



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

**DAIANE COUTINHO DA COSTA**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES NO BRASIL: uma revisão**  
**integrativa**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**  
**ENFERMAGEM**

**DAIANE COUTINHO DA COSTA**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES NO BRASIL: uma revisão  
integrativa**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharela em Enfermagem.

**Orientador(a):** José Flávio de Lima Castro

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**2023**

DAIANE COUTINHO DA COSTA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES NO BRASIL: uma revisão  
integrativa**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal de Pernambuco, Centro  
Acadêmico de Vitória, como requisito para a  
obtenção do título de bacharela em  
Enfermagem.

Aprovado em: 04 / 05 / 2023 .

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Zailde Carvalho dos Santos (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Tatiana Ferreira da Costa (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

## **RESUMO:**

**Introdução:** o período gestacional é marcado por uma série de alterações físicas, metabólicas e emocionais, envolvendo aumento das necessidades calóricas. A nutrição nesse período é essencial para o desenvolvimento e crescimento do feto e para evitar complicações maternas.

**Objetivo:** analisar e sintetizar pesquisas científicas nacionais que contemplem a insegurança alimentar (IA) de gestantes no Brasil durante os últimos dez anos. **Método:** revisão integrativa. Utilizaram-se as bases de dados LILACS, EMBASE, CINAHL e PUBMED. Foram incluídos estudos de 2013 a 2023 por meio dos descritores: insegurança alimentar; gravidez; nutrição materna; cuidado pré-natal. Foram encontrados 1801 artigos e após a análise foram selecionadas dez publicações. **Resultados:** identificou-se como preponderante que a média da IA foi de 46,48% e o perfil mais acometido foi de gestantes sem companheiro, com baixo nível de escolaridade, multíparas e sem saneamento básico. **Conclusão:** identificou-se a necessidade de interligações intersetorial para discutir políticas públicas adequadas para gestantes em vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** insegurança alimentar; gravidez; nutrição materna; cuidado pré-natal.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** the gestational period is marked by a series of physical, metabolic and emotional changes, involving increased caloric needs. Nutrition during this period is essential for the development and growth of the fetus and to avoid maternal complications. **Objective:** to analyze and synthesize national scientific research that addresses food insecurity (FI) among pregnant women in Brazil over the last ten years. **Method:** integrative review. The LILACS, EMBASE, CINAHL and PUBMED databases were used. Studies from 2013 to 2023 were included using the descriptors: food insecurity; pregnancy; maternal nutrition; prenatal care. 1801 articles were found and after analysis, ten publications were defined. **Results:** it is preponderant that the average FI was 46,48% and the most affected profile was pregnant women without a partner, with a low level of education, multiparous and without basic sanitation. **Conclusion:** identified the need for intersectoral connections to discuss appropriate public policies for vulnerable pregnant women.

**Key words:** food insecurity; pregnancy; maternal nutrition; prenatal care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>6</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>17</b>
<b>CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA.....</b>	<b>17</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....</b>	<b>23</b>

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com o aumento da fome mundial, o debate sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) intensificou-se, para que os governantes adotassem políticas públicas com a finalidade de solucionar essa problemática, pois a fome em longa escala de tempo é revertida em desnutrição. Assim sendo, define-se Insegurança Alimentar (IA) como o acesso à alimentos inseguros, de baixo valor nutricional e em quantidade insuficiente para manter à vitalidade do corpo humano (1).

A busca pela SAN é o ato de garantir o direito da população ter acesso a alimentação segura, em qualidade e quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades básicas, além de fornecer práticas alimentares saudáveis, deve preservar a diversidade cultural (2). No Brasil, a segurança alimentar é um direito humano fundamental assegurado pela Constituição Federal. Como tal, os governos federais, estaduais e municipais devem assumir as responsabilidades de prover o direito à alimentação adequada (3).

No entanto, com a política de austeridade, implementada através da promulgação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016 (EC 95/2016), que limita gastos com saúde e outras políticas sociais por 20 anos, independente do aumento das necessidades da população, os mais vulneráveis e com a saúde fragilizada ficaram com piores condições de sobrevivência. Ademais, a (EC 95/2016) distancia o Brasil à alcançar as metas da agenda planetária, devido limitações financeiras para erradicar pobreza, fome e promoção de saúde e bem estar (4).

Em 2022, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) realizou o segundo Inquérito Nacional para avaliar a IA no Brasil, obtendo como resultado que de 211,7 milhões de brasileiros (as), 125,2 milhões - equivalendo a 58,7% dos domicílios brasileiros, encontravam-se em IA e 15,5% (33,1 milhões de pessoas) em IA grave (5). O perfil dos domicílios em maior vulnerabilidade socioeconômica é de mulheres chefe de família, com baixa escolaridade, da cor negra, sem saneamento básico e sem políticas públicas efetivas para garantia da segurança alimentar (6).

O mesmo autor complementa relatando a necessidade de um olhar mais cauteloso para esse grupo, visto que, historicamente, as mulheres sofrem com a desigualdade de gênero, tendo como responsabilidade o provimento da alimentação, o cuidado com a família e o trabalho doméstico (6). Além disso, no grupo mais vulnerável aumentou o consumo de alimentos processados, de baixo valor nutritivo e sem segurança, como consequência de ter que escolher o alimento de menor preço. Contudo, mulheres com limitações nutricionais podem enfrentar consequências prejudiciais, principalmente durante a idade fértil e gestacional (7).

O período gestacional é marcado por uma série de alterações metabólicas, físicas e emocionais, as quais envolvem aumento das necessidades calóricas, além de que o fator nutricional consumido na gestação é essencial para o desenvolvimento e crescimento do feto (8,9). A IA na gravidez pode ser causa de diversas complicações maternas, como depressão, ansiedade, diabetes gestacional, anemia e hipertensão, assim como pode expor o feto a fatores de risco, como aumento de defeitos congênitos e baixo peso ao nascer (10).

Contudo, a realização do pré-natal no primeiro trimestre é imprescindível para redução das complicações e para manter uma gravidez segura (11). Logo, ampliar o olhar da assistência pré-natal pelo enfermeiro para identificar o perfil nutricional e assim, ser possível prover estratégias/intervenções que previna/trate complicações encontradas (9).

Nessa conjuntura, o estudo justifica-se pela identificação da insegurança alimentar em gestantes brasileiras e suas repercussões evidenciadas nos últimos dez anos, também levando em consideração a Pesquisa de Orçamento Familiar da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada de junho de 2017 a julho de 2018, que alegou o retorno do Brasil ao Mapa da Fome. Diante o exposto, o estudo objetiva-se analisar e sintetizar pesquisas científicas nacionais que contemplem a insegurança alimentar de gestantes no Brasil durante os últimos dez anos.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa (RI). As etapas metodológicas foram: identificação do problema e desenvolvimento da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos e definição da amostragem; definição das informações a serem obtidas dos artigos primários selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento (12).

Nessa RI utilizou-se as extensões do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), visando à melhoria da qualidade de avaliação dos manuscritos (13). A RI foi realizada na cidade de Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, Brasil. A realização do estudo ocorreu no período de fevereiro a março de 2023.

Para elaboração da pergunta norteadora, foi utilizada a estratégia PICO, sendo P (população) = gestantes brasileiras; I (fenômeno de interesse) = insegurança alimentar; Co (contexto do estudo) = últimos dez anos (14). A condução da revisão integrativa se deu a partir da seguinte pergunta norteadora: qual o perfil da insegurança alimentar em gestantes brasileiras nos últimos dez anos?

Quatro bases de dados foram selecionadas para a busca dos estudos primários, são elas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Center for Biotechnology Information* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e EMBASE. Para realizar as buscas nas bases de dados, definiram-se os descritores controlados por meio de busca nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Buscando abranger o propósito desta revisão, os descritores definidos em português, inglês e espanhol foram: insegurança alimentar (food insecurity/inseguridad alimentaria); gravidez (*pregnancy/embarazo*); nutrição materna (*maternal nutrition/nutrición* materna); cuidado pré-natal (*prenatal care/atención prenatal*).

Além disso, utilizou-se o operador booleano *and* para realizar os seguintes cruzamentos: insegurança alimentar *and* gravidez; insegurança alimentar *and* nutrição materna; insegurança alimentar *and* cuidado pré-natal.

Os critérios de elegibilidade para o desenvolvimento da RI foram: artigos que contemplassem a insegurança alimentar em gestantes brasileiras; artigos completos disponíveis, nos idiomas português, inglês e espanhol; artigos publicados de 2013 a 2023. Excluíram-se as revisões narrativas, editorial, carta resposta, relato de experiência ou opinião de especialistas. A captação dos artigos foi realizada através do software Rayyan (15), por dois revisores de forma independente e mascarada, um terceiro revisor auxiliou nas discussões em caso de divergências.

Inicialmente, foi realizada a exclusão de artigos duplicados, sendo considerados apenas uma única vez, e após, realizada a leitura crítica dos títulos e resumos de todos os artigos, com implementação dos critérios de inclusão e exclusão. Em seguida, realizou-se a leitura do texto completo dos artigos pré-selecionados. Para a coleta das informações dos artigos incluídos

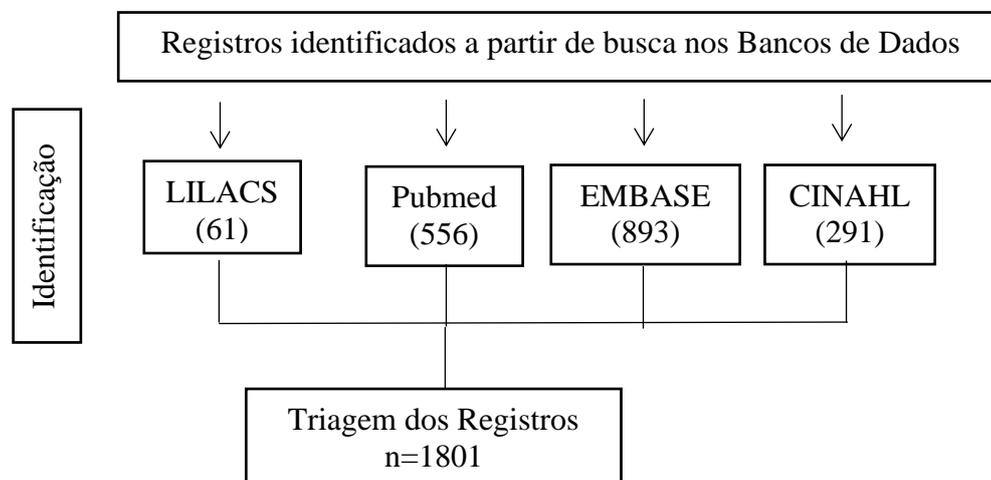
realizou-se uma análise descritiva, através do instrumento validado por URSI(16), a partir dos seguintes itens: autores e ano de publicação; título da pesquisa; região do estudo; bases de dados; grau de evidência científica e principais resultados.

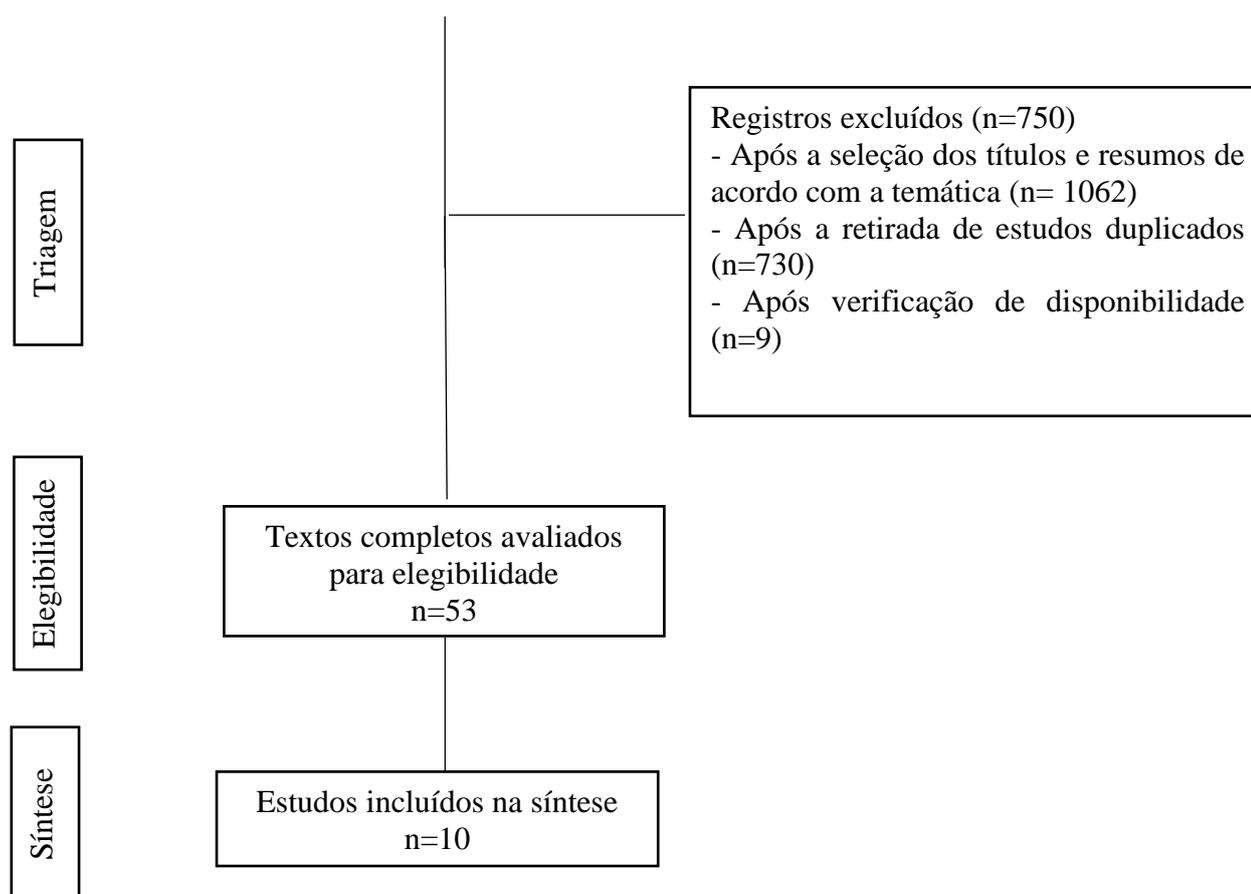
Foi realizada a categorização e as informações coletadas foram organizadas em quadros para análise e foram encontrados 1801 artigos, e posteriormente, realizou-se a leitura crítica dos artigos pré-selecionados e se chegou à amostra final de dez artigos para a construção da síntese (Figura 1).

O nível de evidência foi avaliado pelo *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, considerando: 1A – revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; 1B – ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito; 1C – observação de resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”; 2A – revisão sistemática de estudos de coorte; 2B – estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade); 2C – observação de resultados terapêuticos ou estudos ecológicos; 3A – revisão sistemática de estudos caso-controle; 3B – estudo caso-controle; 4 – relatos de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade); 5 – opiniões de especialistas. A análise e síntese dos dados foram realizadas de maneira descritiva (17).

Os dados dos artigos foram apresentados em 2 quadros, os quais foram divididos da seguinte forma: quadro 1 com as informações do ano de publicação, autores, título da pesquisa e região do estudo; e o quadro 2 contém a base de dados/periódico da publicação, nível de evidência científica e principais resultados.

## RESULTADOS





**Figura 1:** Processo de seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com o PRISMA. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023.

Realizou-se a análise de dez artigos que contemplaram os critérios de elegibilidade. O Quadro 1 evidencia a síntese dos estudos primários de acordo com o ano de publicação, os autores, título, objetivo dos estudos e região do estudo.

**Quadro 1.** Síntese descritiva dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo o ano, autores, título, objetivo e região do estudo. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023.

	Ano de publicação	Autores	Título da pesquisa	Região do estudo
A	2015	OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes De et al.	Fatores associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil	Nordeste

<b>B</b>	2016	ARAÚJO, Amanda de Azevedo; Santos, Ana Célia Oliveiras.	(In)segurança alimentar e nutricional e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife-Pernambuco	Nordeste
<b>C</b>	2017	OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes De et al.	Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro	Nordeste
<b>D</b>	2017	DEMÉTRIO, Fran; TELES-SANTOS, Carlos Antônio de Souza; SANTOS, Djanilson Barbosa dos	Food Insecurity, Prenatal Care and Other Anemia Determinants in Pregnant Women from the NISAMI Cohort, Brazil: Hierarchical Model Concept	Nordeste
<b>E</b>	2018	FERNANDES, Renata Cordeiro et al.	Desigualdades socioeconômica, demográficas e obstétricas na insegurança alimentar de gestantes	Sul
<b>F</b>	2020	RAMALHO, Alanderson A. et al.	Food Insecurity during Pregnancy in a Maternal–Infant Cohort in Brazilian Western Amazon	Norte
<b>G</b>	2021	RODRIGUES, Aléxia Vieira de Abreu et al.	Inadequacy of gestational weight gain during high-risk pregnancies is not associated with household food insecurity	Sudeste
<b>H</b>	2022	COSTA, Renata Oliveira Messina et al.	Fatores associados à insegurança alimentar em gestantes atendidas na rede pública de saúde de Lavras – Minas Gerais	Sudeste

<b>I</b>	2022	HARMEL, Betina; HOFELMANN, Doroteia Aparecida.	Mental distress and food insecurity in pregnancy	Sudeste
<b>J</b>	2023	FERNANDES, Renata Cordeiro; HOFELMANN, Doroteia Aparecida.	Patterns of energy balance-related behaviors and food insecurity in pregnant women	Sul

O quadro 2 evidenciou a predominância de baixa evidência científica. Acerca dos principais resultados, identificou-se como preponderante nos artigos que a IA é mais prevalente em gestantes sem companheiro, com baixo nível de escolaridade, sem o programa de transferência de renda, múltiparas e sem saneamento básico.

**Quadro 2.** Síntese descritiva dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo bases de dados / periódico de publicação, grau de evidência científica, tipo de estudo e principais resultados. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023.

	<b>Bases de dados / Periódico de publicação</b>	<b>Grau de evidência científica</b>	<b>Principais resultados</b>
<b>A</b>	LILACS / Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2C	- 20% apresentaram insegurança alimentar e anemia, RP (1,4 – 1,0 – 2,0); O estudo identificou que o maior risco de anemia estava relacionado à insegurança alimentar (18).
<b>B</b>	LILACS / Rev. APS	2C	- 71,6% apresentaram insegurança alimentar; 84% apresentaram nível socioeconômico com menor capacidade de consumo; 89,77% possuem saneamento; 67,04% apresentam renda; 60,23% possuíam casa própria (19).
<b>C</b>	CINAHL / Ciênc. Saúde Coletiva	2C	- 42,7% apresentaram insegurança alimentar; faixa etária mais prevalente 20 – 34 anos 66,9%; com menos de 5 membros na residência 87,6%; não estavam na linha de pobreza 91,7%; não

			usavam o bolsa família 55,1%; não possuíam união estável 79,3%; sem renda 72,2%, brancas 84%; ganho de peso excessivo 66,2% (20).
<b>D</b>	LILACS / Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2C	- Baixa insegurança alimentar 28,16%; faixa etária de 18 a 30 anos 69,39%; renda familiar de 2 a 4 salários 52,65%; não recebiam o bolsa família 77,96%; possuíam 7 ano de estudo 61,63%, com parceiro 80%, pretas 87,76%, possuíam menos de 4 membros na casa 60,49%; não planejaram a gravidez 59,18%; cuidados pré-natais 76,33%, com início tardio 77,14% e tinham mais de 10 consultas; múltiparas 55,51%; baixo peso 56,33% (21).
<b>E</b>	LILACS / Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2C	45,1% apresentaram IA; a idade variou de 20 - 29 59,8%; possuíam companheiro 83,5%; sem trabalho 56,3%; não possuíam bolsa família 86,1%; a cor raça variou entre brancas e negras; quanto a escolaridade variou de 8 a 11 anos ou mais 76,6%; renda per capita variou de 18,70 a 5000 reais; variou entre eutrófico 41,6% e sobrepeso 30,7% (22).
<b>F</b>	EMBASE / Nutrients	2C	34,8% apresentaram IA; a idade variou de 25 a 34 anos 39,2%; se autodeclaram negras 89,4%; com ensino médio 51,4%; com parceiro 84%; presença de saneamento básico 77,6%; parceiro como chefe de família 86,8%; 3 a 5 pessoas moram na casa 46%; variou de 1 a 2,9 salários 56,7%; não possuíam programa do governo 80,9%; classe socioeconômica baixa 79,5%; não trabalhavam 64,2%; frequência de frutas e verduras menos de 5 vezes por semana 77,9% (23).

<b>G</b>	Pubmed / BMC Gravidez e Parto	2B	- 56,5% apresentaram IA; a idade média foi de 30,2%; se autodeclararam parda/negra 67,5%; apresentaram ganho excessivo de peso 54,4%; eram casadas 71,6%; com 9 – 15 anos de estudo 74,5%; renda familiar até 2 salários mínimos (24).
<b>H</b>	LILACS / Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2C	- 48% apresentaram IA; média de idade 25 anos; 68,8% autodeclararam parda/preta; escolaridade de 9 – 14 anos de estudos; solteiras 57,2% e até 3 pessoas moravam na casa; chefe da família era o homem 56,6%; renda familiar de até 2 salários 49,4%; não participam de programa do governo 70,5%; IMC gestacional com peso adequado 34,1% (25).
<b>I</b>	EMBASE / Ciênc. Saúde Coletiva	2C	- 44,6% apresentaram IA; Média de idade 26,2; com companheiro 81,3%; trabalho remunerado 41,1%; primigesta 40,9%; planejaram a gestação 34,7%; A IA esteve associada ao sofrimento mental, aumentando de acordo com o grau de IA (26).
<b>J</b>	Pubmed / Ciênc. Saúde Coletiva	2C	- 52,5% apresentaram IA; idade variou entre 20 – 29 62,4%; escolaridade mais que 11 anos 45,4%; com companheiro 81,3%; autodeclararam brancas 55%; renda variou de 0,00 a 3000,00; sem trabalho remunerado 58,6%; praticavam exercício leve 45,6%; primigesta 40,9%; presença de distúrbio mental 50,1% (27).

## DISCUSSÃO

Os níveis de insegurança alimentar com as gestantes brasileiras foram altos. A média final de IA foi de 46,48% de acordo com os 10 estudos inseridos, apresentando prevalências mínimas e máximas, respectivamente, 20% e 71,6%. A IA é uma das principais causas do desenvolvimento da desnutrição, que por consequência pode resultar em condições adversas, de grande impacto para a saúde da mulher, principalmente no período gestacional e também para a saúde da criança, a curto e longo prazo de vida (28). Apesar de se ter grande conhecimento da importância nutricional no período gestacional, a desnutrição ainda é um problema mundial de saúde pública (29).

Outra patologia correlacionada a IA foi à anemia, na qual, gestantes em IA apresentam maior risco para desenvolver anemia. Um estudo realizado na rede pública de saúde do município de Maceió por Oliveira e colaboradores, também encontrou achados que corroboram com os resultados desse artigo, pois, as gestantes apresentavam prevalência de anemia em 28,3% das gestantes, sendo relacionada ao fator idade  $\leq 19$  anos e  $\geq 35$  anos, à IA e ao maior número de membros elevados no domicílio (18).

Outro estudo desenvolvido na unidade de saúde da família do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia por Demétrio e colaboradores, identificou que a prevalência de anemia foi de 21,8%, em gestantes em IA e que residiam com quatro ou mais membros no domicílio (21). Diante disso, o desenvolvimento de anemia proveniente do déficit nutricional pode acometer a mulher no período gestacional, sendo um fator de risco, pois pode ser associada a complicações maternas como hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia e a mortalidade gestacional, e também complicações para o feto como, pequeno pra idade gestacional, parto prematuro, baixo peso ao nascer, natimorto, mortalidade perinatal e neonatal (29).

Diante de tantas possíveis complicações, no Brasil, a orientação é a prescrição do sulfato ferroso nas consultas do pré-natal e nesse estudo descritivo, 70% das gestantes com anemia relataram fazer o uso de antianêmico. No entanto, não foi esclarecido se o uso estava sendo realizado de acordo com a prescrição dos profissionais de saúde (18).

Além da deficiência de ferro, as mulheres de alto risco gestacional ainda podem estar apresentando deficiência de outros micronutrientes. É necessário que a gestante faça a suplementação e/ou tratamento de ferro, e se necessário realizar a reposição de micronutrientes como, vitamina A, vitaminas do complexo B, ácido fólico, ainda é importante avaliar outras complicações como, presença de infecção e hemoglobinopatias (29).

Os micronutrientes são essenciais e precisam ser discutidos no planejamento familiar para o desenvolvimento saudável do feto, tendo importância antes mesmo do início da gestação e do pré-natal, pois envolve desde a formação da placenta ao desenvolvimento neurológico e o déficit pode causar defeitos congênitos (30).

A realização do pré-natal é fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento fetal e das condições maternas (31). O Brasil possui uma cobertura de pré-natal muito elevada de 98,7% (32). O problema está na qualidade da consulta de pré-natal, no que diz respeito ao início precoce do pré-natal, ao número mínimo de consultas realizadas e a procedimentos essenciais preconizados pelo Ministério da Saúde, porque no Brasil, existe uma grande desigualdade regional, principalmente, em locais socioeconomicamente desfavoráveis (33).

Buscando melhorar os parâmetros de adequação qualitativas do pré-natal, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual busca uma melhor atuação da educação em saúde com as orientações sobre a imunização, amamentação, a alimentação e a todas as necessidades das gestantes (34,35). No entanto, Demétrio e colaboradores identificaram que mais da metade das participantes da pesquisa expressaram não ter recebido informações nutricionais durante o pré-natal (21). Tal achado demonstra que o enfermeiro ou o médico que está à frente da consulta de pré-natal precisa ampliar o olhar quanto aos fatores sociais, econômicos, culturais e demográficos da insegurança alimentar.

Os fatores sociodemográficos e socioeconômicos foram analisados em todos os estudos, tendo grande relevância para os casos de IA. Foi possível observar semelhança na prevalência de IA em gestantes de Maceió (42,7%), Colombo – PR (45,1%), Lavras – MG (48%) e Colombo – PR (47,5%) (20,25–27). Já um estudo realizado em Recife, evidenciou uma alta prevalência de IA em 71,6% das gestantes (19). Essa prevalência indica que quanto maior o grau de IA, maior é o indicativo de fome no domicílio, declarando a falta de renda para ter acesso à alimentação (25).

Gestantes com renda mensal menor que um salário mínimo e meio apresentaram IA (18,19,22,23,25). Contudo, o programa bolsa família (PBF), objetiva amparar as famílias mais vulneráveis socioeconomicamente (25). No entanto, nesse estudo os artigos mostraram que as gestantes não tinham acesso ao programa do governo. Tal fato pode se explicar, pois existem dificuldades para inclusão no PBF e o estudo transversal, relatou que gestantes que compuseram

a amostra e tinham perfil para o PBF, não estavam inclusas, possivelmente pela ausência de informações e a lentidão para realizar o cadastramento (19).

Entretanto, gestantes inclusas no PBF tem maior prevalência de IA, devido a maior vulnerabilidade socioeconômica que essas gestantes estão inseridas. Entretanto, também tem correlações demográficas, porque gestantes negras, com nível de escolaridade inferior a sete anos, sem companheiro, chefe da família, que tenha mais que quatro membros no domicílio, com moradores com menos de 18 anos e em condições com falta de saneamento básico estão mais sujeitas a apresentar algum grau de IA (18,20–26).

Diante desse perfil de suscetibilidade, pode-se inferir que tem relação com o patriarcado, pois as mulheres são o grupo de maior vulnerabilidade social, excepcionalmente quando elas são chefes da família, tendo que contribuir financeiramente e com os cuidados domésticos (23). A IA tem sido associada a domicílios com gestantes com baixo nível de escolaridade. A escolaridade é um fator importante para melhores condições socioeconômicas, pois em níveis baixos diminuem a perspectiva de entrada no mercado de trabalho formal, condicionando à IA domiciliar, devido falta de renda adequada (23).

Todo esse ciclo de luta por uma alimentação adequada durante a gestação e para os membros da família pode gerar sofrimentos e doenças. Um estudo realizado em Colombo-PR, obteve como resultado que mulheres em IA moderada/grave mostrou maior predisposição ao sofrimento mental, visto que, essa exposição pode gerar estresse, angústia, insegurança e menor socialização, podendo condicionar quadros de ansiedade e depressão, fatores que influenciam diretamente na piora da IA, pois requer tratamento, aumentando o gasto financeiro e dificultando as chances de trabalhar. A prevalência de sofrimento mental foi menor em mulheres com escolaridade acima de onze anos e que realizaram o planejamento da gravidez (26).

Outra variável importante foi ganho excessivo de peso, podendo relacionar-se a maior risco de desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional (29). Já o estudo transversal, realizado em Maceió, observou um aumento de obesidade em gestante em IA (20). Assim, o ganho de peso gestacional excessivo pode estar associado ao consumo de alimentos com baixo valor nutritivo e muito valor calórico, como consequência da necessidade de buscar alternativas de alimentação mais barata pelas gestantes em IA (29).

A necessidade de consumir alimentos de baixo valor nutritivo interfere negativamente nas condições de saúde da mulher, pois como consequência da obesidade, a IA está associada

à hiperglicemia e aumento da pressão arterial, fatores que podem resultar em desfechos maternos e fetal negativos (20). No entanto, o estudo transversal traz dados que mostram a relação entre o aumento do nível de escolaridade e o melhor consumo alimentar, com maior frequência de ingestão de frutas e hortaliças por semana. Também foi avaliado o gasto energético e as gestantes com IA leve teve maior gasto que as gestantes em IA moderada/grave, visto que mulheres com IA leve podem ter nível de escolaridade mais elevado, possibilitando gasto energético com trabalho remunerado e deslocamento (27).

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Destaca-se como limitação do estudo o baixo nível de evidência científica nos estudos primários sobre a IA na gestação no Brasil. Ressalta-se a urgência necessária em realizar pesquisas de ensaios clínicos randomizados sobre IA em gestantes brasileiras, para reforçar a importância de atentar-se para as complicações adversas e definir as causas, a partir de estudos longitudinais.

### **CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA**

O compilado de dados que essa RI sinaliza, será relevante para tomada de decisão clínica dos profissionais pré-natalistas compreenderem quais as variáveis e intervenções precisam ser trabalhadas na consulta para minimizar o risco da IA, pois, a ausência de rastreio pode estar encobrendo essa problemática que na atualidade encontra-se prevalentes e que pode levar a desfechos maternos e neonatais desfavoráveis.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo reúne as prevalências da IA na gestação no Brasil e identifica o perfil das gestantes com insegurança alimentar conforme análise dos estudos são mulheres em vulnerabilidade socioeconômica e sociodemográfica, de cor/raça negra, com baixa escolaridade e renda, chefes da família que não usam o programa de transferência de renda do governo, com uma média de 3 pessoas morando na mesma casa. Diante disso, ressalta-se a importância da

interligação intersetorial, ampliando a criação/implementação de políticas públicas adequadas, além disso, implementar intervenções de educação e orientação nutricional.

## REFERÊNCIAS

1. Trivellato PT, Morais DC, Lopes SO, Miguel ES, Franceschini SCC, Priore SE. Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 Mar;24(3):865–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000300865&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300865&tlng=pt)
2. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006. p. Diário Oficial da União.
3. Fagundes A, Ribeiro RCL, Brito ERB, Recine E, Rocha C. Public infrastructure for food and nutrition security in brazil: fulfilling the constitutional commitment to the human right to adequate food. *Food Secur* [Internet]. 2022 Aug 3;14(4):897–905. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s12571-022-01272-1>
4. Amaral MR dos S do. Efeitos da crise e políticas de austeridade na insegurança alimentar e na mortalidade na infância no Brasil. 2022;
5. PENSSAN. II VIGISAN. Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil. Suplemento I: Insegurança Alimentar nos estados [Internet]. 2022. 66 p. Available from: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
6. Schall B, Gonçalves FR, Valente PA, Rocha M, Chaves BS, Porto P, et al. Gênero e Insegurança alimentar na pandemia de COVID-19 no Brasil: a fome na voz das mulheres. *Cien Saude Colet*. 2022 Nov;27(11):4145–54.
7. Di Renzo GC, Tosto V. Food insecurity, food deserts, reproduction and pregnancy: we should alert from now. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2022 Dec 12;35(25):9119–21. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2021.2016052>
8. Parrettini S, Caroli A, Torlone E. Nutrition and Metabolic Adaptations in Physiological and Complicated Pregnancy: Focus on Obesity and Gestational Diabetes. *Front*

- Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2020 Nov 30;11. Available from:  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2020.611929/full>
9. Frongillo EA, Nguyen PH, Sanghvi T, Mahmud Z, Aktar B, Alayon S, et al. Nutrition Interventions Integrated into an Existing Maternal, Neonatal, and Child Health Program Reduce Food Insecurity Among Recently Delivered and Pregnant Women in Bangladesh. *J Nutr* [Internet]. 2019 Jan;149(1):159–66. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022316622164436>
  10. McKay FH, Spiteri S, Zinga J, Sulemani K, Jacobs SE, Ranjan N, et al. Systematic Review of Interventions Addressing Food Insecurity in Pregnant Women and New Mothers. *Curr Nutr Rep* [Internet]. 2022 May 2;11(3):486–99. Available from:  
<https://link.springer.com/10.1007/s13668-022-00418-z>
  11. Saavedra JS, Cesar JA, Linhares AO. Prenatal care in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019 May 16;53:40. Available from:  
<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/158059>
  12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2008;17(4). Available from: <http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/>
  13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surg* [Internet]. 2021 Apr;88:105906. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743919121000406>
  14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Prática Baseada em Evidências em Enfermagem e Cuidados de Saúde: Um Guia para as Melhores Práticas*. 2022.
  15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 Dec 5;5(1):210. Available from:  
<http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
  16. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: An integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2006 Feb;14(1):124–31. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=pt&tlng=pt)
  17. Medicine CFEB. *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence*.

- Oxford Univ Oxford [Internet]. 2009; Available from:  
<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>
18. Oliveira ACM, Barros AMR, Ferreira RC. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2015 Nov;37(11):505–11. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032015001100505&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001100505&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  19. Araújo AA, Santos ACO. (In)segurança alimentar e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife - Pernambuco. *Rev APS*. 2016;19(3):466–75.
  20. Oliveira ACM, Tavares MCM, Bezerra AR. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Feb;22(2):519–26. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200519&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200519&lng=pt&tlng=pt)
  21. Demétrio F, Teles-Santos CAS, Santos DB. Food Insecurity, Prenatal Care and Other Anemia Determinants in Pregnant Women from the NISAMI Cohort, Brazil: Hierarchical Model Concept. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* [Internet]. 2017 Aug 30;39(08):384–96. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1604093>
  22. Fernandes RC, Manera F, Boing L, Höfelmann DA. Socioeconomic, demographic, and obstetric inequalities in food insecurity in pregnant women. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2018 Dec;18(4):815–24. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000400815&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000400815&tlng=en)
  23. Ramalho AA, Holanda CM, Martins FA, Rodrigues BTC, Aguiar DM, Andrade AM, et al. Food Insecurity during Pregnancy in a Maternal–Infant Cohort in Brazilian Western Amazon. *Nutrients* [Internet]. 2020 May 28;12(6):1578. Available from:  
<https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1578>
  24. Rodrigues AVA, Augusto ALP, Salles-Costa R. Inadequacy of gestational weight gain during high-risk pregnancies is not associated with household food insecurity. *BMC*

- Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021 Dec 29;21(1):460. Available from:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03950-y>
25. Costa ROM, Poblacion A, Giudice CL, Moura LCM, Lima AAR, Lima DB, et al. Factors associated with food insecurity among pregnant women assisted by Universal Health Care in Lavras - Minas Gerais State. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2022 Mar;22(1):127–35. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292022000100127&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292022000100127&tlng=en)
  26. Harmel B, Höfelmann DA. Mental distress and food insecurity in pregnancy. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 May;27(5):2045–55. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232022000502045&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000502045&tlng=en)
  27. Fernandes RC, Höfelmann DA. Patterns of energy balance-related behaviors and food insecurity in pregnant women. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 Mar;28(3):909–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000300909&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000300909&tlng=en)
  28. Moafi F, Kazemi F, Samiei Siboni F, Alimoradi Z. The relationship between food security and quality of life among pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 Dec 6;18(1):319. Available from:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1947-2>
  29. Young MF, Ramakrishnan U. Maternal Undernutrition before and during Pregnancy and Offspring Health and Development. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2020;76(Suppl. 3):41–53. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/510595>
  30. Bourassa MW, Osendarp SJM, Adu-Afarwuah S, Ahmed S, Ajello C, Bergeron G, et al. Review of the evidence regarding the use of antenatal multiple micronutrient supplementation in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2019 May 27;1444(1):6–21. Available from:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.14121>
  31. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad*

- Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Jun;24(2):252–61. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=pt&tlng=pt)
32. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Aug;30(suppl 1):S85–100. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt)
33. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2013. 190 p.
34. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do parto. *Humaniz do Parto*. 2002;27.
35. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021;25(1). Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000100211&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&tlng=pt)

## **ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA**

### **Revista Enfermagem em Foco**

#### **Artigos de Revisão**

São manuscritos elaborados a partir de estudos de revisão narrativa, integrativa, sistemática, de escopo (scope review), com ou sem metanálise. Deverão conter no máximo 3.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Não há limite de referências e, no máximo, oito autores. Os Resultados deverão contém os quadros com o fluxograma das etapas da revisão e quadro sintético dos achados (nome do periódico, ano de publicação, autores, título do artigo, local de publicação, nível de evidência, principais resultados e todos devem estar referendados). Devem conter: Introdução com objetivo ao final; Métodos; Resultados (separados da discussão); Discussão; Limitações do estudo e Contribuições para a prática em subitem separado; Considerações Finais; Referências (não há limite de referências).

#### **FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos devem ser apresentados em arquivo do Microsoft Office Word®, formato A4, margens de 2,5 cm, letra Times News Roman fonte 12 e espaçamento entre linhas 1,5 em todo o texto, incluindo tabelas e quadros. Não devem ser enviados arquivos em formato pdf.

Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol e inglês. O inglês e o espanhol deverão vir com certificação de tradutor.

Pelo menos um autor deve ser enfermeiro, devidamente identificado nos metadados.