

INSEGURANÇA ALIMENTAR E SINTOMAS DE ANSIEDADE

**GABRIELA KURZ DA CUNHA¹; ANA PAULA KOLOW²; LUISA PINHEIRO²,
DAIANE D'AMBROS²; CLARISSA RIBEIRO MARTINS²; RICARDO TAVARES
PINHEIRO³**

¹Universidade Católica de Pelotas – gabriellakcunha@hotmail.com

²Universidade Católica de Pelotas

³Universidade Católica de Pelotas- ricardop@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

A gestação tem sido cada vez mais alvo de investigações por envolver mudanças nos aspectos hormonais, físicos, psicológicos, familiares e sociais, e ainda relacionada a reajustamentos e reestruturações na vida das mulheres.

Uma das mudanças pode envolver situações sobre a alimentação, e caracterizar-se através da situação de segurança ou insegurança alimentar. A segurança alimentar e nutricional é o acesso direito, regular e permanente a alimentos, envolvendo qualidade e quantidade suficiente para uma boa alimentação, sem que isso comprometa outras necessidades essenciais. Apesar de ser uma condição mínima para a população, sabe-se que são diversas as situações de insegurança alimentar (IA) e nutricionais vivenciadas por famílias de baixa renda no Brasil, e estas apresentam inferência direta nas condições de saúde dos indivíduos. Ainda, no Brasil (2006), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) verificou uma prevalência de 32,0% de IA em domicílios com mulheres de 15 a 49 anos de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Essa condição apresenta sérias implicações para na saúde das crianças, uma vez que uma nutrição adequada durante a gravidez é essencial para a formação de tecidos, órgãos e funções fetais (SKINNER, 2010). Para a mãe, a insegurança alimentar está associada maior ganho de peso gestacional, aumento diabetes mellitus gestacional, além de maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos, entre eles a ansiedade e depressão nas mães (LARAIA, 2010; BELACHEW, 2011).

Todas as pessoas, em algum momento da vida, experimentam a ansiedade. No entanto, quando ela é excedente, em vez de contribuir para a adaptação, acaba por desencadear a falência da capacidade adaptativa do indivíduo (BENUTE, 2009). Um estudo demonstrou que quadros de ansiedade são muito frequentes durante o ciclo gravídico-puerperal; estima-se que 20,0% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez (ARAÚJO et al., 2007). Vale salientar que quando a ansiedade materna é excessiva, pode influenciar o curso normal da gestação, predispondo a complicações obstétricas, como a pré-eclâmpsia e o desfecho do parto, em especial, promovendo a ocorrência de parto prematuro, além de ser um forte preditivo também para a depressão pós-parto (MEIJSEN e WOLF, 2011; COELHO, 2011).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre insegurança alimentar e sintomas ansiosos em mulheres com até 24^o semanas gestacionais, residentes na cidade de Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, aninhado a uma coorte. O estudo

acompanha mulheres com até 24^o semanas gestacionais, através da aplicação de um questionário pré-codificado, semi estruturado, além do peso e altura, ainda contém questões sobre a saúde mental, física e dados sócio demográficos. As entrevistas estão sendo realizadas nas residências das gestantes, por entrevistadores treinados. A amostra é captada através do sistema de “bateção”, em 244 setores censitários que foram sorteados na cidade de Pelotas, dos 488 do total da zona urbana.

Para mensurar a insegurança alimentar está sendo utilizado a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004), com questões que identificam desde a angústia com a incerteza de dispor regularmente comida (insegurança leve), até a vivência de não ter o que comer por todo um dia (insegurança grave). Para avaliação da ansiedade é utilizada a Escala de Ansiedade de Beck (BAI), escala que lista 21 sintomas dos últimos 7 dias.

Os dados estão sendo duplamente digitados no EPIDATA, e a análise estatística realizada no SPSS 22.0, onde a descrição da amostra foi realizada através de frequência simples e relativa, média e desvio padrão, e a bivariada foi realizada pelo teste do Qui-Quadrado

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o momento foram avaliados dados de 560 gestantes, sendo esses resultados parciais, pois o estudo ainda encontra-se em fase de coleta e análise de dados. A média de idade das gestantes foi de 26,3 anos, 73,2% (n=30) estavam casadas ou vivendo com companheiro. Em relação ao chefe da família 31,7% eram mulheres. Outro estudo, realizado em Botogá, demonstrou que a prevalência de insegurança alimentar foi de 42,7% em famílias mais vulneráveis chefiadas por mulheres. Segundo a ABEP, em nosso estudo 57,3% encontram-se na classe C. Embora saiba-se que a renda familiar é um importante fator de risco para IA, nem todas as famílias pobres encontram-se nessa condição (COOK, 2008). Com relação ao estado nutricional, 9,5% apresentavam baixo peso, 36,8% eutróficas e 51,6% excesso de peso.

Já quanto a segurança alimentar 69,1% das gestantes apresentavam-se seguras, enquanto 30,9% encontrava-se em insegurança alimentar. Quanto aos níveis 23,9% apresentaram IA leve, 3,4% IA moderada e 3,6% IA grave. Nossos achados corroboram com um estudo realizado também na região Sul, em 2010, o qual verificou que 27,3% encontravam-se em IA (FACCHINI, 2014).

Com relação a associação entre sintomas de ansiedade e segurança alimentar 26,9% das gestantes em segurança alimentar apresentaram sintomas ansiosos, enquanto 42,8% das gestantes com insegurança alimentar apresentaram sintomas. Sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

4. CONCLUSÕES

Assim, conclui-se a importância de avaliar a insegurança alimentar nas gestantes, como informação para que possa se desenvolver medidas sociais preventivas. Além disso, sabendo que a insegurança alimentar além de ser uma

situação precária, principalmente durante a gestação, ela ainda pode ser responsável pelo agravamento dos sintomas ansiosos, o que prejudica diretamente mãe e bebê.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIROSA S, SILVA I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicol Saúde Doenças*, 14:64-77, 2013.

BELACHEW T, HADLEY C, LINDSTROM D, GEBREMARIAM A, MICHAEL KW, GETACHEW Y, et al. Gender differences in food insecurity and morbidity among adolescents in Southwest Ethiopia. *Pediatrics*. 127(2):e398–405, 2011.

COOK JT, FRANK DA. Food security, poverty, and human development in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1136:193–209, 2008.

FACCHINI LA, NUNES B, MOTTA J, et al. Food insecurity in the Northeast and South of Brazil: magnitude, associated factors, and per capita income patterns for reducing inequities. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(1):161-174, jan, 2014.

LARAIA BA, SIEGA-RIZ AM, GUNDERSEN C. Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain, and pregnancy complications. *J Am Diet Assoc* ;110:692-701, 2010.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Ministerio de la Protección Social, Profamilia. Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.

PEREZ-ESCAMILA R, SEGALL-CORREA AM, KURDIAN MARANHA L, SAMPAIO Md Mde F, MARIN-LEON L, PANIGASSI G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *The Journal of nutrition*. 2004 Aug;134(8):1923-8.

SKINNER M, MANIKKAM M, GUERRERO B. Epi genetic transgenerational. *Trends Endocrinol Metab*. Apr; 21(4):214-222, 2010.

STEVENS CA. Exploring Food Insecurity Among Young Mothers (15–24 Years). *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 15(2):163–171, 2010.