal. Tese. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020. https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30747/1/NiliaPatriciaFreirePequeno_TESE.pdf
51. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2):178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
52. Oliveira F, Bastos JL, Moretti-Pires RO. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37 (11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042320>
53. Cazella LG, Almeida, LY, Oliveira JL, Zanetti ACG, Souza J. (2019). Qualidade de vida de mulheres e as características sociodemográficas associadas. *Enferm. Foco*. 2019; 10 (3). <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2448>
54. Cáceres BA, Bynon M, Doan D, Makarem N, McClain AC, Kim NV. Diet, Food Insecurity, and CVD Risk in Sexual and Gender Minority Adults. *Curr Atheroscler Rep*. 2022; 24(1): 41–50. <https://doi.org/10.1007/s11883-022-00991-2>
55. Paveltchuk FO, Borsa JC. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Rev. SPAGESP*. 2022; 21 (2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n2/v21n2a04.pdf>

Artigo 2

Relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda.³

Relationship between food insecurity, anxiety and quality of life in low-income women.

Izabella Syane Oliveira Pereira¹, Paula Raimunda Araújo Teixeira¹, Ana Leda de Faria Brino¹, Naiza Nayla Bandeira de Sá¹.

¹Universidade Federal do Pará

Resumo

Objetivou-se verificar a relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda. Trata-se de um estudo transversal, analítico, amostragem não probabilística, composta por 661 usuárias de 12 CRAS, com idade superior ou igual a 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de formulários e medidas antropométricas, no período de maio a julho de 2022. Para a análise calculou-se as frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo, segundo a presença de segurança alimentar e insegurança alimentar, posteriormente as razões de prevalência brutas e ajustadas, segundo a insegurança alimentar, por regressão log-linear de Poisson, considerando-se IC 95% de prevalência e $p < 0,05$. Para o cálculo das razões ajustadas, considerou-se a insegurança alimentar como variável dependente e todas as demais variáveis com $p < 0,20$ como independentes.

³ Artigo será submetido à Revista Saúde e Sociedade, de Qualis - B1. <https://www.scielo.br/journal/sausoc/about/#instructions>. A formatação visual está conforme a normatização do PPGNC para dissertação em formato de artigo, ou seja, cada artigo pode ser apresentado de acordo com as normas da revista ao qual será submetido.

Encontrou-se que 95,8% das mulheres estavam em insegurança alimentar, mas não houve associação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida. Portanto, sugerem-se novos estudos para verificar associação entre insegurança alimentar e ansiedade e qualidade de vida com uma amostra probabilística.

Palavras-chave: insegurança alimentar e nutricional, ansiedade, qualidade vida, mulheres

Abstract

The objective was to verify the relationship between food and nutrition insecurity, anxiety and quality of life in low-income women. This is a cross-sectional, analytical study, non-probabilistic sampling, consisting of 661 users of 12 CRAS, aged 18 years or older. Data collection was carried out using forms and anthropometric measurements, from May to July 2022. For the analysis, the absolute and relative frequencies of the study variables were calculated, according to the presence of food security and food insecurity, later crude and adjusted prevalence ratios, according to food insecurity, by Poisson log-linear regression, considering a 95% CI of prevalence and $p < 0.05$. To calculate the adjusted ratios, we considered food insecurity as the dependent variable and all other variables with $p < 0.20$ as independent. It was found that 95.8% of women were food insecure, but there was no association between food insecurity, anxiety and quality of life. Therefore, further studies are suggested to verify the association between food insecurity and anxiety and quality of life with a probabilistic sample.

Keywords: food and nutrition insecurity, anxiety, quality of life, women

Introdução

A segurança alimentar e nutricional (SA) refere-se à realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, não

comprometendo o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, respeitando a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006). Assim, a insegurança alimentar (IA) é categorizada como: *leve* quando há preocupação ou incerteza em relação ao acesso aos alimentos no futuro e qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; *moderada*, quando ocorre redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante de falta de alimentos; e *grave*, quando há a ocorrência da fome, ou seja, não comer por falta de dinheiro para comprar alimentos, fazer apenas uma refeição ao dia, ou ficar o dia inteiro sem comer (SEGAL – CORREA, 2007).

Um inquérito brasileiro mostrou que 125,2 milhões (30,1%) de domicílios brasileiros conviviam com IA moderada e grave entre 2021 e 2022 e apontou as consequências econômicas da pandemia COVID -19 como um dos fatores para o aumento da IA, sendo as mulheres mais vulneráveis, especialmente as chefes de família e negras (REDE PENSSAN, 2022). As mulheres podem sofrer mais também pelas consequências da IA, como a fome, desnutrição, excesso de peso, carências nutricionais específicas, doenças crônicas, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estresse e sofrimento emocional ou exclusão social (OLIVEIRA, 2020). A IA, portanto, pode afetar o estado nutricional e também levar ao sofrimento psicológico (POURMOTABBED, MORADI, BABAEI et al, 2020).

Ademais, o sexo feminino possui risco significativamente maior para os Transtornos Mentais Comuns, como síndromes ansiosas (SALGADO, FORTES, 2021). Em 2015, a taxa de ansiedade entre as mulheres brasileiras era de 7,7%, enquanto que entre homens era de 3,6% (WHO, 2017).

Segundo Spielberger (1985), a ansiedade pode ser classificada em: (1) a ansiedade estado, que se refere à emoção transitória da ansiedade, ou a uma condição caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão e apreensão, podendo variar em intensidade e (2) ansiedade traço, que é definida como uma propensão a avaliar estímulos internos ou eventos externos de forma que resulta em ansiedade aos estressores percebidos, sendo uma característica estável do indivíduo, e, como o próprio nome sugere, um traço de personalidade (SPIELBERGER, 1985).

Ressalta-se que ter baixa renda, estar desempregado, ter baixa escolaridade, ser do sexo feminino, não ser branco, e/ou ter pelo menos uma doença, são fatores associados negativamente à qualidade de vida (QV) (MACIEL, CONTI, SIMEÃO et al., 2018). Porém, a percepção da QV é vivenciada de forma individual, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOOL, 1995).

Em suma, a IA e a ansiedade são problemas prevalentes na população brasileira, apresentando alto risco para saúde e quando associadas, podem ser mais graves, pois, a IA, por um lado, e a ansiedade, por outro, interferem diretamente na QV dos indivíduos (OLIVEIRA, ANTUNES, OLIVEIRA, 2017; FAO, IFAD, UNICEF et al., 2021), especialmente de mulheres em vulnerabilidade sócia, que são a maioria do público assistido pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) locais em que pessoas em vulnerabilidade social buscam por direitos sociais (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2009). Portanto, a presente pesquisa objetivou verificar se há a relação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em mulheres de baixa renda, no município de Belém-PA.

Métodos

É um estudo transversal, analítico, realizado em 12 CRAS da Fundação Papa João XXIII, em Belém, Pará. Os dados foram coletados entre 09 de maio a 28 de julho de 2022 por uma equipe constituída por três nutricionistas e 14 estudantes de Nutrição da Universidade Federal do Pará - UFPA, que permaneceu de segunda a sexta, manhã e tarde, em cada um dos CRAS, conforme um cronograma. Esse estudo compõe um projeto de pesquisa mais amplo denominado “Associação entre a insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social no município de Belém-PA”.

Para definir o tamanho amostral do presente estudo, identificou-se os 12 CRAS de Belém- PA e requisitou-se à Central do Cadastro Único (CAD único)/FUNPAPA, o total de mulheres cadastradas no CAD único e atendidas em 2021 em cada CRAS, porém, devido a pandemia de COVID-19, os dados estavam subestimados, pois os serviços ofertados nos centros não estavam funcionando completamente. Então, juntamente com os coordenadores dos CRAS identificou-se o total de usuárias cadastradas no CAD único e atendidas em cada CRAS no último mês, e estimou-se a média de 50 atendimentos de mulheres cadastradas no CAD único, por semana, em cada CRAS. Em seguida, calculou-se: (50 atendimentos por semana x 12 CRAS) x 52 semanas (número de semanas em um ano), totalizando- se 31.200 atendimentos de mulheres com cadastro no CAD único nos CRAS de Belém para 2022, portanto, a população total.

Por fim, considerou um erro amostral de 5%, intervalo de confiança 95%, prevalência de IA igual a 50%, e 20% de perdas e/ou recusas da população total, totalizando tamanho amostral em 456 mulheres. Porém, após o fim da coleta de dados com 456 mulheres, a FUNPAPA informou que em 2022, foram atendidas nos 12 CRAS de Belém, 45.811 mulheres com cadastro no CAD único. Portanto, a amostra foi re-calculada, considerando a

população total com 45.811 e mantendo todos os parâmetros anteriores, e o tamanho amostral ficou em 462 mulheres.

A amostra foi composta por mulheres com idade superior ou igual a 18 anos, cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais - CAD Único do Ministério da Cidadania (atual Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social) e assistidas por um dos 12 CRAS de Belém, que estavam aguardando atendimento, na sala de espera, enquanto os entrevistadores estivessem no local para a realização do estudo e que, depois de informadas do objetivo do estudo, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas que não aceitaram assiná-lo ou interromperam a sua participação.

Para identificar a frequência de IA entre as entrevistadas utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA validada para a população brasileira, que contém perguntas com respostas dicotômicas (Sim/Não) sobre a experiência alimentar da família nos últimos três meses, e cada resposta afirmativa representa 1 ponto. Nos domicílios que contenham menores de 18 anos, 0 ponto é considerado como SA; 1 a 5 pontos, IA leve; 6 a 10, moderada; e 11 a 15 grave. Nos domicílios com somente maiores de 18 anos, 0 ponto é considerado como SA; 1 a 3 pontos, IA leve; 4 a 6, moderada; e 7 a 8 grave (SEGALL-CORRÊA, 2007).

Para identificar o *perfil sociodemográfico* das usuárias dos CRAS foi utilizado um formulário elaborado especificamente para este estudo, contendo as variáveis: faixa etária, escolaridade (em anos de estudo), beneficiária de programa(s) de transferência de renda, estado civil, cor/raça (autodefinida), relação com o/a chefe da família (o maior responsável pelo sustento da família), quantas pessoas moram na casa, quantas pessoas contribuem para a renda, renda familiar, número de filhos e condição de trabalho.

Em relação à avaliação antropométrica, as mulheres eram convidadas a irem para uma sala, na qual eram aferidas as medidas antropométricas, resguardando a sua privacidade. A massa corporal foi aferida por balança digital portátil (capacidade para 150 kg e subdivisões de 100 g), devidamente calibrada previamente ao início da coleta, e para aferição da estatura corporal, utilizou-se estadiômetro portátil para adultos, com trena retrátil (extensão até 210 cm com precisão de 0,1 cm). Para o diagnóstico do estado nutricional, considerou-se a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com o ciclo de vida (WHO, 1995, THE NUTRITION ON SCREENING INITIATIVE, 1994, WHO, 2007).

O consumo recomendado de hortaliças e frutas foi considerado quando a entrevistada referiu consumir hortaliças ou frutas (inclusive suco) pelo menos 25 vezes por semana. Então, multiplicou-se o número de dias na semana de consumo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) pelo número de vezes no dia; multiplicou-se o número de dias na semana de consumo de frutas e/ou suco de fruta natural pelo número de vezes no dia e posteriormente somou-se o consumo de verduras, legumes e frutas na semana. Considerou-se consumo regular de feijão e leite quando foi referido o consumo desses alimentos em cinco ou mais dias na semana pelas entrevistadas.

O consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista foi calculado a partir das questões: 1) consumo de refrigerante, 2) suco de caixinha, 3) bebida achocolatada ou iogurte com sabor, 4) biscoito/bolacha doce ou recheado ou bolo de pacote, 5) sorvete, chocolate, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada, 6) salsicha, linguiça, mortadela ou presunto, 7) pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer, 8) margarina, maionese, ketchup ou outros molhos industrializados e 9) macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato congelado comprado pronto industrializado. As entrevistadas que responderam sim a cinco ou mais dessas questões foram classificadas

como sim para consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista. (IBGE, 2020).

Para a avaliação dos níveis de ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE, instrumento validado no Brasil, composto por duas escalas, em forma de autorrelato, para mensurar dois conceitos distintos de ansiedade: traço e estado. Cada escala possui 20 questões com respostas em forma de escala de quatro pontos. A pontuação de corte para as duas escalas ansiedade-traço e ansiedade-estado utilizada foi acima ou abaixo/igual a 40 pontos, sendo que as pontuações acima de 40 classificam a mulher como tendo uma intensidade significativa de ansiedade (BIAGGIO, NATALICIO, SPIELBERGER, 1977).

A percepção de qualidade de vida (QV) geral foi avaliada pelo questionário *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF*, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde. É um instrumento de autoavaliação, composto por duas questões gerais e 24 questões divididas em quatro domínios: psicológico, físico, relações sociais, e meio ambiente. As respostas para as questões desse questionário são compostas por uma escala Likert com pontuações variando de 1 a 5 pontos. Para realizar as análises, foi obtido o valor da média da pontuação total em cada domínio e posteriormente, esse valor foi transformado para uma escala de 0 a 100. Para as duas perguntas gerais, a pontuação foi transformada em uma escala de 0 a 25. Considera-se que quanto maior a média, melhor a percepção de QV e vice-versa (WHOQOL, 1998; FLECK et al., 2000).

Para a análise descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis do estudo, segundo a presença de SA e IA e o desvio padrão para as médias de qualidade de vida. Posteriormente, foram calculadas para todas as variáveis do estudo as razões de prevalência brutas e ajustadas, segundo a IA, por regressão log-linear de Poisson, considerando-se IC 95% de prevalência e $p < 0,05$. Para o cálculo das razões ajustadas

considerou-se a IA como variável dependente e todas as demais variáveis com $p < 0,20$ como independentes. Considerou-se como categoria a referência de maior proteção para a IA. As análises dos dados foram realizadas por meio do *software Stata* versão 12.0

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical - NMT/UFPA, no Parecer XXX⁴. Os resultados da pesquisa foram apresentados para a FUNPAPA para servir de base para o planejamento de formas de intervenção na problemática da insegurança alimentar e ansiedade.

Resultados

Participaram deste estudo 661 mulheres, 95,8 % estavam em IA. Das 633 mulheres em IA, a maioria tinha idade entre 40 e 59 anos (51,2%), 9 a 11 anos de estudo (55,3%), era beneficiária de programa(s) de transferência de renda (63,2%), solteiras, viúvas ou divorciadas (72,8%), se autodenominaram como pretas ou pardas (86,3%), e eram chefes de família (75,5%). Quanto ao número de filhos, 55% referiram ter de 1 a 2 filhos e 56,7% conviver com mais de 3 moradores no domicílio. A maior parte dessas mulheres informaram que apenas uma pessoa contribuía com a renda (70,0%) e 65,6% afirmaram que a renda familiar era menor que 1 Salário Mínimo. A maioria das entrevistadas estava sem trabalho (48,3%) no momento da entrevista (Tabela 1).

A maioria dessas mulheres que vivia em IA apresentava excesso de peso e intensidade significativa de ansiedade-estado (60,5%) e de ansiedade-traço (67,1%). A maioria delas também relatou não ter consumido o valor recomendado de frutas e/ou hortaliças na semana (92,9%) e nem consumiram regularmente leite (56,2%), mas consumiram feijão (65,9%). Além disso, 76,3% reduziram a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia (Tabela 1).

⁴ Seguindo as regras da revista, o número do parecer foi omitido. Parecer 5.261.643

Quanto à percepção da qualidade de vida, encontraram-se as médias de 12,7 (\pm 3,2) para percepção geral; 56,6 (\pm 18,7) para domínio físico; 61,6 (\pm 17,3) para domínio psicológico; 59,8 (\pm 19,8) para relações sociais e 42,9 (\pm 14,1) para meio ambiente. Observou-se que, em relação a esse grupo de mulheres, a maioria estava abaixo da média para percepção geral (54,8%). No que tange ao domínio de relações sociais, a maioria estava abaixo da média (52,3%). Em relação aos domínios físico, psicológico e meio ambiente, estavam acima da média (53,9%; 55,5% e 50,4%, respectivamente), ou seja, possuíam melhores condições de vida nesses aspectos (Tabela 1).

Para as mulheres com SA, a frequência da maioria dos indicadores se assemelha aos das mulheres em IA. Entretanto, observou-se que as mulheres em SA têm mais idade, uma vez que a maioria delas referiu ter 60 anos ou mais (35,7%); além disso, 53,6% das mulheres em SA não eram beneficiárias de programas de transferência de renda, relataram renda entre 1 e 2 salários-mínimos (60,7%), não apresentaram intensidade significativa de ansiedade-estado (67,9%), nem de ansiedade-traço (64,3%). Elas disseram que não diminuíram a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID 19 (78,6%) e tiveram percepção de qualidade de vida geral acima da média (78,6%), bem como o domínio das relações sociais (71,4%) em relação as mulheres em SA desse estudo (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil sociodemográfico, frequência de insegurança alimentar, ansiedade, consumo alimentar, estado nutricional e qualidade de vida, segundo classificação de segurança alimentar das usuárias dos CRAS.

Variável	IA (n= 633)		SA (n= 28)	
	n	%	n	%
Faixa etária				
18 a 19	6	0,9	0	
20 a 39	227	35,9	9	32,1
40 a 59	324	51,2	9	32,1
≥ 60	76	12,0	10	35,7

Beneficiária de programa(s) de transferência de renda	Sim	400	63,2	13	46,4
	Não	233	36,8	15	53,6
Estado civil	Casada ou união estável	172	27,2	9	32,1
	Solteira/Viúva//Divorciada	461	72,8	19	67,9
Cor/raça (autodefinida)	Preta e parda	546	86,3	23	82,1
	Branca	75	11,8	4	14,3
	Amarelo e Indígena	12	1,9	1	3,6
Relação com o/a chefe da família (o maior responsável pelo sustento da família)	Chefe (você mesma)	478	75,5	18	64,3
	Cônjuge	78	12,3	7	25,0
	Filho (a)	25	3,9	0	0,0
	Outros	52	8,2	3	10,7
Quantas pessoas moram na casa	1	117	18,5	7	25,0
	2	157	24,8	8	28,6
	≥3	359	56,7	13	46,4
Quantas pessoas contribuem para a renda	1	443	70,0	14	50,0
	≥ 2	190	30,0	14	50,0
Renda Familiar	< 1 SM	415	65,6	7	25,0
	1 a 2 SM	210	33,2	17	60,7
	≥ 3 SM	8	1,3	4	14,3
Número de filhos	0	62	9,8	5	17,9
	1 a 2	348	55,0	15	53,6
	≥ 3	223	35,2	8	28,6
Condição de trabalho	Trabalho formal	43	6,8	3	10,7
	Aposentada/pensionista	33	5,2	5	17,9
	Trabalho informal	251	39,7	10	35,7
	Sem trabalho	306	48,3	10	35,7
Anos de estudo	0 a 8	226	35,7	7	25,0
	9 a 11	350	55,3	17	60,7
	≥ 12	57	9,0	4	14,3
Nível de ansiedade (IDATE-E)	Tem intensidade significativa	383	60,5	9	32,1
	Não tem intensidade significativa	250	39,5	19	67,9
Nível de ansiedade (IDATE-T)	Tem intensidade significativa	425	67,1	10	35,7
	Não tem intensidade significativa	208	32,9	18	64,3
Consumo recomendado de hortaliças e frutas					
	Sim	45	7,1	8	28,6
	Não	588	92,9	20	71,4
Consumo regular de leite					
	Sim	356	56,2	23	82,1
	Não	277	43,8	5	17,9
Consumo regular de feijão					
	Sim	216	34,1	9	32,1
	Não	417	65,9	19	67,9
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista					

	Sim	243	38,4	5	17,9
	Não	390	61,6	23	82,1
Diminuiu a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 (2020 até o momento da pesquisa)					
	Sim	483	76,3	6	21,4
	Não	150	23,7	22	78,6
Estado Nutricional					
	Baixo Peso	26	4,1	2	7,1
	Eutrófico	192	30,3	9	32,1
	Excesso de peso	415	65,6	17	60,7
Percepção de Qualidade de vida Geral					
	Acima da média	286	45,2	22	78,6
	Abaixo da média	347	54,8	6	21,4
Domínio Físico					
	Acima da média	341	53,9	23	82,1
	Abaixo da média	292	46,1	5	17,9
Domínio Psicológico					
	Acima da média	351	55,5	22	78,6
	Abaixo da média	282	44,5	6	21,4
Domínio Relações sociais					
	Acima da média	302	47,7	20	71,4
	Abaixo da média	331	52,3	8	28,6
Domínio Meio Ambiente					
	Acima da média	319	50,4	21	75,0
	Abaixo da média	314	49,6	7	25,0

Quando realizada a análise de razões de prevalência de IA, de acordo com as diferentes variáveis independentes, considerando como categoria de referência a de maior proteção para IA, na análise de razão de prevalência bruta, foram verificados maiores probabilidades de IA para as mulheres com as seguintes características (Tabela 2):

1) Características socioeconômicas: estar nas faixas etárias entre 20 a 39 e 40 a 59 tinha 3,31 e 2,25 vezes mais probabilidade de ter IA, respectivamente; quando comparadas às com idade entre 18 e 19 anos; ter apenas um contribuinte para a renda familiar no domicílio tinha 2,33 mais probabilidade de ter IA quando comparado às mulheres que referiram ter 2 ou mais pessoas contribuindo na renda familiar; ter a renda familiar de 1 a 2 SM e menor que 1 SM tinham, respectivamente, 6,18 e 29,64 mais probabilidade de ser classificada em IA quando comparadas às mulheres que disseram que a renda familiar era 3 ou mais salários mínimos;

2) Níveis de ansiedade: ter intensidade significativa de ansiedade-estado e de ansiedade-traço tinha, respectivamente, 3,23 e 3,67 mais probabilidade de ser classificada IA quando comparadas àquelas sem intensidade significativa de ansiedade-traço e estado;

3) Consumo alimentar: não ter consumo recomendado de hortaliças e frutas e não ter consumo regular de leite tinha 5,22 e 3,58 mais probabilidade de ser classificada em IA quando comparadas àquelas que consumiram; consumir 5 ou mais grupos de alimentos ultraprocessados tinha 2,87 mais probabilidade de ser classificada em IA quando comparadas àquelas que não consumiram e diminuir a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 tinha 11,08 mais probabilidade de ser classificada em IA quando comparadas àquelas que não diminuíram;

4) Estado nutricional: estar com excesso de peso tinha 1,14 mais probabilidade de ser classificada IA quando comparadas àquelas em eutrofia;

5) Percepção de qualidade de vida: ter a percepção de qualidade de vida abaixo da média estava relacionada 4,45 à maior probabilidade de ser classificada com IA quando comparadas àquelas que estavam acima; quanto aos domínios da escala de qualidade de vida, estar abaixo da média nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente tinha respectivamente 3,94; 2,95; 2,74 e 2,95 mais probabilidade de serem classificadas com IA quando comparadas àquelas que estavam acima.

Posteriormente à realização da análise multivariada com as variáveis que tiveram $p < 0,20$ na razão de prevalência bruta, como independentes, utilizando a regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, onde se obteve o cálculo de RP corrigido para as variáveis que se associaram de forma independente à variável de interesse, isto é, independente de fatores de confusão, mantendo o valor de $p < 0,05$, foram as seguintes variáveis (Tabela 2):

1) Renda familiar: tendo a renda familiar de 1 a 2 SM e menor que 1 SM, respectivamente, 6,08 e 18,99 maior probabilidade de ser classificada em IA quando comparadas às mulheres que disseram que a renda familiar era 3 ou mais salários-mínimos e

2) Diminuição da variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19, com 8,55 mais probabilidade de serem classificadas em IA quando comparadas àquelas que não reduziram.

Tabela 2- Razão de prevalência bruta e ajustada de insegurança alimentar segundo características sociodemográficas, ansiedade, consumo alimentar, estado nutricional e qualidade de vida, em usuárias dos CRAS no município de Belém - PA.

Variável	Insegurança Alimentar					
	RP Bruta			RP Ajustada		
	RP	IC 95%	<i>p</i>	RP	IC 95%	<i>p</i>
Faixa etária			0,006			0,181
18 a 19	1,00			1,00		
20 a 39	3,31	(1,3 - 8,5)		3,54	(0,8 - 15,0)	
40 a 59	2,25	(1,9 - 12,1)		6,51	(1,7 - 24,6)	
≥ 60	1,00			1,00		
Beneficiária de programa(s) de transferência de renda			0,078			0,592
Sim	1,00			1,00		
Não	0,50	(0,2 - 1,1)		0,71	(0,3 - 1,9)	
Estado civil			0,570			
Casada ou união estável	1,00					
Solteira/Viúva//Divorciada	1,26	(0,6 - 2,9)				
Cor/raça (autodefinida)			0,783			
Branca	1,00					
Preta e parda	1,27	(0,4 - 3,8)				
Amarelo e Indígena	0,64	(0,1- 6,2)				
Relação com o/a chefe da família (o maior responsável pelo sustento da família)			0,195			0,581
Cônjuge	1,00			1,00		
Chefe (você mesma)	2,38	(1,0 - 5,9)		0,96	(0,3 - 0,9)	
Filho (a)	1,00			1,00		
Outros	1,55	(0,4 - 6,3)		0,46	(0,1 - 2,6)	
Quantas pessoas moram na casa			0,54			
1	1,00					
2	1,17	(0,4 - 3,3)				
≥3	1,65	(0,6 - 4,2)				

Quantas pessoas contribuem para a renda				0,031		0,388
	≥ 2	1,00		1,00		
	1	2,33	(1,1 - 5,0)	1,3	(0,5 - 3,6)	
Renda Familiar				0,000		0,003
	≥ 3 SM	1,00		1,00		
	1 a 2 SM	6,18	(1,7 - 22,6)	6,08	(1,0 - 36,3)	
	< 1	29,64	(7,2 - 60,3)	18,99	(2,5 - 67,2)	
Número de filhos				0,409		
	0	1,00				
	1 a 2	1,87	(0,7 - 5,3)			
	≥ 3	2,25	(0,7 - 7,1)			
Condição de trabalho				0,091		0,877
	Trabalho formal	1,00		1,00		
	Aposentada/pensionista	0,46	(0,1 - 2,1)	1,71	(0,2 - 13,1)	
	Trabalho informal	1,75	(0,5 - 6,6)	0,72	(0,1 - 4,1)	
	Sem trabalho	2,13	(0,6 - 8,1)	1,04	(0,2 - 6,0)	
Anos de estudo				0,406		
	≥ 12	1,00				
	9 a 11	1,44	(0,5 - 4,4)			
	0 a 8	2,27	(0,6 - 8,0)			
Nível de ansiedade (IDATE-E)				0,003		0,645
	Não tem intensidade significativa	1,00		1,00		
	Tem intensidade significativa	3,23	(1,4 - 7,3)	1,13	(0,3 - 4,0)	
Nível de ansiedade (IDATE-T)				0,000		0,532
	Não tem intensidade significativa	1,00		1,00		
	Tem intensidade significativa	3,67	(1,7 - 8,1)	1,63	(0,4 - 6,0)	
Consumo recomendado de hortaliças e frutas				0,000		0,065
	Sim	1,00		1,00		
	Não	5,22	(2,2 - 12,5)	3,3	(1 - 10,5)	
Consumo regular de leite				0,004		0,201
	Sim	1,00		1,00		
	Não	3,58	(1,3 - 9,5)	2,22	(0,7 - 7,1)	
Consumo regular de feijão				0,828		
	Sim	1,00				
	Não	0,91	(0,4 - 2,1)			
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista				0,021		0,121
	Não	1,00		1,00		
	Sim	2,87	(1,1 - 7,6)	3,13	(0,9 - 10,6)	
Diminuiu a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 (2020 até o momento da pesquisa)				0,000		0,000

	Não	1,00		1,00	
	Sim	11,08	(4,7 - 29,7)	8,55	(3,1 - 23,7)
Estado Nutricional				0,736	
	Eutrófico	1,00			
	Baixo peso	0,6	(0,1 - 3)		
	Excesso de peso	1,14	(0,5 - 2,6)		
Percepção de Qualidade de vida					
Geral				0,000	0,187
	Acima da média	1,00		1,00	
	Abaixo da média	4,45	(1,8 - 11,1)	2,00	(0,6 - 6,8)
Domínio Físico				0,002	0,548
	Acima da média	1,00		1,00	
	Abaixo da média	3,94	(1,5 - 10,5)	1,33	(0,4 - 4,9)
Domínio Psicológico				0,013	0,851
	Acima da média	1,00		1,00	
	Abaixo da média	2,95	(1,2 - 7,4)	1,26	(0,3 - 5,2)
Domínio Relações sociais				0,013	0,792
	Acima da média	1,00		1,00	
	Abaixo da média	2,74	(1,2 - 6,3)	0,78	(0,2 - 2,4)
Domínio Meio Ambiente				0,009	0,821
	Acima da média	1,00		1,00	
	Abaixo da média	2,95	(1,2 - 7,0)	0,81	(0,2 - 2,7)

Discussão

Este estudo apontou que 95,8% das 661 usuárias de 12 CRAS de Belém-PA estavam em IA. A análise multivariada indicou apenas a renda familiar e a diminuição da variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 como variáveis associadas à IA. Não foram encontradas associações entre IA e qualidade de vida e ansiedade.

Na amostra deste estudo, 51,2% das mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos vivenciava a situação de IA, condizente com análise de Salles – Costa e colaboradores que identificou, no período de 2004 e 2018, que a presença de membros do agregado familiar com idades entre os 5 e os 49 anos aumentava o risco de IA familiar grave (SALLES-COSTA, FERREIRA, MATTOS et al., 2022). De acordo com os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, à medida que aumentava a idade, aumentavam as

proporções daqueles que viviam em domicílios em SA, o que também se observou neste estudo, já que a maioria das mulheres em SA tinham 60 ou mais anos de idade (IBGE, 2020).

A maioria das mulheres em IA recebia algum benefício, no entanto, não houve associação entre o recebimento desses programas e a IA. Algumas pesquisas verificaram a associação entre o programa Bolsa Família (substituído pelo Auxílio Brasil, durante o período da pesquisa) e a IA (PALMEIRA ET AL., 2019; CHEROL, FERREIRA, SALLES-COSTA, 2020) e o efeito protetor para a IA (PALMEIRA, SALLES-COSTA, PÉREZ-ESCAMILLA, 2020). Porém, os dados revelam que o Auxílio Brasil, vigente entre 2021 e 2022, não abrandou a grave situação social do povo brasileiro, pois a fome ainda estava presente em 21,5% dos domicílios das famílias que solicitaram e conseguiram receber o benefício deste programa social (REDE PENSSAN, 2022).

Outro aspecto importante desse estudo refere-se à condição de trabalho das mulheres, já que a maioria das entrevistadas estava sem trabalhar, o que obviamente interfere na renda familiar, principalmente de mulheres que sustentam a própria família. No Brasil, entre o final de 2021 e início de 2022, nos domicílios em que havia algum morador desempregado, 29,6% estavam em IA grave, já nos domicílios com chefes desempregados, mais de um terço, enfrentava a fome e mais da metade deles estava em situação de IA grave ou moderada (REDE PENSSAN, 2022)

A associação entre renda familiar e IA já era esperada, sendo coerente com a literatura (SCHOTT, APARECIDA, REZENDE et al., 2020; SOARES, SILVA, LEAL et al., 2020; REDE PENSSAN, 2022). As mulheres em SA relataram ter renda entre 1 e 2 salários-mínimos (SM) e a maioria das mulheres em IA relataram renda menor que 1 SM. Para SCHOTT, APARECIDA, REZENDE et al., 2020, a renda e piores condições de estudo aumentam a chance do domicílio se encontrar em situação de IA. São necessárias políticas públicas permanentes que possibilitem o aumento dos rendimentos familiares, como melhor

distribuição da renda, geração de emprego, aumento do poder de compra do SM e principalmente mais acesso à educação, fundamental para reverter a situação de vulnerabilidade social (REDE PENSSAN, 2022).

Neste estudo, não foi encontrada associação entre raça/cor e IA. No entanto, o racismo no Brasil está presente em diferentes formas e contextos, como por exemplo, na falta de garantia de uma alimentação suficiente e de qualidade. No início de 2022, a proporção de IA foi maior nos domicílios cujos responsáveis se identificavam como pretos ou pardos e era mais grave de acordo com as menores rendas (REDE PENSSAN, 2022). CHEROL, FERREIRA, SALLES-COSTA, 2020 reforçam a relação das desigualdades raciais com a IA, além de destacar a baixa escolaridade e renda. Outros estudos também apontam a relação da IA com a menor escolaridade, cor/raça preta ou parda, mulher chefe de família (REDE PENSSAN, 2022; IBGE, 2020), maior número de moradores e presença de crianças menores de 10 anos e/ou jovens com idade até 18 anos dependentes economicamente (REDE PENSSAN, 2022). Uma limitação desse estudo foi não ter perguntado sobre quantos filhos conviviam no mesmo domicílio e a idade desses filhos.

Não foram encontradas essas associações neste estudo, talvez pelo fato de a renda interferir de forma preponderante se sobrepondo aos demais fatores. Ressalta-se que a maioria dos estudos sobre IA avalia população total e neste estudo avaliou-se apenas uma população vulnerável, de baixa renda. Contudo, de maneira geral, a IA está diretamente associada às características socioeconômicas e demográficas da população (SCHOTT, APARECIDA, REZENDE et al., 2020).

Quanto ao consumo alimentar das entrevistadas desse estudo, não ter consumo recomendado de hortaliças e frutas e consumo regular de leite e feijão e consumir 5 ou mais grupos de alimentos ultraprocessados não tiveram associação com IA, talvez pelo fato de que nos domicílios mais vulneráveis a escassez de alimentos possuam a tendência de menor

variabilidade de alimentos, porém com maior participação dos alimentos in natura ou minimamente processados, especialmente nos estados da região Norte, enquanto que nos domicílios mais ricos e situados em áreas urbanas, o consumo de ultraprocessados tende ser maior (RIBEIRO-JUNIOR, SAMPAIO, BANDONI et al., 2021). Outra justificativa seria o constrangimento de algumas mulheres em informar a frequência do consumo de alimentos, além do viés de memória o que pode ter ocasionado uma superestimação de consumo alimentar, já que são mulheres em situação de IA. Destaca-se o alto consumo de leite, pois as mulheres poderiam ter relatado esse consumo, porém ter consumido compostos lácteos, por não terem conhecimento entre as diferenças desses alimentos.

Ressalta-se que as mulheres em SA não diminuíram a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID 19, já as mulheres em IA disseram que diminuíram. Diminuir a variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 esteve associado a IA, o que é condizente com o inquérito realizados no Brasil que investigou a relação da IA e a pandemia de COVID-19 como um agravante para a piora dos números de IA (REDE PENSSAN, 2022).

No ultimo inquérito brasileiro observou-se que aproximadamente 1/4 nos domicílios brasileiros (15,9 milhões) em situação de IA moderada ou grave estavam sujeitos ao uso de estratégias social e humanamente inaceitáveis, para obtenção de alimentos, violando a sua dignidade e seu direito humano à alimentação adequada e entre as famílias que reduziram a compra de alimentos, a IA moderada ou grave comprometia quase a metade dos domicílios que não conseguiam manter alimentos da cesta básica da alimentação brasileira (REDE PENSSAN, 2022).

No presente estudo não foi verificada associação entre estado nutricional e IA, apesar de ter-se verificado alta frequência de mulheres em IA com excesso de peso, assim como no estudo de SOARES, SILVA, LEAL et al., 2020 que enfatiza que o excesso de peso está

associado às mudanças no consumo alimentar, e que embora entre os brasileiros, ainda exista o hábito de consumir alimentos tradicionais como arroz e o feijão houve um aumento importante do consumo de alimentos ultraprocessados.

Em relação à ansiedade, na análise da razão de prevalência bruta encontrou-se associação entre intensidade significativa de ansiedade traço e estado e IA, no entanto, após a análise multivariada essa associação não permaneceu. Ainda existem poucos estudos sobre essa associação (POURMOTABBED, MORADI, BABAEI et al., 2020) especialmente, com o mesmo tipo de instrumento para mensurar ansiedade.

Uma revisão sistemática e meta-análise que objetivou examinar associações da IA como um fator de risco para depressão, estresse e ansiedade sugere que a IA tem um efeito significativo na probabilidade de experimentar estresse e depressão, mas não ansiedade. Na análise de subgrupo considerando o continente indicou que IA aumentou o risco de ansiedade na América do Norte, mas não em outros países. Os autores relatam que há limitações metodológicas inerentes aos estudos transversais que tornam impossível traçar relações causais com as variáveis registradas (POURMOTABBED, MORADI, BABAEI et al., 2020), o que também poderia justificar a não associação nesse estudo.

Não houve associação entre IA e qualidade de vida nesse estudo, porém em um estudo que avaliou as repercussões da maternidade solitária na saúde mental, qualidade de vida e SA entre mulheres que vivem em condições de pobreza no Distrito Federal encontrou que as mães que vivem em situação de IA têm uma chance entre 5 a 14 vezes maior (aumentando conforme o nível de IA) de relatarem uma qualidade de vida ruim (SANTOS, 2020).

A qualidade de vida (QV) é um construto multidimensional e subjetivo, que depende da percepção do indivíduo, de fatores e valores que podem ter influencia regional etc, ou seja, específica de cada pessoa. Além disso, a menor escolaridade (MACIEL, CONTI, SIMEÃO et

al., 2018) e o aumento da idade, o envelhecimento (MACIEL, CONTI, SIMEÃO et al., 2018; PEQUENO,2020) afetam negativamente a qualidade de vida, e considerando que a maioria das mulheres do presente estudo em IA referiram ter entre 40 a 59 anos e estudaram entre 9 a 11 anos, talvez justifique não ter ocorrido associação entre IA e qualidade de vida. Ressalta-se que há uma carência de um mapa conceitual dos principais domínios/dimensões/indicadores considerados para a avaliação da qualidade de vida da população brasileira e principalmente contendo o fator “alimentação” entre as dimensões ou indicadores de QV estabelecidos (PEQUENO, 2020).

A não associação entre IA, ansiedade e QV também pode ter sido em virtude da limitação quanto o uso de instrumentos de autorrelato sujeitos a viés de memória e respostas, podendo negar traços e comportamentos socialmente indesejáveis. Destaca-se a hipersensibilidade dos instrumentos, visto que algumas perguntas podem causar constrangimento, apesar de se enfatizar os objetivos e importância da pesquisa, a fim de minimizar esse viés durante a coleta de dados. Ademais fatores como humor da pessoa, horário, tempo de espera para atendimento no CRAS e o tempo de entrevista podem contribuir para subestimação ou superestimação das respostas, apesar da aceitação em participar na pesquisa. Por outro lado, estar em condições socioeconômicas desfavoráveis com dificuldades e privação alimentar frequente, talvez por algumas gerações, possa de fato não ocasionar comportamentos ansiosos em relação a IA.

Além disso, a maioria dos estudos sobre QV e ansiedade foi realizada em populações específicas, como idosos ou indivíduos com algum perfil de saúde definido e com variados instrumentos de mensuração, sendo poucos estudos realizados na população geral de baixa renda e em IA e levando em consideração que o público dessa pesquisa foi apenas mulheres de baixa renda, essas variáveis acabam sendo confundidoras entre as demais.

Entre as limitações desse estudo está o delineamento transversal e por se tratar de um estudo local, esses resultados podem não representar a realidade brasileira em geral ou de outras populações, no entanto, os resultados obtidos neste estudo podem contribuir para a consistência transcultural do tema. Entre os pontos fortes destacam-se a originalidade, a utilização de instrumentos validados no Brasil e o rigor metodológico empregados em sua execução dando credibilidade aos achados aqui expostos.

Conclusão

Encontrou-se elevada frequência de IA entre mulheres de baixa renda, usuárias do CRAS, no município de Belém-PA. Nesta população foram associadas à IA a renda familiar e a diminuição da variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19. Não foram encontradas associações entre IA, ansiedade e QV. No entanto, este estudo contribui para o debate sobre ações e políticas de enfrentamento a IA em mulheres de baixa renda, assegurando direito social à alimentação adequada em quantidade e qualidade adequada. Ressalta-se que a IA é um importante problema estrutural da sociedade com necessidade de monitoramento, assim como também de seus determinantes e conseqüências na saúde física e mental que podem interferir na QV, portanto sugere-se novos estudos que possam verificar associação entre IA e ansiedade e QV com uma população probabilística.

Referências

BIAGGIO, A.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. Arquivos brasileiros de Psicologia. Aplicada, Rio de Janeiro, v. 29, n.3. p. 31-44, 1977. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de novembro 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 nov 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm>. Acesso em: 07 agost. 2022.

CHEROL CCS, FERREIRA AA, SALLES-COSTA R. Governmental programmes associated with food insecurity among communities of descendants of enslaved blacks in Brazil. Public Health Nutrition, v. 24, n. 10, p. 3136- 3146, 2020.

<https://doi.org/10.1017/s1368980020004164>

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução CNAS Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf >. Acesso em: 07 agost. 2022.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World, 2021. <https://doi.org/10.4060/cb4474en>. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/sofi-2021/>>. Acesso em: 22 dez. 2022.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n.1, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020 Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. 2020.

Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2022.

MACIEL, N. M.; CONTI, M. H. S.; SIMEÃO, S. F. A. P.; GENEBRA, C. V. S.; CORRENTE, J. E.; VITTA, A. Sociodemographic factors, level of physical activity and health related quality of life in adults from the north-east of São Paulo, Brazil: a cross sectional population study. *BMJ Open*, GB, v. 8, n.1, p.1-11, 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017804>.

OLIVEIRA, M. S.S. Desigualdades de gênero e i(n) segurança alimentar alimentar e nutricional,: olhares a partir do conceito de gênero de Nancy Fraser. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*,v.15 p. e47218, 2020. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.47218>

PALMEIRA PA, BEM-LIGNANI J, MARESI VA, MATTOS RA, INTERLENGHI GS, SALLES-COSTA R. Temporal changes in the association between food insecurity and socioeconomic status in two population-based surveys in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Indicators Research*, v. 144, n.13, p. 1349-1365, 2019. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02085-0>

PALMEIRA PA, SALLES-COSTA R, PÉREZ-ESCAMILLA R. Effects of family income and conditional cash transfers on household food insecurity: evidence from a longitudinal study in Northeast Brazil. *Public Health Nutrition*, v. 23, n.4, p. 756-767, 2020. <https://doi.org/10.1017/s1368980019003136>

POURMOTABBED, A.; MORADI, S.; BABAEI, A.; GHAVAMI, A.; MOHAMMADI, H.; JALILI, C.; SYMONDS, M.E.; MIRAGHAJANI, M. Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*, Wallingford, GB, v. 23, n.

10, p. 1778 – 1790, 2020. <https://doi.org/10.1017/S136898001900435X>

PEQUENO NPF. Qualidade de vida e insegurança alimentar em adultos e idosos: estudo Brazuca- Natal. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal: 2020.

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30747/1/NilaPatriciaFreirePequeno_TESE.pdf

REDE PENSSAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. São Paulo, 2022. Disponível em:

<<https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2022.

RIBEIRO-JUNIOR, J.R.S.; SAMPAIO, M. A. P; BANDONI, D.H.; CARLI, L.L.S. Atlas das situações alimentares no Brasil A disponibilidade domiciliar de alimentos e a fome no Brasil contemporâneo. 2021. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/356617325> Atlas das situacoes alimentares no Brasil a disponibilidade domiciliar de alimentos e a fome no Brasil contemporaneo.

Acesso em: 07 nov. 2022.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. L. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.37, n.9, p. 1-11, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>

SALLES-COSTA, R.; FERREIRA, A. A.; MATTOS, R. A.; REICHENHEIM, M. E .; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; BEM-LIGNANI, J.; SEGALL-CORRÊA, A. M. . National Trends and Disparities in Severe Food Insecurity in Brazil between 2004 and 2018. Current Developments in Nutrition, V. 6, 2022. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac034>

SANTOS, L. M. T. D. Repercussões da Maternidade Solitária na Insegurança Alimentar domiciliar, na Saúde mental e na Qualidade de vida entre Mulheres em situação de pobreza. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2020. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40908>

SCHOTT, E.; APARECIDA, F.; REZENDE, C.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, A.Q.; FRANCESCHINI, S.C. C. Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000096>

SEGAL-CORREA, A.M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Alimentação e educação II, Estudos Avançados*, 2007; v. 21, n.60, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142007000200012>

SOARES, J. M. D.; SILVA, D. F. S.; LEAL, A. E. B. P.; NETO, O. S. (In)Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 24, n.1, p.:37-44, 2020. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.33507>

SPIELBERGER, C. D. Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective. In A.H. Tuma & J.D. Mase, Hillsdale, NJ: Erlbaum. p. 171–182, 1985.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

VICENTINI DE OLIVEIRA, D.V.; ANTUNES, M.D.; OLIVEIRA, J. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*, v. 18, n.4, p. 316-322, 2017. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951>

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization, 2017. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 dez. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WHOQOL- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 10, p. 1403-1409, 1995. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

WHOQOL - The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment). *Psychological Medicine*, Cambridge, GB, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

Considerações finais

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil das usuárias de 12 CRAS do município de Belém, mulheres de baixa renda, que em sua maioria vive em situação de insegurança alimentar. As usuárias apresentaram elevados níveis de ansiedade traço e estado e excesso de peso, além de conhecer percepção de qualidade de vida dessas mulheres. Ao se fazer a análise da relação entre as variáveis, encontrou - se apenas entre a renda familiar e a diminuição da variedade ou a quantidade de alimentos comprados durante a pandemia de COVID-19 e a IA, portanto, não foram encontradas relações entre IA e qualidade de vida e nem entre IA e ansiedade e hipótese do estudo não foi atendida.

Esses achados também contribuem para o debate sobre ações e políticas de enfrentamento a IA em mulheres de baixa renda, assegurando direito social à alimentação adequada em quantidade e qualidade adequada. É de suma importância e urgência a redução da IA e suas consequências, para isso é necessário que ocorra o monitoramento constante nos municípios, estados e no Brasil, no que se refere aos determinantes de sua ocorrência e também quanto aos seus impactos na saúde física e mental e qualidade de vida. Ressalta-se que a insegurança alimentar é uma violação de direitos humanos e representa um importante problema estrutural da sociedade.

Durante a execução da pesquisa, várias mulheres se emocionaram bastante, especialmente ao serem perguntadas sobre o consumo alimentar e ansiedade, possivelmente, porque até aquele momento, essas mulheres, nunca tinham parado para refletir sobre esses aspectos das suas vidas, e se quer tinham noção que viviam em insegurança alimentar e ansiedade.

Por essas mulheres estarem continuamente expostas a essas situações aversivas extremas de enfrentamento de fome e outros problemas, pode ser que essas situações deixem de eliciar respostas correlacionadas com o fenômeno de ansiedade, como ocorre na

Habituação, fenômeno no qual a exposição continuada à dado estímulo deixa de eliciar respostas (Catania, 1999). Outra questão a ser levada em consideração no que concerne aos resultados da medida de ansiedade do presente estudo é a limitação do questionário para essa população. As respostas às questões do inventário de ansiedade e outras respostas que envolvem falar sobre os sentimentos dependem de as pessoas terem aprendido a falar sobre sua própria subjetividade, sobre o que sentem (Guilhardi, 2002), e essa capacidade de discriminar, diferenciar e nomear os próprios sentimentos poderia não estar presente de forma suficiente na população que participou do presente estudo, de modo que o inventário pode não ser adequado a essa população.

Algumas dessas mulheres agradeciam por terem participado da pesquisa, pois não tinham com quem conversar e pensar sobre os pontos questionados, desta forma, é de extrema importância, que ocorram estratégias para que essas mulheres possam ser ouvidas e auxiliadas a enxergarem a sua real situação para buscarem solução para esses problemas.

Importante destacar que o resultado dessa pesquisa, que é original, será encaminhado para a presidência e coordenações da FUNPAPA e dos CRAS. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a reflexão dos profissionais e os atores envolvidos nesta temática, repercutindo em transformação da prática de trabalho e incorporando ações efetivas à saúde mental e física das usuárias dos CRAS, com implementação de novas práticas de saúde e encaminhamento adequado, como por exemplo, a utilização da EBIA nos atendimentos sociassistenciais para identificação da IA e possíveis encaminhamentos para demais serviços e programas assistenciais, como também para os serviços de saúde, além de ações de educação alimentar e nutricional e implantação de hortas comunitárias entre outras.

Sugere-se que os CRAS possam ser mais utilizados para pesquisas de relevância social, e para intervenções interdisciplinares na problemática apresentada. Ademais são necessárias novas pesquisas com outros desenhos de pesquisa como estudos longitudinais e

com amostras probabilísticas que permitam verificar a associação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida, assim como outros estudos com o público desses espaços.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*: Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arenas, D. J., Thomas, A., Wang, J. & Delisser, H. M. (2019). *A Systematic Review and Meta-analysis of Depression, Anxiety, and Sleep Disorders in US Adults with Food Insecurity. Journal of General Internal Medicine.* <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05202-4>
- Barbosa, B. C. R, Guimarães, N. S., de Paula, W., & Meireles, A. L. (2020). Práticas alimentares de estudantes universitários ingressantes no 1º semestre dos cursos da área da saúde, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. *Demetra*, 15, e45855. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.45855>
- Batista, M. A. & Sisto, F. F. (2005). Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescentes. *Estud. psicol. (Campinas)* 22 (4). <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400002>
- Baptista, M.N., Falcone E. M.O., Viegas, M. P., Oliveira, E. R., Krieger, S., Pereira, L. B., Alves, A. J. C. P., Peluso, M. L., & Silva, F. T. (2020). Estructura Interna de la Escala Cognitiva de Ansiedad (ECOGA). *Psico-USF* 25 (4). <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250413>
- Bezerra, M. S., Jacob, M. C. M., Ferreira, M. A. F., Vale, D., Mirabal, I. R. B. & Lyr, C. O. (2020). Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10),3833-3846. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>

- Biaggio, A., Natalicio, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. *Arquivo brasileiro Psicologia aplicada*, 29 (3),31-44. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827>
- Cabral, C. S., Lopes, A. G., Lopes, J. M., & Vianna, R. P. T. (2014). Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. *Cadernos de Saúde Publica*; 30(2),393-402. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140112>
- Capitão, C. G. & Tello, R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Catania, C. A. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre:Artmed
- Cavaler, C. M. & Castro, A. (2018). Transtorno de Ansiedade Generalizada sob a Perspectiva da Gestalt Terapia. *Rev. Psi Divers Saúde*, Salvador, 7(2),313-321 <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v7i2.1855>
- Endler, N., & Kocovski, N. (2001). *State and trait anxiety revisited. Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231–245. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3)
- Fleck, M.P.A, Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Publica*, 34 (2),178–183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, United Nations Children's Fund, UN World Food Programme, & World Health Organization (2020). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets.* <https://www.fao.org/documents/card/en/c/ca9692en>

Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, United Nations Children's Fund, United Nations World Food Programme & World Health Organization (2022). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable.* Rome, FAO, 2022. <https://doi.org/10.4060/cc0639en>

Guilhardi, H. J. (2002). *Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor.* Orgs.: Maria Zilah da Silva Brandão, Fatima Cristina de Souza Conte, Solange Maria B. Mezzaroba. Santo André, SP: ESETec Editores Associados

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004-2009.* <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv47241.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2013.* <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91984.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020a). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.* <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>

- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A.M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N. & Ibanez, G. (2018). *Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- 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. <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>
- Lopes, A. B., Souza, L. L., Camacho, L.F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M.C, de Paula, L.T., Santos, M.O., Atavila, F. P., Cerbarro, G. F. & Fernandes, R. W. B. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, e8773. <https://doi.org/10.25248/reac.e8773.2021>
- Michałowska, S., Rachubińska, K. & Konieczny, K. (2022) Anxiety, Stress Coping Styles and Hope for Success among Graduate Students and High School Graduates during the COVID-19 Pandemic: The Moderating Role of Remote Learning. *Int J Environ Res Public Health*. 19(15), 2-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159692>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2012), *Orientações Técnicas sobre o PAIF*, Vol2. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf
- Morais, D. C., Sperandio, N., & Priore, S.E. (2020). Atualizações e debates sobre segurança alimentar e nutricional. <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Ebook->

[Atualiza%C3%A7%C3%B5es-e-debates-sobre-Seguran%C3%A7a-Alimentar-e-Nutricional-1.pdf](#)

Oliveira, M. S. S. (2020). Desigualdades de gênero e (in) segurança alimentar e nutricional: olhares a partir do conceito de justiça de gênero de Nancy Fraser. *Demetra*, 15, e47218. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.47218>

Organização Mundial da Saúde (2017). Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. <https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2017-aumenta-numero-pessoas-com-depressao-no-mundo>

Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Ruiz, M. T., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021) Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. *Escola Anna Nery* 25(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0415>

Podea, D., & Ratoi, F. (2011). Anxiety Disorders. In *Anxiety and Related Disorders* (p. 35). <https://doi.org/10.5772/758>

Raphaelli, C. O., Couto, S. F., Dutra, G. F., Pretto, A. D. B., Motta, J. V. S., & Bonamigo, A. W. (2018). Prevalência de insegurança e consumo alimentar em famílias do programa de aquisição de alimentos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, 39 (2), 161-170. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2018v39n2p161>

Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (2021). *VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. https://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf

Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (2022). *VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN*. <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>

Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf

Resolução CNAS n.º 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS_2004.pdf

Rocha, T. R., Santos, J. S., Pereira, M. L. A. S., Porcino, D. C., & Pereira, M. H. Q. (2020). Escolhas alimentares entre as beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Demetra, Rio de Janeiro, 15, e43568*. <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.43568>

Salgado, M. A., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cadernos de Saúde Pública 37(9)*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>

Santos, G. B. V., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M., Cesar, C. L. G., & Gianini, R. J. (2019). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública; 35(11)*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>

Santos, L. M. T. D. (2020). *Repercussões da Maternidade Solitária na Insegurança Alimentar domiciliar, na Saúde mental e na Qualidade de vida entre Mulheres em situação de pobreza*. [Dissertação de Mestrado, Universidade De Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40908>

Santos, R.O. (2019). *Padrões alimentares de indivíduos em situação de pobreza*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-14052019-130545/publico/RobertaDeOliveiraSantos_REVISADA.pdf

- Schott, E., Aparecida, F., Rezende, C., Priore, S. E., Ribeiro, A. Q., & Franceschini, S. C. C. (2020). Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 23,E200096. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000096>
- Skinner B. F. (1979-2000) Skinner Ciência e Comportamento Humano – trad. Todorov, J. C., Azzi, R. – São Paulo: Martins Fontes, 2003. 11ª edição, p. 195-198.
- Sousa, L. R. M., Ditterich, R. G., & Melgar-Quinõnez, H. (2021) A pandemia de Covid-19 e seus entrelaçamentos com desigualdade de gênero, insegurança alimentar e apoio social na América Latina. *Interface (Botucatu)*; 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200651>
- Souza, L. S., Barbosa, B., Silva, C. O., Souza, A., Ferreira, T., & Siqueira, L. (2017). Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0193>
- Sparling, T. M., Cheng, B., Deeney, M., Santoso, M. V., Pfeiffer, E., Emerson, J.A., Amadi, F. M., Mitu, K., Corvalan, C., Verdelli, H., Araya, R. & Kadiyala, S. (2021). *Global Mental Health and Nutrition: Moving Toward a Convergent Research Agenda*. *Front. Public Health* 9,1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.722290>
- Spielberger, C. (1966). *Theory and Research on Anxiety*. In *Anxiety and Behavior* (p. 3–20). *New York: ACADEMIC PRESS INC.*
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults* [Data set]. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t06496-000>

The World Bank (2018). *Pie cing Together the Poverty Puzzle*. Washington DC [s.l: s.n.], p. 201. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1330-6>

World Health Organization. (2018). Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>

WHOQOL (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social Science and Medicine*, 10,1403-1409.. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

WHOQOL (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*. *Psychological Medicine*, 28(3),551–558.<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Apêndice I – Termo de Consentimento livre esclarecido



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada, por ser usuária do Centro de Referência de Assistência social do município de Belém/PA, para participar da pesquisa intitulada **“Associação entre a insegurança alimentar, Ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de referência de assistência social no município de Belém, Pará.”**, integrante do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, sob a linha de pesquisa de Processos Comportamentais Complexos. Sua participação não é obrigatória.

Os objetivos desta pesquisa são:(1) identificar a prevalência de insegurança alimentar e seus diferentes níveis em usuárias dos CRAS; (2) identificar o perfil sociodemográfico e econômico das usuárias dos CRAS; (3) avaliar a o consumo e escolha alimentar; (4) avaliar o estado nutricional das usuárias dos CRAS; (5) avaliar a percepção de qualidade de vida geral das usuárias dos CRAS e (6) verificar a associação entre insegurança alimentar e as variáveis socioeconômicas entre as usuárias dos CRAS.

Caso concorde em participar, sua participação nesta pesquisa consistirá em:

1. Assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo **obrigatório** autoriza a utilização dos dados coletados e garante o respeito pela dignidade e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa, respeitando todas as normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

2. Responder ao formulário com blocos de perguntas, contendo perguntas fechadas sobre fatores sociodemográficos, estado nutricional e consumo alimentar. Responder ao *Food Choice Questionnaire*, para avaliar a escolha alimentar. Responder a Escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA), pela qual a insegurança alimentar será avaliada. Responder ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) avaliará nível de ansiedade nas mulheres. Responder ao World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) para medir a percepção de qualidade de vida das participantes.

3. Permitir a coleta do seu peso e altura para a realização da avaliação antropométrica e assim conhecer seu estado nutricional.

Em cumprimento à resolução 466/12 do CNS e anexo II da Norma Operacional da CNS 001/2013, a pesquisadora assinará um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), como compromisso em manter a confidencialidade sobre os dados coletados e que, ao publicar os resultados da pesquisa, manterá o anonimato dos participantes cujos dados foram pesquisados.

O estudo apresenta riscos mínimos, podendo ser decorrentes do constrangimento ou desconforto para as mulheres em função da realização de uma entrevista contendo informações pessoais ou referentes ao seu cotidiano e modo de vida, em geral.

Os benefícios a serem citados são para a comunidade e para os participantes da pesquisa, pois além de verificar a associação entre a Insegurança Alimentar, Ansiedade e Qualidade de vida em usuárias em usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), poderá possibilitar o encaminhamento dos casos classificados como possível transtorno mental e desvio nutricional às Unidades de Saúde de referência da família e buscar diversas formas para intervir na problemática.

É seu direito, enquanto participante voluntária, não responder qualquer questão e também retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Na descrição deste TCLE a Sra. tem acesso ao conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados nos questionários), no entanto, só terá acesso às perguntas após seu consentimento.

Garantimos à Sra. a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). Os dados serão armazenados em *hardware* (pendrive) e em banco de dados virtual (One Drive), protegidos por senha e de acesso restrito aos pesquisadores oficiais cadastrados para desenvolvimento desta pesquisa.

Garantimos à Sra. que não há despesas previstas (Item IV.3.g, da Res. CNS nº. 466 de 2012). A participação neste projeto não tem objetivo de submeter os pacientes a um tratamento, bem como não causará nenhum gasto ou prejuízo com relação a qualquer procedimento médico-clínico-terapêutico.

A Sra. não receberá, enquanto participante, remuneração e nenhum tipo de recompensa financeira nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

A Sra. receberá uma cópia deste termo onde constará o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável pelo projeto: IzabellaSyane Oliveira Pereira. Contato do Pesquisador: (91) 981350822 - E-mail do Pesquisador: izabella.pereira@ntpc.ufpa.br. Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 –Bairro: Guamá, Belém – PA.CEP: 66075-750

Pesquisadora (orientadora): Profa. Dra. NaizaNayla Bandeira de Sá. Contato profissional: (91) 3201-8536 - E-mail: naizasa@ufpa.br. Endereço: Núcleo de Teoria e

Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 –Bairro: Guamá, Belém – PA.CEP: 66075-750

Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, 1º andar, ou pelo telefone: (91) 3201-0961, ou e-mail: cepnmt@ufpa.br

Ressalta-se que não serão introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo. (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS).

Por tudo acima explicado, solicito, então, **explicitamente** sua autorização para registro e uso das suas respostas, com a garantia de confidencialidade, proteção da imagem e a não estigmatização do Sra. enquanto participante, garantindo a não utilização das suas informações em prejuízo de terceiros em termos de autoestima, prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII).

IzabellaSyane Oliveira Pereira

Pesquisadora Responsável

Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação no projeto Associação entre a insegurança alimentar, Ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de referência de assistência social no município de Belém, Pará, e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ter ganho financeiro e que posso sair

quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do participante

**Apêndice II- Endereços dos Centros de referências de assistência Social (CRAS) e
números de mulheres entrevistadas por CRAS.**

Nº	CRAS	Áreas de abrangência	Nº de mulheres entrevistadas
1	CRAS Jurunas: Rua dos Mundurucus, 360. Jurunas.	Jurunas, Reduto, Campina e Cidade Velha	44
2	CRAS Cremação: Av. Alcindo Cacela, 299, Cremação.	Cremação, Condor, São Braz, Batista Campos e Nazaré.	48
3	CRAS Guamá: R. Augusto Corrêa, 494 – Guamá.	Guamá, Universitário (Riacho Doce e Pantanal), Ilhas do Combu, Patos, Cintra, Piriquitaquara, Furo de São Benedito, Murutucu, Grande, Porticarvônia e Negra	53
4	CRAS Terra Firme (Travessa. LomasValentinas, 2585, Marco	Terra firme, Canudos, Curió Utinga e parte do Marco.	52
5	CRAS Barreiro: Travessa Djalma Dutra, 265. Esquina com Municipalidade.	Barreiro, Sacramenta, Maracangalha, Miramar, Val de Cans, parte da Marambaia e Telégrafo.	53

6	CRAS Pedreira: Travessa Timbó, 1557. Pedreira.	Pedreira, Fátima, Umarizal, Parte do Marco, parte da Marambaia e parte do Souza.	48
7	CRAS Aurá: Rodovia BR 316. Granja Modelo Km 6 – Ananindeua.	Aurá Belém, Águas lindas Belém, Guanabara Belém, parte do Una Belém, parte da Cabanagem, parte do Castanheira, parte do Coqueiro Belém e parte do Souza.	54
8	CRAS Bengui: Rua Betânia, Alameda Ananindeua, 111. Bengui.	Bengui, parte da Marambaia, Mangueirão, parte do Una, parte da Cabanagem e parte do Castanheira.	51
9	CRAS Tapanã: Rua das Rosas, 194. Parque Verde.	Tapanã, Parque verde, São Clemente e parte do Coqueiro	58
10	CRAS Icoaraci: Rua Manoel Barata, 1104. Cruzeiro.	Icoaraci, Paracuri, Parque Guajará, Tenoné, águas Negras, Agulha, Ponta Grossa, Cruzeiro, Pratinha I e II, Campina de Icoaraci, Maracacuera, e Ilhas de Cotijuba, Jutuba e Nova.	83
11	CRAS Outeiro: Avenida Beira Mar, 310, São João de	Ilha de Caratateua (São João do Outeiro, Água Boa, Fama,	61

	Outeiro.	Brasília e Itaiteua), Ilhas: Itatuoca, Santa Cruz, Coroinha Nova, Urubuoca, Paquetá, Paquetá Açú, Pastos, Nova Mirim, Jararaca, Jaraquinha, Redonda, Longa, Do Bonfim da Barra, Do Cruzador, Fortinho, Marineira, Murutura, Paulo da Cunha.	
12	CRAS Mosqueiro: Rua Francelina Santos (Rua da Bateria), 509. Farol.	Ilha do Mosqueiro (Aeroporto, Ariramba, Baia do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruará, Chapéu virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahu, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucurijuquara, e Vila) e Ilhas de Caruaru, Onças, Itapempanena, Mari Mari, Castanhal do Mari Mari, Bahia de Santo Antônio, Caratateua, São Marcos, Pombas, Maritim I, Maritim	56

		II, Caruari, Coroinha e São Pedro.	
--	--	------------------------------------	--

Apêndice III – Formulário sobre fatores sociodemográficos, estado nutricional e consumo alimentar.

Identificação

Entrevistador: _____

Data: _____

Hora de início da pesquisa: _____

Local: CRAS

Aurá Barreiro Bengui Cremação Guamá Icoaraci Jurunas Mosqueiro
 Outeiro Pedreira Tapanã Terra Firme

Qual é o seu nome? _____

Qual a data do seu nascimento? _____

Dados sociodemográficos

Qual sua idade? _____

A senhora é cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚnico)? 1() Sim
2() Não

A senhora participa do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)? 1()
Sim 2() Não

A senhora é beneficiária de algum Programa de transferência de renda? 1() Sim 2() Não

Se sim, qual (is) programa(s)? 1() Auxílio Brasil (Bolsa Família) 2() Bora Belém
3() Outro 4() Não se aplica

Qual seu estado civil? 1() Solteira 2() Casada 3() Viúva 4() Divorciada 5() União estável

Como a senhora considera sua cor/raça (autodefinida)? (ler as alternativas) 1() Branca
2() Preta 3() Parda 4() Amarela 5() Indígena

Qual a sua relação com o/a chefe da família (o maior responsável pelo sustento da família)?

1()Chefe (você mesma) 2()Cônjuje3()Filho (a) 4()Outro parente 5()Outros

O/A Chefe da família está trabalhando? 1()Sim 1()Não

Quantas pessoas moram na casa? 1()1 1()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()>7

Quantas pessoas contribuem para a renda?1()1 2()2 3()3 4()>3

12- Qual a sua renda familiar? 1()<1SM - R\$ 1.212,00 2()1 SM - R\$ 1.212,00 3()2SM - R\$ 2424,00 4()3 SM - R\$ 3636,00 5()>4 SM - R\$ 4848,00

A senhora tem quanto filhos?

1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()>5 Nenhum

Qual a sua condição de trabalho? (Ler as alternativas)1()Não trabalha2()Trabalha de carteira assinada 3()Autônoma4()Funcionária pública 5()Aposentada/Pensionista
6()Desempregada 7()Estudante

Qual a sua escolaridade?1()Nenhuma 2()Ensino Fundamental incompleto 3()Ensino Fundamental completo

4()Ensino Médio incompleto 5()Ensino Médio completo 6()Ensino Superior incompleto
7()Ensino Superior completo 8()Pós graduação 9()Curso técnico

CONSUMO ALIMENTAR

Agora vamos conversar sobre sua alimentação. Vou fazer algumas perguntas sobre alimentos que você comeu ONTEM. Vamos começar com alimentos naturais ou básicos.

1-ONTEM, a Sra. comeu arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde? 1()Sim 2()Não

2-ONTEM, a Sra. comeu batata comum, mandioca/aipim/macaxeira, cará ou inhame?
1()Sim 2()Não

3- ONTEM, a Sra. comeu feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico? 1()Sim2 ()Não

4- ONTEM, a Sra. comeu carne de boi, porco, frango ou peixe? 1()Sim 2()Não

5- ONTEM, a Sra. comeu ovo (frito, cozido ou mexido)? 1()Sim 2()Não

6- ONTEM, a Sra. comeu alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre? 1()Sim 2()Não

7- ONTEM, a Sra. comeu abóbora, cenoura, batata doce ou quiabo/caruru? 1()Sim 2()Não

8- ONTEM, a Sra. comeu tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba? 1()Sim
2()Não

9- ONTEM, a Sra. comeu mamão, manga, melão amarelo ou pequi? 1()Sim 2()Não

10- ONTEM, a Sra. comeu laranja, banana, maçã ou abacaxi? 1()Sim 2()Não

11- ONTEM, a Sra. comeu leite? 1()Sim 2()Não

12- ONTEM, a Sra. comeu amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará? 1()Sim
2()Não

Agora vou fazer perguntar sobre produtos industrializados consumidos. Ontem, o (a) Sr(a)
tomou ou comeu:

1- ONTEM, a Sra. tomou refrigerante? 1()Sim 2()Não

2- ONTEM, a Sra. tomou suco de fruta em caixinha ou lata ou refresco em pó? 1()Sim
2()Não

3- ONTEM, a Sra. tomou bebida achocolatada ou iogurte com sabor? 1()Sim 2()Não

4- ONTEM, a Sra. comeu salgadinho de pacote ou biscoito/bolacha salgado? 1()Sim 2()Não

5- ONTEM, a Sra. comeu biscoito/bolacha doce ou recheado ou bolo de pacote? 1()Sim
2()Não

6- ONTEM, a Sra. tomou sorvete, chocolate, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada?
1()Sim 2()Não

7- ONTEM, a Sra. comeu salsinha, linguiça, mortadela ou presunto? 1()Sim 2()Não

8- ONTEM, a Sra. comeu pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer? 1()Sim
2()Não

9- ONTEM, a Sra. comeu margarina, maionese, ketchup ou outros molhos industrializados?

1()Sim 2()Não

10- ONTEM, a Sra. comeu macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato congelado comprado pronto industrializado? 1()Sim 2()Não

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu hábito de consumo de alguns alimentos. Considere sempre o consumo médio desses alimentos.

1- Em quantos dias da semana a Sra costuma comer feijão? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

2- Em quantos dias da semana, a Sra costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

3- Em geral, a Sra costuma comer esse tipo de verdura ou legume: 1()Uma vez por dia (no almoço ou no jantar) 2()Três vezes ou mais por dia 3()Duas vezes por dia (no almoço e no jantar) 4() Não se aplica

4- Em quantos dias da semana, a Sra costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito, bode, ovelha etc.)? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez na semana

5- Em quantos dias da semana a Sra costuma comer frango/galinha? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez na semana

6- Em quantos dias da semana, a Sra costuma comer peixe? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

7- Em quantos dias da semana a Sra costuma tomar suco de caixinha/lata ou refresco em pó? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

8- Que tipo de suco de caixinha/lata ou refresco em pó o (a) Sr(a) costuma tomar? (Caso a resposta anterior seja nunca ou menos de 1 vez, marcar não se aplica) 1()Diet/light/zero 2()Normal 3()Ambos 4()Não se aplica

9- Em quantos dias da semana a Sra costuma tomar suco de fruta natural (incluída a polpa de fruta congelada)? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

10- Em quantos dias da semana a Sra costuma comer frutas? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

11- Em geral, quantas vezes por dia a Sra come frutas? 1()Uma vez por dia 2()Duas vezes por dia 3()Três vezes ou mais por dia 4() Não se aplica

12- Em quantos dias da semana a Sra costuma tomar refrigerante? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

13- Que tipo de refrigerante a Sra costuma tomar? (Caso a resposta anterior seja nunca ou menos de 1 vez, marcar não se aplica) 1()Diet/Light/Zero 2()Normal 3()Ambos 4()Não se aplica

14- Em quantos dias da semana a Sra costuma tomar leite? (de origem animal: vaca, cabra, búfala etc.) 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

15- Que tipo de leite a Sra costuma tomar? (Caso a resposta anterior seja nunca ou menos de 1 vez, marcar não se aplica) 1()Desnatado ou semidesnatado 2()Integral 3()Os dois tipos 4()Não se aplica

16- Em quantos dias da semana a Sra costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()nunca ou menos de 1 vez por semana

17- Em quantos dias da semana a Sra costuma substituir a refeição do almoço por lanches rápidos como sanduíches, salgados, pizzas, cachorro quente etc.? 1()1 2()2 3()3 4()4 5()5 6()6 7()7 8()Nunca ou menos de 1 vez por semana

18- Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o (a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é: (Leia as opções de resposta abaixo) 1()Muito alto 2()Alto 3()Adequado 4()Baixo 5()Muito baixo

19- Você diminuiu a variedade ou a quantidade de alimentos comprados, durante a pandemia (2020 até o momento da pesquisa)? 1()Sim 2()Não

20- Se sim, quais alimentos foram reduzidos ou deixados de comprar?(se não, escrever não se aplica)_____.

Estado nutricional

1-A senhora está gestante? 1() Sim 2()Não

2-Qual a data da última menstruação?(Caso não esteja gestante, escrever não se aplica)_____

3-Se sim, quantas semanas gestacionais? (Caso não esteja gestante, escrever não se aplica):_____

4-Peso:_____ 5-Altura:_____ 6- IMC:_____

7-Estado nutricional: () Eutrófica () Baixo peso ()Sobrepeso ()Obesa

8-Hora do término da pesquisa:_____

Anexo I – Escala Brasileira de Insegurança alimentar (EBIA)

Agora, vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação da sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora me responda todas elas...

1-Nos últimos 3 meses, a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder

2-Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar mais? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa responder

3-Nos últimos 3 meses, a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa responder

A próxima pergunta só será aplicada se houver menor de 18 anos: Se em todas as perguntas anteriores (I, II, III e, se aplicável, IV) estiverem assinalada a resposta não e/ou não sabe, ENCERRE o formulário. Havendo pelo menos um sim, vá para a questão V.

4- Nos últimos 3 meses, a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua (s) criança (s) / adolescente (s) porque o dinheiro acabou? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa responder 4()Não se aplica

5-Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

6- Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

7-Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

8-Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

9-Nos últimos 3 meses, a senhora ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder

Os quesitos abaixo devem ser perguntados apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes) se não houver, encerre este formulário.

10-Nos últimos 3 meses, a senhora não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

11-Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

12-Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

13-Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

14-Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

15-Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1()Sim 2()Não 3()Não sabe ou recusa a responder 4() Não se aplica

Anexo II – Inventário de ansiedade traço-estado.

Parte I – IDATE Estado

Agora estamos no penúltimo bloco, e por favor responda a cada pergunta afirmação que melhor indicar como a Sra. se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como a Sra. se sente nesse momento.

1-Sinto-me calma: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

2-Sinto-me segura: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

3-Estou tensa: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

4-Estou arrependida: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

5-Sinto-me à vontade: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

6-Sinto-me perturbada (confusa, desorientada): 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

7-Estou preocupada com possíveis infortúnios (problemas, dificuldades, infelicidades): 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

8-Sinto-me descansada: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

9-Sinto-me ansiosa: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

10-Sinto-me “em casa”: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

11-Sinto-me confiante: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

12-Sinto-me nervosa: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

13-Estou agitada: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

14-Sinto-me uma pilha de nervos: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

15-Estou descontráida: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

16-Sinto-me satisfeita: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

17-Estou preocupada: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

18-Sinto-me confusa: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

19-Sinto-me alegre: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

20-Sinto-me bem: 1()Absolutamente não 2()Um pouco 3()Bastante 4()Muitíssimo

Parte II – IDATE Traço

Agora, responda a cada pergunta com a afirmação que melhor indicar como a Sra. GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

1-Sinto-me bem: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

2-Canso-me facilmente: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

3-Tenho vontade de chorar: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

4-Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser: 1() Quase nunca 2() Às vezes
3() Frequente 4() Quase sempre

5-Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente: 1() Quase nunca
2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

6-Sinto-me descansada: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

7-Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3()
Frequente 4() Quase sempre

8-Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver:
1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

9-Preocupo-me demais com as coisas sem importância: 1() Quase nunca 2() Às vezes
3() Frequente 4() Quase sempre

10-Sou feliz: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

- 11-Deixo-me afetar muito pelas coisas: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente
4() Quase sempre
- 12-Não tenho muita confiança em mim mesma: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente
4 () Quase sempre
- 13-Sinto-me segura: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre
- 14-Evito ter que enfrentar crises ou problemas: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente
4() Quase sempre
- 15-Sinto-me deprimida: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4 () Quase sempre
- 16-Estou satisfeita: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre
- 17-Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando: 1 () Quase nunca
2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre
- 18-Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça: 1() Quase nunca
2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre
- 19-Sou uma pessoa estável: 1() Quase nunca 2() Às vezes 3() Frequente 4 () Quase sempre
- 20-Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento: 1() Quase nunca
2() Às vezes 3() Frequente 4() Quase sempre

**Anexo III- Word Health Organizatio Quality of life-Breef (WHOQOOL –
BREEF).**

Estamos chegando ao final, agora faremos perguntas sobre como a Sra. se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se a Sra. não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada, que poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

1-A Sra. recebe dos outros o apoio de que necessita? 1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente 6() Recusou a responder ou não se aplica

Como a Sra. avaliaria sua qualidade de vida? 1() Muito ruim 2() Ruim 3() Nem ruim, nem boa 4() Boa 5() Muito boa 6() Recusou a responder ou não se aplica

3-Quão satisfeita a Sra. está com a sua saúde? 1() Muito insatisfeita 2() Insatisfeita 3() Nem satisfeita, nem insatisfeita 4() Satisfeita 5() Muito satisfeita 6() Recusou a responder ou não se aplica

As questões seguintes são sobre o quanto a Sra. tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

4-Em que medida você acha que sua dor (física) impede a Sra. de fazer o que você precisa? 1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 6() Recusou a responder ou não se aplica

5- O quanto a Sra. precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? 1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 6() Recusou a responder ou não se aplica

6-O quanto a Sra. aproveita a vida? 1 () Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente 6() Recusou a responder ou não se aplica

7-Em que medida a Sra. acha que a sua vida tem sentido? (importância) 1()Nada 2()Muito pouco 3()Mais ou menos 4()Bastante 5()Extremamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

8-O quanto a Sra. consegue se concentrar? 1()Nada 2()Muito pouco 3()Mais ou menos 4()Bastante 5()Extremamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

9-Quão segura a Sra. se sente em sua vida diária? 1()Nada 2()Muito pouco 3()Mais ou menos 4()Bastante 5()Extremamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

10-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? 1()Nada 2()Muito pouco 3()Mais ou menos 4()Bastante 5()Extremamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente a Sra. tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

11-A Sra. tem energia suficiente para seu dia-a-dia? 1()Nada 2() Muito pouco 3()Médio 4()Muito 5() Completamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

12-A Sra. é capaz de aceitar sua aparência física? 1()Nada 2() Muito pouco 3()Médio 4()Muito 5() Completamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

13-A Sra. tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? 1()Nada 2() Muito pouco 3()Médio 4()Muito 5() Completamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

14-Quão disponíveis para a Sra. estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? 1()Nada 2() Muito pouco 3()Médio 4()Muito 5() Completamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

15-Em que medida a Sra. tem oportunidades de atividade de lazer? 1()Nada 2() Muito pouco 3()Médio 4()Muito 5() Completamente 6()Recusou a responder ou não se aplica

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeita a Sra. se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

16-Quão bem a Sra. é capaz de se locomover? 1()Muito ruim 2() Ruim 3()Nem ruim, nem bom 4() Muito bom 5() Bom 6()Recusou a responder ou não se aplica

17-Quão satisfeita a Sra. está com o seu sono? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

18-Quão satisfeita a Sra. está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

19-Quão satisfeita a Sra. está com sua capacidade para o trabalho? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

20-Quão satisfeita a Sra. está consigo mesmo? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6 ()Recusou a responder ou não se aplica

Quão satisfeita a Sra. está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6 ()Recusou a responder ou não se aplica

22-Quão satisfeita a Sra. está com sua vida sexual? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

23-Quão satisfeita a Sra. está com o apoio que você recebe de seus amigos? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

24-Quão satisfeita a Sra. está com as condições do local onde mora? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

25-Quão satisfeita a Sra. está com o seu acesso aos serviços de saúde? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

26-Quão satisfeita a Sra. está com o seu meio de transporte? 1()Muito insatisfeita 2()Insatisfeita 3()Nem satisfeita, nem insatisfeita 4()Satisfeita 5()Muito satisfeita 6()Recusou a responder ou não se aplica

As questões seguintes referem-se a com que frequência a Sra. sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

27-Com que frequência a Sra. tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? 1()Nunca 2()Algumas vezes 3()Frequentemente 4()Muito frequentemente 5()Sempre 6()Recusou a responder ou não se aplica

Anexo IV- Autorização da FUNPAPA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
FUNDAÇÃO PAPA JOÃO XXIII

AUTORIZAÇÃO

Eu, Alfredo Cardoso Costa, Presidente da Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA), em vista da solicitação constante do Processo Nº 10220/2021, autorizo, durante o período pré-estabelecido pelo cronograma de pesquisa e obedecendo as medidas de saúde a serem adotadas em função da pandemia de Covid-19, a coleta de dados para desenvolvimento da pesquisa intitulada **"ASSOCIAÇÃO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIAS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, NO MUNICÍPIO DE BELÉM"**, PARÁ, sob responsabilidade da discente **Izabella Syane Oliveira Pereira**, do curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento - PPGNC da Universidade Federal do Pará (UFPA), orientada pela docente Dr^a Naiza Nayla Bandeira de Sá, conforme objetivos e metodologia presentes no Projeto de Pesquisa apresentado a esta Instituição, estando autorizada a pesquisa de campo e coleta de dados em usuários dos CRAS, no município de Belém, ressaltando ainda a necessidade de obediência aos princípios éticos inerentes às pesquisas acadêmicas.

Belém, 29 de DEZEMBRO de 2021.

ALFREDO CARDOSO
COSTA:2241416924
9

Assinado de forma digital
por ALFREDO CARDOSO
COSTA:22414169249
Dados: 2021.12.29
13:31:29 -03'00'

ALFREDO CARDOSO COSTA
Presidente FUNPAPA

Anexo V - Parecer consubstanciado do CEP



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIAS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ.

Pesquisador: IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54969322.7.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.261.643

Apresentação do Projeto:

O projeto "Associação entre a insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social, no município de Belém, Pará" constitui um Projeto de Dissertação da pós-graduanda Izabella Syane Oliveira Pereira, submetido ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, a ser orientado pelas docentes Prof^ª. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá (orientadora) e Prof^ª. Dra. Ana Leda de Faria Brino (co-orientadora), todas vinculados ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), da UFPA.

"Trata-se de um estudo ... que será realizado nos 12 Centros de Referência de Assistência Social da Fundação Papa João XXIII, localizado em Belém-Pará. A população do estudo será de mulheres, com idade compreendida entre 18 e 59 anos, cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CAD Único) do Ministério da Cidadania e assistidas pelos 12 CRAS. Serão convidadas a participar da pesquisa as mulheres que estiverem aguardando atendimento, na sala de espera, no momento em que os entrevistadores estiverem no local para a realização do estudo, tratando-se, portanto, de uma amostra por conveniência". (p. 2 do Projeto integral). Serão aplicados um questionário (dados sociodemográficos), uma escala de insegurança alimentar, uma escala que mensura ansiedade e outra que avalia a percepção da qualidade de vida.

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961 E-mail: cepnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.281.643

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Verificar se há a associação entre insegurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social, no município de Belém-PA.

Objetivos secundários:

1. Identificar a prevalência de insegurança alimentar e seus diferentes níveis em usuárias dos CRAS;
2. Identificar o perfil sociodemográfico e econômico das usuárias dos CRAS; (3) avaliar a o consumo e escolha alimentar;
3. Avaliar o estado nutricional das usuárias dos CRAS;
4. Avaliar a percepção de qualidade de vida geral das usuárias dos CRAS e
5. Verificar a associação entre insegurança alimentar e as variáveis socioeconômicas entre as usuárias dos CRAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do estudo para os participantes estão assim indicados:

RISCOS: "O estudo apresenta riscos mínimos, podendo ser decorrentes do constrangimento ou desconforto para as mulheres em função da realização de uma entrevista contendo informações pessoais ou referentes ao seu cotidiano e modo de vida, em geral. No entanto, será garantida a plena liberdade da participante se recusar e retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma. Será assegurada a manutenção de sigilo e privacidade das participantes durante todas as fases da pesquisa." (pp. 15-16 do PROJETO_1823930.pdf)

BENEFÍCIOS:

"Os benefícios a serem citados são para a comunidade e para os participantes da pesquisa, pois além de verificar a associação entre a Insegurança Alimentar, Ansiedade e Qualidade vida em usuárias em usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), poderá possibilitar o encaminhamento dos casos classificados como possível transtorno mental e desvio nutricional às Unidades de Saúde de referência da família e buscar diversas formas para intervir na problemática." (pp. 16 do PROJETO_1823930.pdf).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende ao que é preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com seres humanos (minimização de riscos, sigilo, autonomia e voluntariedade dos participantes).

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961 E-mail: cepnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5281.643

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os Termos exigidos.

1. FOLHA DE ROSTO CONEP - Apresentado e adequado.
2. PROJETO DE PESQUISA ORIGINAL NA ÍNTEGRA - Apresentado e adequado.
3. TAI – Termo de Anuência Institucional – Apresentado e adequado.
4. CRONOGRAMA – Apresentado e adequado.
5. ORÇAMENTO: Apresentado e adequado (O projeto prevê financiamento próprio para o custo do estudo, estimado em R\$ 2.088,00 reais).
6. TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Não se aplica.
7. TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – Não se aplica.
8. TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apresentado e adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os ajustes no TCLE solicitados na avaliação anterior por este Comitê foram atendidos, quais sejam:

1. O TCLE afirma que não há riscos para o participante, mas prevê riscos no projeto.

Ajustar: Copiar, no TCLE, o trecho que consta no projeto (Riscos, p. 15)

AJUSTADO

2. O TCLE enfatiza mais os ganhos da pesquisa para a área de conhecimento do que para a participante pesquisada.

Ajustar: Copiar, no TCLE, o trecho que consta no projeto. (Benefícios, p. 16)

AJUSTADO

3. Na frase "A Sra. não receberá, enquanto participante, remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária", a expressão "nenhum tipo de recompensa ainda que possa estar se referindo a compensação financeira e como não é explícito nesse caso, contradiz os benefícios que serão mencionados no próprio TCLE.

Ajustar: Remover a expressão "e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa" ou acrescentar a palavra "financeira" após a palavra "recompensa".

AJUSTADO

4. Não é explicitado – no Termo de Consentimento – o título do Projeto.

Ajustar: Substituir, no Termo de Consentimento, a expressão "na pesquisa" por "no projeto"

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.261.643

Associação entre a insegurança alimentar, Ansiedade e qualidade de vida em usuárias dos Centros de referência de assistência social no município de Belém, Pará”.

AJUSTADO

5. No Termo de Consentimento a frase “não vou ganhar nada” também contradiz os benefícios afirmados no texto anterior.

Ajustar: Substituir a expressão “ganhar nada” pela expressão “ter qualquer ganho financeiro”.

AJUSTADO

6. O cabeçalho e o título do projeto só constam na primeira página do TCLE.

Ajustar: Inserir o cabeçalho e o título do projeto em todas as páginas do TCLE.

AJUSTADO

7. Não é mencionado, no TCLE, que a participante passará por avaliação antropométrica.

Ajustar: Inserir, no quarto parágrafo do TCLE, essa informação.

AJUSTADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução CNS nº466/2012 e Norma Operacional 001/2013.

Considerando as questões referentes ao COVID-19, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do NMT-UFPA esclarece e orienta o pesquisador responsável:

Da aprovação do protocolo de pesquisa por parte do Comitê não decorre a obrigatoriedade da realização, de maneira imediata, da parte da pesquisa que envolve seres humanos;

O cronograma da pesquisa pode ser alterado a qualquer tempo, desde que o pesquisador informe, antecipadamente, ao Comitê a alteração por meio da Plataforma Brasil, via EMENDA. Portanto, dadas as condições atuais, orienta-se para a prorrogação da etapa da pesquisa que envolve seres humanos, quando esta implicar contato físico, de maneira que seja realizada quando nem o pesquisador e nem o participante da pesquisa sejam colocados em risco.

Todos os pesquisadores devem evitar o contato físico com os participantes de pesquisa. Em caso de impossibilidade, devem realizar suas pesquisas de acordo com as recomendações de prevenção de contágio e transmissão do COVID-19, divulgadas pelos órgãos competentes.

No caso da pesquisa contar com a colaboração de instituições coparticipantes, deverá atentar para as datas em que a pesquisa foi autorizada nas mesmas.

Esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

Cabe ainda ao pesquisador:

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92	CEP: 66.055-240
Bairro: Umarizal	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961	E-mail: cepnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.281.643

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final para este CEP;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, alteração ou interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- g) comunicar antecipadamente alterações no cronograma por meio da Plataforma Brasil via Emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 1880791.pdf	31/01/2022 20:25:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6_tcle_izabella_corrigido.doc	31/01/2022 20:06:21	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1_Projeto_CEP_izabella_07_01_2022.doc	07/01/2022 20:24:38	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Declaração de concordância	2_Autorizacao_funpapa.pdf	07/01/2022 20:23:40	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_Compromisso_do_pesquisador.pdf	07/01/2022 20:20:39	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_tcle_izabella.doc	07/01/2022 20:20:12	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	07/01/2022 20:08:04	IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0951 E-mail: cepnmt@ufpa.br



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 5.281.643

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 25 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Esther Iris Christina Freifrau von Ledebur
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepnmt@ufpa.br