REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONSUMO ALIMENTAR SAUDÁVEL EM GESTANTES ADULTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DE COMENSALIDADE

FOOD INSECURITY AND HEALTHY FOOD CONSUMPTION AMONG ADULT PREGNANT WOMEN IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: RELATIONSHIP WITH COMMENSALITY PRACTICES

INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES EN GESTANTES ADULTAS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA BRASILEÑO: RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE COMENSALIDAD

Brenda Cristyanne Silva Cabral
Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: brendacristyannes@gmail.com

Luciana Bronzi de Souza
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: lucianabronzi@ufg.br

Raquel Machado Schincaglia
Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: raquelms@ufg.br

Karine Anusca Martins
Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Brasil
E-mail: karine_anusca@ufg.br

Resumo

Introdução: A gestação envolve mudanças fisiológicas e nutricionais, enquanto desigualdades estruturais influenciadas por fatores socioeconômicos, demográficos, culturais e clínicos podem comprometer o consumo alimentar e as práticas de comensalidade. Objetivo: Analisar a associação entre insegurança alimentar e consumo alimentar saudável e explorar o papel das práticas de comensalidade como possível mediador dessa relação em gestantes adultas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Métodos: Estudo transversal analítico com gestantes acompanhadas na Atenção Primária e Terciária à Saúde do SUS. Utilizou-se modelagem de equações estruturais no software R, versão 4.5.0, com estimador WLSMV. A exposição foi o nível de insegurança alimentar; o mediador, o escore de práticas de comensalidade; e o desfecho, o escore global de consumo alimentar. Foram estimados caminhos direto, indireto e total ($p<0,05$), com ajuste para idade materna, histórico de abortos, risco obstétrico, diabetes gestacional e doenças crônicas não transmissíveis. Resultados: Participaram 380 gestantes adultas, com diferentes perfis de risco obstétrico. A insegurança alimentar associou-se inversamente ao escore de práticas de comensalidade (B=-0,232; IC95%: -0,386; -0,077; $p=0,003$). Não houve evidências de associação direta entre insegurança alimentar e escore global de consumo alimentar, nem de associação indireta estatisticamente significativa por meio da comensalidade. O risco obstétrico elevado ($p<0,001$) e o diabetes mellitus gestacional ($p<0,001$) associaram-se positivamente ao escore global, indicando um consumo alimentar mais saudável. O consumo de bolacha recheada, doces ou guloseimas associou-se positivamente ao escore de comensalidade ($p=0,031$) e inversamente à insegurança alimentar ($p=0,049$). Conclusão: A insegurança alimentar esteve associada a menos práticas recomendadas de comensalidade, mas não ao consumo alimentar saudável, diretamente ou por caminho indireto estatisticamente significativo.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

Destaca-se a importância de avaliar conjuntamente insegurança alimentar, práticas de comensalidade, consumo alimentar e condições clínicas na atenção pré-natal, considerando as dimensões sociais e culturais da alimentação. As associações não permitem estabelecer relações causais.
Palavras-chave: Insegurança Alimentar; Comensalidade; Consumo Alimentar; Gestantes; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: Pregnancy involves physiological and nutritional changes, while structural inequalities—influenced by socioeconomic, demographic, cultural, and clinical factors—can compromise dietary intake and commensality practices (the social aspects of eating). Objective: To analyze the association between food insecurity and healthy dietary intake, and to explore the role of commensality practices as a potential mediator of this relationship among adult pregnant women receiving care within the Unified Health System (SUS) in Brazil. Methods: This was an analytical cross-sectional study involving pregnant women receiving care in primary and tertiary healthcare settings within the SUS. Structural equation modeling was performed using R software (version 4.5.0) with the WLSMV estimator. The exposure variable was the level of food insecurity; the mediator was the commensality practices score; and the outcome was the global dietary intake score. Direct, indirect, and total paths were estimated ($p<0.05$), with adjustments for maternal age, history of miscarriage, obstetric risk, gestational diabetes, and chronic non-communicable diseases. Results: A total of 380 adult pregnant women with varying obstetric risk profiles participated. Food insecurity was inversely associated with the commensality practices score (B=-0.232; 95% CI: -0.386 to -0.077; p=0.003). There was no evidence of a direct association between food insecurity and the global dietary intake score, nor was there a statistically significant indirect association mediated by commensality practices. High obstetric risk ($p<0.001$) and gestational diabetes mellitus ($p<0.001$) were positively associated with the global dietary intake score, indicating healthier dietary consumption. The consumption of sandwich cookies, sweets, or treats was positively associated with the commensality score (p=0.031) and inversely associated with food insecurity (p=0.049). Conclusion: Food insecurity was associated with fewer recommended commensality practices, but not with healthy dietary intake—neither directly nor through a statistically significant indirect pathway. It is important to jointly assess food insecurity, commensality practices, dietary intake, and clinical conditions during prenatal care, while considering the social and cultural dimensions of eating. These associations do not allow for the establishment of causal relationships.
Keywords: Food Insecurity; Commensality; Food Consumption; Pregnant Women; Primary Health Care.

Resumen

Introducción: La gestación conlleva cambios fisiológicos y nutricionales, mientras que las desigualdades estructurales —influenciadas por factores socioeconómicos, demográficos, culturales y clínicos— pueden comprometer el consumo alimentario y las prácticas de comensalidad. Objetivo: Analizar la asociación entre la inseguridad alimentaria y el consumo alimentario saludable, y explorar el papel de las prácticas de comensalidad como posible mediador de esta relación en gestantes adultas atendidas en el Sistema Único de Salud (SUS). Métodos: Estudio transversal analítico con gestantes atendidas en los niveles de atención primaria y terciaria del SUS. Se empleó un modelo de ecuaciones estructurales mediante el software R (versión 4.5.0) con el estimador WLSMV. La variable de exposición fue el nivel de inseguridad alimentaria; el mediador, la puntuación de las prácticas de comensalidad; y el desenlace, la puntuación global de consumo alimentario. Se estimaron los efectos directos, indirectos y totales ($p < 0,05$), ajustando por edad materna, antecedentes de abortos, riesgo obstétrico, diabetes gestacional y enfermedades crónicas no transmisibles. Resultados: Participaron 380 gestantes adultas con diversos perfiles de riesgo obstétrico. La inseguridad alimentaria se asoció inversamente con la puntuación de las prácticas de comensalidad (B = -0,232; IC 95 %: -0,386 a -0,077; p = 0,003). No se hallaron evidencias de una asociación directa entre la inseguridad alimentaria y la puntuación global de consumo alimentario, ni de una asociación indirecta estadísticamente significativa mediada por la comensalidad. El riesgo obstétrico elevado ($p < 0,001$) y la diabetes mellitus gestacional ($p < 0,001$) se asociaron positivamente con la puntuación global, lo que indica un consumo alimentario más saludable. El consumo de galletas rellenas, dulces o golosinas se asoció positivamente con la puntuación de comensalidad (p=0,031) e inversamente con la inseguridad alimentaria (p=0,049).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

Conclusión: La inseguridad alimentaria estuvo asociada a un menor número de prácticas recomendadas de comensalidad, pero no al consumo alimentario saludable, ni de forma directa ni a través de una vía indirecta estadísticamente significativa. Se destaca la importancia de evaluar conjuntamente la inseguridad alimentaria, las prácticas de comensalidad, el consumo alimentario y las condiciones clínicas durante la atención prenatal, considerando las dimensiones sociales y culturales de la alimentación. Las asociaciones no permiten establecer relaciones causales.
Palabras clave: Inseguridad alimentaria; Comensalidad; Consumo de alimentos; Mujeres embarazadas; Atención primaria de salud.

1. Introdução

O período gestacional é marcado por intensas alterações fisiológicas e metabólicas que demandam maior atenção às condições de saúde e ao estado nutricional da mulher durante o pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) (Soma-Pillay *et al*., 2016; Kepley; Bates; Mohiuddin, 2023). Nesse contexto, a alimentação adequada e saudável é fundamental para o desenvolvimento fetal e para a prevenção de complicações maternas e neonatais (Rocha *et al*., 2023; Bueno; Beserra; Weber, 2016). Entretanto, além dos fatores biológicos, aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais, também influenciam o comportamento alimentar das gestantes e podem comprometer o consumo alimentar e favorecer desfechos gestacionais adversos, especialmente em mulheres em situação de insegurança alimentar (IA) domiciliar (Liguori *et al*., 2022; Brasil, 2022, Costa *et al*., 2022; Pires *et al*., 2021).

A IA caracteriza-se pela violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), ocorrendo quando não há acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem comprometimento de outras necessidades essenciais (Brasil, 2006). Evidências apontam a gestação como um período de maior vulnerabilidade à IA, associada a fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos, como raça/cor, escolaridade, estado civil, participação em programas de proteção social, diabetes mellitus gestacional (DMG) e hipertensão arterial (Oliveira; Tavares; Bezerra, 2017; Demetrio *et al*., 2020; Brasil, 2021). Estudos brasileiros identificaram elevadas prevalências de IA em gestantes, variando de 34,8% a 57,7%, a depender do contexto socioeconômico e do risco obstétrico (Ramalho *et al.*, 2020; Fernandes *et al.*, 2018; Rangel *et al.*, 2022; Costa *et al.,* 2022).

A IA pode comprometer a qualidade da alimentação durante a gestação e

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

dificultar o alcance das recomendações alimentares propostas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (World Health Organization, 2016; Brasil, 2014). Gestantes em situação de IA apresentam menores chances de consumir frutas, verduras e legumes regularmente, além de menor diversidade e qualidade da dieta e maior participação de alimentos ultraprocessados (AUP) no consumo alimentar, condição que contribui para ingestão insuficiente de nutrientes essenciais (Whiteoak *et al*., 2024; Rangel *et al*., 2022; Silva *et al*., 2021; Carreira *et al*., 2024).

Além da disponibilidade de alimentos, o consumo alimentar também pode ser influenciado pelas práticas alimentares e pelos aspectos socioculturais relacionados ao ato de comer. O Guia Alimentar para a População Brasileira destaca que a alimentação envolve dimensões culturais e sociais, e, valoriza práticas como comer com regularidade e atenção, realizar refeições em ambientes apropriados e comer em companhia (Brasil, 2014). Nesse sentido, a comensalidade, entendida como o modo de comer e de se relacionar com a alimentação, está envolta por crenças culturais, tabus, relações familiares e pode ser influenciada pelas condições de vida e pelo contexto de IA, bem como interferir na forma como as gestantes organizam, compartilham e realizam suas refeições (Liguori *et al*., 2022; Tsegaye *et al.,* 2021).

Apesar da relevância desses temas, estudos que integrem IA, práticas de comensalidade e consumo alimentar saudável entre gestantes ainda são escassos, especialmente no contexto do SUS. A compreensão dessas relações pode contribuir para o fortalecimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável no pré-natal, considerando não apenas o acesso aos alimentos, mas também os aspectos sociais e culturais envolvidos na alimentação durante a gestação.

Diante disso, foram formuladas as seguintes hipóteses: 1) A IA se relaciona com as práticas de comensalidade recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira; 2) A IA se associa ao consumo alimentar saudável das gestantes; 3) As práticas de comensalidade mediam a associação entre IA e consumo alimentar saudável. Assim, o estudo teve como objetivo analisar a associação entre insegurança alimentar e consumo alimentar saudável e explorar o papel das práticas de comensalidade como possível mediador dessa relação em gestantes adultas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, integrante da pesquisa matriz "Avaliação do estado nutricional de gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde e no Hospital das Clínicas (HC-UFG/EBSERH) e seus fatores associados", que investigou o ganho de peso, estado nutricional, comportamento alimentar e condição de segurança alimentar e nutricional de gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Senador Canedo/GO e em um hospital universitário de alta complexidade, em Goiânia/GO. O relato do estudo foi orientado pelas recomendações da diretriz Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudos observacionais.

2.2 Critérios de inclusão, exclusão e recrutamento

Foram elegíveis gestantes adultas (≥20 anos) em acompanhamento pré-natal na APS de Senador Canedo/GO ou no Ambulatório de Gestação e Lactação e na Unidade Materno Infantil do HC-UFG/EBSERH. Na APS, foram incluídas gestantes com idade gestacional inferior a 33 semanas, uma vez que, após esse período, eram encaminhadas para acompanhamento na maternidade municipal. Na atenção terciária, foram incluídas gestantes, independente da idade gestacional. Foram excluídas mulheres com gestação tubária, múltipla, mola hidatiforme, óbito fetal ou fetos malformados.

A amostragem foi não probabilística, com recrutamento consecutivo nos dias de coleta. Todas as gestantes presentes nos serviços nesses dias que atendiam aos critérios de elegibilidade foram convidadas a participar do estudo.

2.3 Avaliação da precisão amostral e composição da amostra analítica

Realizou-se avaliação retrospectiva da precisão amostral para estimar a prevalência de IA, objeto principal da pesquisa matriz, considerando população teoricamente infinita de gestantes (APS de Senador Canedo/GO e serviços de atenção obstétrica do HC-UFG/EBSERH), prevalência observada de 63,4%, erro absoluto de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em tamanho amostral teórico

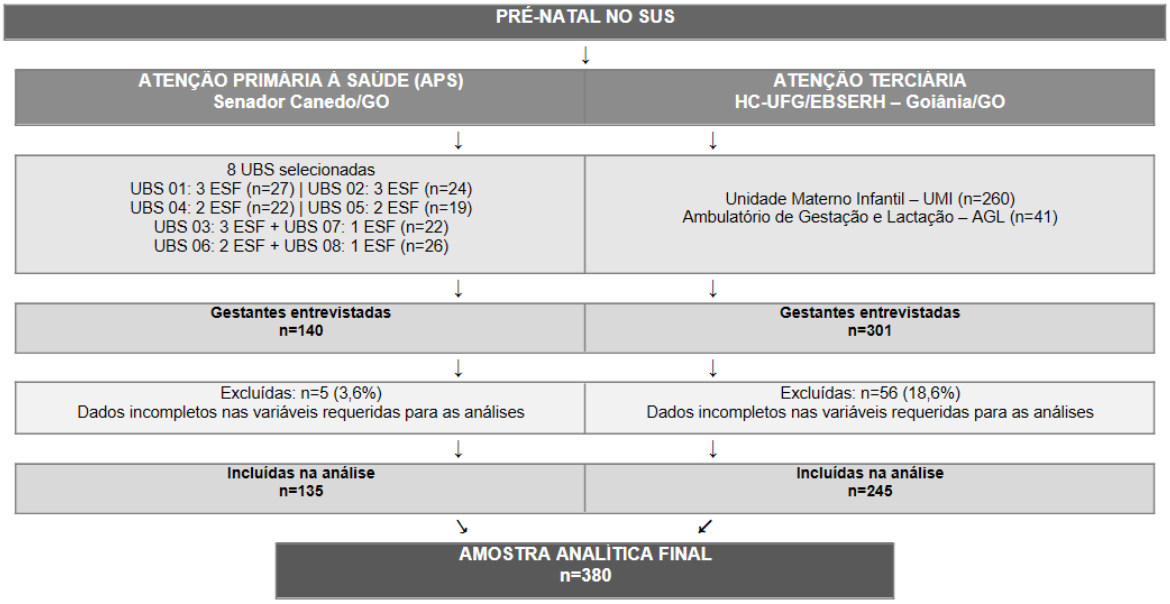
REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

de 357 gestantes. Das 441 gestantes entrevistadas, 61 (13,8%) foram excluídas por dados incompletos, totalizando 380 participantes na amostra analítica, sendo 135 da APS e 245 da atenção terciária (Figura 1).

A avaliação da precisão amostral teve finalidade exclusivamente descritiva, não constituindo cálculo de poder estatístico para a análise de mediação. Devido à amostragem não probabilística, os parâmetros calculados representam referências teóricas, sem garantir representatividade populacional.

Figura 1. Fluxograma de recrutamento, exclusão e composição da amostra analítica do estudo.



Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; UMI: Unidade Materno Infantil; AGL: Ambulatório de Gestação e Lactação.
Fonte: Elaboração própria, com auxílio de inteligência artificial para a representação gráfica, a partir dos dados e resultados estatísticos da pesquisa.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu presencialmente entre setembro de 2023 e maio de 2025 no HC-EBSERH/UFG, em Goiânia/GO, e entre setembro de 2023 e dezembro de 2024, em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Senador Canedo/GO. As UBS foram sorteadas aleatoriamente entre as 23 unidades do município, considerando a disponibilidade de atendimento pré-natal e o número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à ausência de distritos sanitários. Foram selecionadas três UBS com três equipes, três com duas e duas com uma, incluindo uma unidade

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

substituta devido à reforma de outra previamente selecionada (Figura 1).

Nutricionistas e estudantes de nutrição previamente treinados aplicaram questionário estruturado e padronizado, com 148 questões, seguindo protocolo único e sob supervisão periódica da equipe e coordenadores da pesquisa. Na APS, utilizou-se formulário digital e, na atenção terciária, versão impressa, do mesmo instrumento.

Entre as gestantes hospitalizadas, as entrevistas ocorreram no primeiro dia de internação, de modo que os marcadores de consumo alimentar do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), referentes ao dia anterior, refletissem o período domiciliar. As práticas de comensalidade foram investigadas com referência aos hábitos usuais. Informações clínicas não obtidas com precisão durante a entrevista foram consultadas no prontuário médico ou no cartão da gestante, como a idade gestacional, número de gestações e abortos.

2.5 Variáveis de interesse

O desfecho foi o escore global de consumo alimentar, construído a partir dos sete marcadores de consumo alimentar do SISVAN, referentes ao consumo no dia anterior à entrevista de marcadores de alimentos saudáveis (*in natura* e minimamente processados) e não saudáveis (AUP), com respostas sim ou não, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2015; Brasil, 2014).

O escore global de consumo alimentar, seguiu a abordagem construída por Reis et al. (2025), a partir dos escores de marcadores avaliados por Louzada et al. (2023). Atribuiu-se um ponto ao consumo de cada um dos três marcadores saudáveis e à ausência de consumo de cada um dos quatro marcadores não saudáveis, resultando em escore de 0 a 7 pontos, no qual maiores valores indicaram consumo alimentar mais saudável.

A exposição foi a IA, avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA, de 14 itens, que avalia o acesso aos alimentos no domicílio, no contexto brasileiro, nos três meses anteriores à entrevista. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto e o somatório das respostas permite classificar os domicílios em quatro níveis: Segurança Alimentar (SA), IA leve, moderada ou grave, conforme a presença de menores de 18 anos (Segall-Corrêa *et al*. 2014). Para as análises, as categorias moderada e grave foram agrupadas, conforme abordagem do VIGISAN (2022),

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

considerando também suas baixas frequências e visando maior estabilidade das estimativas.

O mediador foi o escore de práticas de comensalidade recomendadas, composto por três práticas: realizar refeições sem telas, à mesa e em companhia de familiares ou pessoas do domicílio. Atribuiu-se um ponto a cada prática adotada, totalizando de 0 a 3 pontos, com maiores valores indicando maior adesão às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), conforme abordagem de Reis et al. (2025), que o empregaram previamente em população adulta atendida na APS.

As demais variáveis compreenderam características sociodemográficas (idade, raça/cor autorreferida, presença de companheiro, escolaridade, ocupação, renda familiar e auxílio governamental), gestacionais e clínicas (trimestre gestacional, número de gestações e abortos, suplementação vitamínica, diagnóstico autorreferido de: DMG, hipertensão gestacional e doenças crônicas não transmissíveis), assistenciais (risco obstétrico) e comportamentais (tabagismo e consumo de álcool na gestação).

A raça/cor autorreferida foi classificada de acordo com as diretrizes nacionais do Censo Demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003), sendo, para as análises, dado o tamanho amostral e características da amostra, agrupadas em branca, parda/preta e amarela/indígena, sem pressupor equivalência sociológica ou epidemiológica entre os grupos. A escolaridade foi classificada em: baixa (até o ensino fundamental completo); média (até ensino superior incompleto) e alta (ensino superior completo e pós-graduação). O risco obstétrico foi classificado de acordo com o nível de atenção em que ocorreu o recrutamento: gestantes da APS eram acompanhadas em pré-natal de baixo risco e aquelas da atenção terciária, em pré-natal de alto risco.

2.6 Análise dos dados

Os dados da APS e da atenção terciária foram consolidados em um banco único no *Microsoft Excel (*2010), com dupla entrada, e analisados nos programas Stata (versão 12.0) e R (versão 4.5.0). As variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas (n) e relativas (%), e as contínuas em mediana e intervalo

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

interquartil (IIQ: p25-p75). Nas análises bivariadas, utilizaram-se os testes de *Mann-Whitney, Kruskal-Wallis,* Qui-quadrado de *Pearson* e o exato de *Fisher*, conforme aplicável e nível de significância de 5% ($p<0,05$). Não foram aplicados ajustes para múltiplas comparações, dado o caráter exploratório das análises, de modo que os resultados foram interpretados considerando a possibilidade de associações ocasionais decorrentes da multiplicidade de testes.

A análise exploratória de mediação estatística, fundamentada no modelo conceitual de Baron e Kenny (1986), foi conduzida por modelagem de equações estruturais, utilizando o pacote lavaan (R 4.5.0) e o estimador Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted (WLSMV). A insegurança alimentar (IA) foi incluída como preditora numérica ordinal crescente (0 = segurança alimentar; 1 = IA leve; 2 = IA moderada/grave), enquanto os escores de práticas de comensalidade (0–3 pontos) e de consumo alimentar saudável (0–7 pontos) foram tratados como variáveis endógenas ordinais, com relações estimadas em escala probit.

Foram estimados os caminhos a: (IA → comensalidade); b: (comensalidade → consumo alimentar, ajustada pela IA) e c′: (IA → consumo alimentar, ajustado pela comensalidade), além dos parâmetros indireto (a×b) e total [c′+(a×b)]. Os resultados foram expressos em coeficientes não padronizados (B), intervalos de confiança de 95% (IC95%), coeficientes padronizados (β) e valores de p, sem conversão em *odds ratios*.

A seleção das covariáveis considerou $p<0,20$ nas análises bivariadas e plausibilidade teórica e epidemiológica. Idade materna, número de abortos, risco obstétrico, diagnóstico de DMG e de DCNT foram incluídos simultaneamente nas equações do mediador e do desfecho. A interpretação considerou as limitações relacionadas à temporalidade e à possibilidade de confundimento residual.

Análises secundárias exploratórias avaliaram separadamente os escores de marcadores de consumo saudável (0-3 pontos), não saudáveis (0-4 pontos) e os sete marcadores alimentares individuais, (0=não consumiu; 1=consumiu). Foram utilizados modelos de equações estruturais com WLSMV, mantendo-se a exposição, o mediador hipotetizado, as covariáveis e os procedimentos de estimação da análise principal, conforme a natureza ordinal ou dicotômica dos desfechos.

Considerando o delineamento transversal e o caráter exploratório das análises,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

os resultados foram interpretados como associações e caminhos indiretos estatísticos, sem inferência causal, reconhecendo-se a possibilidade de confundimento residual e de associações ocasionais decorrentes das múltiplas comparações.

2.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-EBSERH/UFG (CAAE: 56361622.3.0000.5078), e foram seguidos os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados

Das 380 gestantes participantes, predominavam mulheres entre 20 e 35 anos (83,2%), autodeclaradas pardas ou pretas (77,4%), com companheiro (82,1%), escolaridade média (71,8%) e sem ocupação remunerada (52,6%). A maior parte não recebia auxílio governamental (62,9%) e apresentava renda mensal familiar entre um a dois SM (46,6%). Em relação à condição de segurança alimentar, 36,6% encontravam-se em SA; 46,3% em IA leve, 12,6% em moderada e 4,5% em grave. A categoria de IA moderada e grave, utilizada para fins de análise foi de 17,1%. Em relação às características gestacionais e clínicas, prevaleceram gestantes em pré-natal de alto risco (64,5%), no terceiro trimestre gestacional (52,1%), com três ou mais gestações (49,5%) e sem histórico de aborto (67,9%). O uso de suplementos vitamínicos e minerais foi frequente (85,0%) e a maioria não apresentava DMG (71,6%), hipertensão arterial (77,1%) ou diagnóstico de DCNT (84,2%). Além disso, a maioria não usava tabaco (95,8%) ou álcool na gestação (93,2%) (Tabela 1).

Quanto aos marcadores de consumo alimentar saudável, observou-se elevada frequência de consumo de feijão (78,2%), frutas frescas (77,4%) e hortaliças (73,9%). Entre os marcadores de consumo não saudável, as bebidas adoçadas foram as mais consumidas (41,6%). O escore de consumo alimentar saudável apresentou mediana de 6 (4 a 7) pontos, com diferenças segundo o risco obstétrico no pré-natal ($p<0,001$), idade materna ($p=0,005$), presença de DMG ($p<0,001$) e DCNT ($p=0,049$) (Tabela 2).

Não foram observadas diferenças na prevalência dos marcadores de consumo alimentar saudável segundo as práticas de comensalidade recomendadas (Tabela 3).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

Em relação aos marcadores de consumo não saudável, o consumo de “bolacha recheada, doces ou guloseimas” diferiu conforme o hábito de realizar refeições sem uso de telas (p=0,027), comer à mesa (p=0,023) e segundo o escore de práticas de comensalidade recomendadas (p=0,008). O hábito de comer em companhia não apresentou relação com esse marcador (Tabela 4).

A mediana do escore de práticas de comensalidade recomendadas foi de 2 (1 a 3) pontos. Entre as gestantes, 31,8% relataram realizar refeições sem uso de telas, 55,5% referiram o hábito de comer à mesa e 85,8% afirmaram realizar as refeições em companhia. O escore global de consumo alimentar não diferiu segundo as práticas de comensalidade recomendadas (Tabela 4).

O escore de práticas de comensalidade recomendadas apresentou diferenças segundo raça/cor (p=0,025), ocupação remunerada (p=0,029), uso de tabaco (p=0,035) e situação de IA (p=0,013). O hábito de realizar refeições sem telas foi mais frequente entre gestantes de 20 a 35 anos (p=0,005) e entre as autodeclaradas pardas e/ou pretas (p=0,040). Comer à mesa foi mais frequente entre aquelas com ocupação remunerada (p=0,022). Já o hábito de comer em companhia foi mais prevalente entre gestantes com companheiro (p=0,005) e renda familiar entre 1 e 2 SM (p=0,030) (Tabela 5).

No modelo bruto da análise exploratória de mediação estatística, a IA apresentou associação inversa com as práticas de comensalidade (B=-0,230; IC95%:-0,381; -0,079; p=0,003). Essa associação permaneceu após o ajuste pelas covariáveis (B=-0,232; IC95%:-0,386; -0,077; p=0,003), de modo que níveis mais elevados de IA estiveram associados a menores escores de práticas de comensalidade. No modelo ajustado, não foram observadas associações estatisticamente significativas para o caminho entre o escore de práticas de comensalidade e escore global de consumo alimentar (B=-0,051; IC95%:-0,160; 0,058; p=0,359), para a associação direta entre IA e o escore global de consumo alimentar (B=0,010; IC95%:-0,150; 0,169; p=0,904), nem para a associação indireta estimada por meio das práticas de comensalidade (B=0,012; IC95%; IC95%:-0,015; 0,038; p=0,381) (Tabela 6).

No modelo ajustado, observou-se associação estatisticamente significativa entre risco obstétrico e o escore global de consumo alimentar (B=0,292; IC95%:0,163;

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

0,421; p<0,001). Gestantes em pré-natal de alto risco apresentaram escore global de consumo alimentar mais elevados, em comparação àquelas sem risco obstétrico, após ajuste pelas demais variáveis incluídas no modelo. De forma semelhante, gestantes com o diagnóstico de DMG também apresentaram escore global de consumo alimentar mais elevados (B=0,527; IC95%:0,253; 0,801; p<0,001). Idade materna, número de abortos e diagnóstico de DCNT não apresentaram associações estatisticamente significativas com o escore global de consumo alimentar (Figura 2). Após o ajuste, também não foram observadas evidências de um caminho indireto estatisticamente significativo entre IA e o escore global de consumo alimentar por meio das práticas de comensalidade (B=0,010; IC95%:-0,150; 0,169; p=0,904).

A IA associou-se negativamente às práticas de comensalidade, porém não apresentou efeito direto sobre o escore de marcadores de consumo de alimentos saudáveis (p=0,548), nem sobre o escore de marcadores de consumo de alimentos não saudáveis (p=0,467). Também não foi observada associação significativa com o consumo isolado desses alimentos (p=0,050). Além disso, o efeito indireto da IA sobre o escore global de consumo alimentar, mediado pelas práticas de comensalidade, não foi estatisticamente significativo para nenhum dos grupos alimentares de consumo ou alimentos isolados avaliados.

Contudo, observou-se uma associação específica em relação ao consumo isolado de “bolachas recheadas, doces ou guloseimas”. O escore de práticas de comensalidade apresentou associação positiva com esse marcador de alimentação não saudável (B=0,147; IC95%:0,013; 0,280; p=0,031). Além disso, verificou-se associação direta negativa entre a IA e esse marcador (B=-0,23; IC95%:-0,460; -0,001; p=0,049). Entretanto, considerando a multiplicidade de testes realizados e a proximidade do valor de p ao nível de significância adotado, esse resultado deve ser interpretado com cautela. O caminho indireto hipotetizado por meio das práticas de comensalidade não apresentou significância estatística (p=0,094). Entretanto, a associação total da IA com esse marcador permaneceu significativa (B=-0,260; IC95%:-0,491; -0,030; p=0,027). Esses resultados indicam associações direta e total entre IA e o consumo de “bolachas recheadas, doces ou guloseimas”, sem evidência estatística de um caminho indireto por meio das práticas de comensalidade (dados não apresentados em tabelas).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 24/09/2026 - **Accepted:** 25/10/2026
Vol: 13.22
DOI: 10.66104/6e22ga40
Pages: 1-37

No modelo ajustado, gestantes com idade superior a 35 anos (B=0,365; IC95%:0,026; 0,704; p=0,035) e aquelas com diagnóstico de DMG (B=0,521; IC95%:0,234; 0,807; p<0,001) apresentaram níveis mais elevados do escore de marcadores de consumo de alimentos saudáveis. Por outro lado, gestantes em pré-natal de alto risco (B=0,364; IC95%:0,228; 0,500; p<0,001) e com DMG (B=0,343; IC95%:0,051; 0,635; p=0,021) apresentaram níveis mais elevados do escore de marcadores de consumo de alimentos não saudáveis.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 1. Características sociodemográficas, gestacionais, clínicas e de estilo de vida segundo marcadores de consumo alimentar saudável de gestantes assistidas pelo SUS (n=380). Goiânia/Senador Canedo. 2022-2025.

Variáveis	Amostra total n=380	Marcadores saudáveis								
		Feijão			Frutas			Hortaliças		
	n (%)	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor
Amostra total (n=380)	-	297 (78,2)	83 (21,8)	-	294 (77,4)	86 (22,6)	-	281 (73,9)	99 (26,1)	-
Risco Obstétrico				0,242 [b]			0,007 [b]			0,004 [b]
Baixo risco	135 (35,5)	101 (34,0)	34 (41,0)		94 (32,0)	41 (47,7)		88 (31,3)	47 (47,5)	
Alto risco	245 (64,5)	196 (66,0)	49 (59,0)		200 (68,0)	45 (52,3)		193 (68,7)	52 (52,5)	
Idade (anos) [a]				0,511 [b]			0,072 [b]			0,007 [b]
20 a 35	316 (83,2)	245 (82,5)	71 (85,5)		239 (81,3)	77 (89,5)		225 (80,1)	91 (91,9)	
>35	64 (16,8)	52 (17,5)	12 (14,5)		55 (18,7)	9 (10,5)		56 (19,9)	8 (8,1)	
Raça/Cor				0,783 [c]			0,135 [b]			0,657 [b]
Branca	62 (16,3)	47 (15,8)	15 (18,1)		54 (18,4)	8 (9,3)		45 (16,0)	17 (17,2)	
Parda e Preta	294 (77,4)	230 (77,4)	64 (77,1)		222 (75,5)	72 (83,7)		220 (78,3)	74 (74,7)	
Amarela e indígena	24 (6,3)	20 (6,7)	4 (4,8)		18 (6,1)	6 (7,0)		16 (5,7)	8 (8,1)	
Presença de companheiro				0,962 [b]			0,278 [b]			0,931 [b]
Sim	312 (82,1)	244 (82,2)	68 (81,9)		238 (81,0)	74 (86,0)		231 (82,2)	81 (81,8)	
Não	68 (17,9)	53 (17,8)	15 (18,1)		56 (19,0)	12 (14,0)		50 (17,8)	18 (18,2)	
Escolaridade				0,029 [b]			0,167 [b]			0,949 [b]
Baixa escolaridade	69 (18,2)	48 (16,2)	21 (25,3)		48 (16,3)	21 (24,4)		50 (17,8)	19 (19,2)	
Média escolaridade	273 (71,8)	223 (75,1)	50 (60,2)		214 (72,8)	59 (68,6)		203 (72,2)	70 (70,7)	
Alta escolaridade	38 (10,0)	26 (8,8)	12 (14,5)		32 (10,9)	6 (7,0)		28 (10,0)	10 (10,1)	
Ocupação Remunerada				0,283 [b]			0,856 [b]			0,252 [b]
Sim	180 (47,4)	145 (48,8)	35 (42,2)		140 (47,6)	40 (46,5)		138 (49,1)	42 (42,4)	

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Não	200 (52,6)	152 (51,2)	48 (57,8)		154 (52,4)	46 (53,5)		143 (50,9)	57 (57,6)	
Renda mensal familiar (SM)				0,634 [b]			0,064 [c]			0,332 [c]
< 1	59 (15,5)	45 (15,2)	14 (16,9)		48 (16,3)	11 (12,8)		41 (14,6)	18 (18,2)	
1 a 2	177 (46,6)	140 (47,1)	37 (44,6)		126 (42,9)	51 (59,3)		126 (44,8)	51 (51,5)	
2 a 5	126 (33,2)	100 (33,7)	26 (31,3)		104 (35,4)	22 (25,6)		99 (35,2)	27 (27,3)	
> 5	18 (4,7)	12 (4,0)	6 (7,2)		16 (5,4)	2 (2,3)		15 (5,3)	3 (3,0)	
Recebe auxílio governamental				0,280 [b]			0,010 [b]			0,859 [b]
Sim	141 (37,1)	106 (35,7)	35 (42,2)		99 (33,7)	42 (48,8)		105 (37,4)	36 (36,4)	
Não	239 (62,9)	191 (64,3)	48 (57,9)		195 (66,3)	44 (51,2)		176 (62,6)	63 (63,6)	
Idade Gestacional				0,976 [b]			0,456 [b]			0,426 [b]
1º trimestre	48 (12,6)	38 (12,8)	10 (12,0)		39 (13,3)	9 (10,5)		34 (12,1)	14 (14,1)	
2º trimestre	134 (35,3)	105 (35,4)	29 (34,9)		99 (33,7)	35 (40,7)		95 (33,8)	39 (39,4)	
3º trimestre	198 (52,1)	154 (51,9)	44 (53,0)		156 (53,1)	42 (48,8)		152 (54,1)	46 (46,5)	
Número de gestações				0,233 [b]			0,533 [b]			0,438 [b]
Primigesta	85 (22,3)	72 (24,2)	13 (15,7)		67 (22,8)	18 (20,9)		59 (21,0)	26 (26,3)	
Duas	107 (28,2)	83 (27,9)	24 (28,9)		86 (29,3)	21 (24,4)		78 (27,8)	29 (29,3)	
Três ou mais	188 (49,5)	142 (47,8)	46 (55,4)		141 (48,0)	47 (54,7)		144 (51,2)	44 (44,4)	
Número de abortos				0,838 [c]			0,907 [b]			0,391 [c]
Nenhum	258 (67,9)	199 (67,0)	59 (71,1)		198 (67,4)	60 (69,8)		187 (66,5)	71 (71,7)	
Um	95 (25,0)	76 (25,6)	19 (22,9)		75 (25,5)	20 (23,3)		71 (25,3)	24 (24,2)	
Dois ou mais	27 (7,1)	22 (7,4)	5 (6,0)		21 (7,1)	6 (7,0)		23 (8,2)	4 (4,0)	
Uso de suplementos vitamínicos e minerais				0,375 [b]			0,080 [b]			0,482 [b]
Sim	323 (85,0)	255 (85,9)	68 (81,9)		255 (86,7)	68 (79,1)		241 (85,8)	82 (82,8)	
Não	57 (15,0)	42 (14,1)	15 (18,1)		39 (13,3)	18 (20,9)		40 (14,2)	17 (17,2)	
Diagnóstico de DMG				0,008 [b]			0,005 [b]			0,002 [b]
Sim	108 (28,4)	94 (31,6)	14 (16,9)		94 (32,0)	14 (16,3)		92 (32,7)	16 (16,2)	

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Não	272 (71,6)	203 (68,4)	69 (83,1)		200 (68,0)	72 (83,7)		189 (67,3)	83 (83,8)	
Diagnóstico de hipertensão arterial durante a gestação				0,375 [b]			0,433 [b]			0,354 [b]
Sim	87 (22,9)	71 (23,9)	16 (19,3)		70 (23,8)	17 (19,8)		61 (21,7)	26 (26,3)	
Não	293 (77,1)	226 (76,1)	67 (80,7)		224 (76,2)	69 (80,2)		220 (78,3)	73 (73,7)	
Diagnóstico de doença crônica não transmissível				0,290 [b]			0,124 [b]			0,601 [b]
Sim	60 (15,8)	50 (16,8)	10 (12,1)		51 (17,3)	9 (10,5)		46 (16,4)	14 (14,1)	
Não	320 (84,2)	247 (83,2)	73 (87,9)		243 (82,7)	77 (89,5)		235 (83,6)	85 (85,9)	
Uso de tabaco durante a gestação				0,212 [c]			0,146 [b]			1,000 [c]
Sim	16 (4,2)	15 (5,1)	1 (1,2)		10 (3,4)	6 (7,0)		12 (4,3)	4 (4,0)	
Não	364 (95,8)	282 (94,9)	82 (98,8)		284 (96,6)	80 (93,0)		269 (95,7)	95 (96,0)	
Uso de álcool durante a gestação				1,000 [c]			0,811 [c]			0,917 [b]
Sim	26 (6,8)	21 (7,1)	5 (6,0)		21 (7,1)	5 (5,8)		19 (6,8)	7 (7,1)	
Não	354 (93,2)	276 (92,9)	78 (94,0)		273 (92,9)	81 (94,2)		262 (93,2)	92 (92,9)	
Situação de SA/IA				0,775 [b]			0,207 [b]			0,422 [b]
SA	139 (36,6)	108 (36,4)	31 (37,3)		113 (38,4)	26 (30,2)		106 (37,7)	33 (33,3)	
IA leve	176 (46,3)	140 (47,1)	36 (43,4)		129 (43,9)	47 (54,7)		131 (46,6)	45 (45,5)	
IA moderada/grave	65 (17,1)	49 (16,5)	16 (19,3)		52 (17,7)	13 (15,1)		44 (15,7)	21 (21,2)	

Siglas: a: Valores apresentados em mediana (IIQ – intervalo interquartil); n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor obtido por Teste b - qui-quadrado de Pearson, c - Exato de Fisher, d - Mann-Whitney (p<0,05). **Legenda**: Baixa escolaridade: até o ensino fundamental completo; Média escolaridade: até ensino superior incompleto; Alta escolaridade: ensino superior completo e pós-graduação. SM: Salário mínimo referência (2021) igual a R$1.100,00; DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; SA: Segurança alimentar; IA: Insegurança Alimentar.
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 2. Características sociodemográficas, gestacionais, clínicas e de estilo de vida segundo marcadores de consumo alimentar não saudável de gestantes assistidas pelo SUS (n=380). Goiânia/Senador Canedo. 2022-2025.

Variáveis	Marcadores não saudáveis												Escore global de consumo alimentar n=380	
	Hamburguer e/ou embutidos			Bebidas adoçadas			Macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou bolacha salgada			Bolacha recheada, doces ou guloseimas				
	n=380			n=380			n=380			n=380				
Amostra total	**sim (n)%**	**não (n)%**	**p-valor**	**sim (n)%**	**não (n)%**	**p-valor**	**sim (n)%**	**não (n)%**	**p-valor**	**sim (n)%**	**não (n)%**	**p-valor**	**Mediana (IIQ)**	**p-valor**
	56 (14,7)	324 (85,3)	-	158 (41,6)	222 (58,4)	-	48 (12,6)	332 (87,4)	-	81 (21,3)	299 (78,7)	-	6 (4-7)	-
Risco Obstétrico			0,001 [b]			<0,001 [b]			<0,001 [b]			<0,001 [b]		<0,001 [d]
Baixo risco	31 (55,4)	104 (32,1)		79 (50,0)	56 (25,2)		28 (58,3)	107 (32,2)		49 (60,5)	86 (28,8)		5 (4-6)	
Alto risco	25 (44,6)	220 (67,9)		79 (50,0)	166 (74,8)		20 (41,7)	225 (67,8)		32 (39,5)	213 (71,2)		6 (5-7)	
Idade			0,185 [b]			0,119 [b]			0,301 [c]			0,223 [b]		0,005 [d]
20 a 35 anos	50 (89,3)	266 (82,1)		137 (86,7)	179 (80,6)		43 (89,6)	273 (82,2)		71 (87,6)	245 (81,9)		6 (4-7)	
> 35 anos	6 (10,7)	58 (17,9)		21 (13,3)	43 (19,4)		5 (10,4)	59 (17,8)		10 (12,4)	54 (18,1)		6 (5-7)	
Raça/Cor			0,831 [c]			0,334 [b]			0,683 [c]			0,088 [c]		0,786 [e]
Branca	10 (17,9)	52 (16,0)		31 (19,6)	31 (13,9)		6 (12,5)	56 (16,9)		14 (17,3)	48 (16,0)		6 (4-7)	
Parda e Preta	42 (75,00)	252 (77,8)		117 (74,1)	177 (79,7)		40 (83,3)	254(76,5)		66 (81,5)	228 (76,3)		6 (4-7)	
Amarela e indígena	4 (7,1)	20 (6,2)		10 (6,3)	14 (6,3)		2 (4,2)	22 (6,6)		1 (1,2)	23 (7,7)		6 (5-7)	
Presença de companheiro			0,700 [b]			0,459 [b]			0,076 [b]			0,869 [b]		0,866 [e]
Sim	47 (83,9)	265 (81,8)		127 (80,4)	185 (83,3)		35 (72,9)	277 (83,4)		66 (81,5)	246 (82,3)		6 (4-7)	
Não	9 (16,1)	59 (18,2)		31 (19,6)	37 (16,7)		13 (27,1)	55 (16,6)		15 (18,5)	53 (17,7)		6 (4-7)	
Escolaridade			0,474 [c]			0,823 [b]			0,631 [c]			0,265 [b]		0,543 [e]
Baixa escolaridade	7 (12,5)	62 (19,1)		29 (18,3)	40 (18,0)		11 (22,9)	58 (17,5)		14 (17,3)	55 (18,4)		6 (4-7)	
Média escolaridade	44 (78,6)	229 (70,7)		115 (72,8)	158 (71,2)		33 (68,8)	240 (72,3)		55 (67,9)	218 (72,9)		6 (5-7)	
Alta escolaridade	5 (8,9)	33 (10,2)		14 (8,9)	24 (10,8)		4 (8,3)	34 (10,2)		12 (14,8)	26 (8,7)		6 (5-6)	

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Ocupação Remunerada			0,113 [b]			0,282 [b]			0,313 [b]			0,362 [b]		0,846 [e]
Sim	32 (57,1)	148 (45,7)		80 (50,6)	100 (45,1)		26 (54,2)	154 (46,4)		42 (51,8)	138 (46,2)		6 (4-7)	
Não	24 (42,9)	176 (54,3)		78 (49,4)	122 (54,9)		22 (45,8)	178 (53,6)		39 (48,2)	161 (53,8)		6 (4-7)	
Renda mensal familiar (SM)			0,412 [c]			0,716 [b]			0,770 [c]			0,518 [b]		0,896 [e]
< 1	7 (12,5)	52 (16,1)		21 (13,3)	38 (17,1)		9 (18,7)	50 (15,1)		11 (13,6)	48 (16,1)		6 (4-7)	
1 a 2	25 (44,6)	152 (46,9)		74 (46,8)	103 (46,4)		21 (43,8)	156 (47,0)		35 (43,2)	142 (47,5)		6 (4-7)	
2 a 5	19 (33,9)	107 (33,0)		56 (35,4)	70 (31,5)		17 (35,4)	109 (32,8)		29 (35,8)	97 (32,4)		6 (5-6)	
> 5	5 (8,9)	13 (4,0)		7 (4,4)	11 (5,0)		1 (2,1)	17 (5,1)		6 (7,4)	12 (4,0)		6 (4-6)	
Recebe auxílio governamental			0,815 [b]			0,319 [b]			0,369 [b]			0,784 [b]		0,722 [e]
Sim	20 (35,7)	121 (37,3)		54 (34,2)	87 (39,2)		15 (31,2)	126 (37,9)		29 (35,8)	112 (37,5)		6 (4-7)	
Não	36 (64,3)	203 (62,7)		104 (65,8)	135 (60,8)		33 (68,8)	206 (62,1)		52 (64,2)	187 (62,5)		6 (4-7)	
Idade Gestacional			0,012 [b]			0,815 [b]			0,619 [b]			0,052 [b]		0,294 [e]
1º trimestre	09 (16,1)	39 (12,0)		22 (13,9)	26 (11,7)		08 (16,7)	40 (12,1)		06 (7,4)	42 (14,1)		6 (5-6)	
2º trimestre	28 (50,0)	106 (32,7)		55 (34,8)	79 (35,6)		15 (31,3)	119 (35,8)		37 (45,7)	97 (32,4)		5 (4-7)	
3º trimestre	19 (33,9)	179 (55,3)		81 (51,3)	117 (52,7)		25 (52,0)	173 (52,1)		38 (46,9)	160 (53,5)		6 (4-7)	
Número de gestações			0,180 [b]			0,422 [b]			0,628 [b]			0,673 [b]		0,701 [e]
Primigesta	13 (23,2)	72 (22,2)		39 (24,7)	46 (20,7)		13 (27,1)	72 (21,7)		17 (21,0)	68 (22,7)		6 (4-7)	
Duas	21 (37,5)	86 (26,5)		47 (29,7)	60 (27,0)		14 (29,2)	93 (28,0)		26 (32,1)	81 (27,1)		6 (4-6)	
Três ou mais	22 (39,3)	166 (51,3)		72 (45,6)	116 (52,3)		21 (43,7)	167 (50,3)		38 (46,9)	150 (50,2)		6 (5-7)	
Número de abortos			0,116 [c]			0,053 [b]			0,279 [c]			0,435 [c]		0,173 [e]
Nenhum	44 (78,6)	214 (66,1)		118 (74,7)	140 (63,1)		28 (58,3)	230 (69,3)		60 (74,1)	198 (66,2)		6 (4-7)	
Um	11 (19,6)	84 (25,9)		32 (20,2)	63 (28,4)		16 (33,3)	79 (23,8)		16 (19,7)	79 (26,4)		6 (5-7)	
Dois ou mais	1 (1,8)	26 (8,0)		8 (5,1)	19 (8,6)		4 (8,4)	23 (6,9)		5 (6,2)	22 (7,4)		6 (5-7)	
Uso de suplementos vitamínicos e minerais														
Sim	44 (78,6)	279 (86,1)	0,145 [b]	137 (86,7)	186 (83,8)	0,431 [b]	43 (89,6)	280 (84,3)	0,515 [c]	71(87,7)	252 (84,3)	0,451 [b]	6 (4-7)	0,963 [e]

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Não	12 (21,4)	45 (13,9)		21 (13,3)	36 (16,2)		5 (10,4)	52 (15,7)		10 (12,3)	47 (15,7)		6 (4-7)	
Diagnóstico de DMG														
Sim	8 (14,3)	100 (30,9)	0,011 [b]	29 (18,3)	79 (35,6)	<0,001 [b]	9 (18,7)	99 (29,8)	0,112 [b]	11 (13,6)	97 (32,4)	0,001 [b]	6 (6-7)	<0,001 [b]
Não	48 (85,7)	224 (69,1)		129 (81,7)	143 (64,4)		39 (81,3)	233 (70,2)		70 (86,4)	202 (67,6)		5 (4-6)	
Diagnóstico de hipertensão arterial durante a gestação														
Sim	9 (16,1)	78 (24,1)	0,188 [b]	34 (21,5)	53 (23,9)	0,590 [b]	11 (22,9)	76 (22,9)	0,997 [b]	13 (16,1)	74 (24,8)	0,098 [b]	6 (4-7)	0,238 [e]
Não	47 (83,9)	246 (75,9)		124 (78,5)	169 (76,1)		37 (77,1)	256 (77,1)		68 (83,9)	225 (75,2)		6 (4-7)	
Diagnóstico de doença crônica não transmissível														
Sim	8 (14,3)	52 (16,1)	0,738 [b]	20 (12,7)	40 (18,0)	0,158 [b]	5 (10,4)	55 (16,6)	0,396 [c]	9 (11,1)	51 (17,1)	0,193 [b]	6 (5-7)	0,049 [e]
Não	48 (85,7)	272 (83,9)		138 (87,3)	182 (82,0)		43 (89,6)	277 (83,4)		72 (88,9)	248 (82,9)		6 (4-7)	
Uso de tabaco durante a gestação			0,271 [c]			0,448 [c]			1,000 [c]			1,000 [c]		0,718 [e]
Sim	4 (7,1)	12 (3,7)		5 (3,2)	11 (4,9)		2 (4,2)	14 (4,2)		3 (3,7)	13 (4,4)		6 (5-7)	
Não	52 (92,9)	312 (96,3)		153 (96,8)	211 (95,1)		46 (95,8)	318 (95,8)		78 (96,3)	286 (95,6)		6 (4-7)	
Uso de álcool durante a gestação			1,000 c			0,367 [b]			1,000 [c]			0,621 [c]		0,953 [e]
Sim	4 (7,1)	22 (6,8)		13 (8,2)	13 (5,9)		3 (6,3)	23 (6,9)		4 (4,9)	22 (7,4)		5 (5-7)	
Não	52 (92,9)	302 (93,2)		145 (91,8)	209 (94,1)		45 (93,7)	309 (93,1)		77 (95,1)	277 (92,6)		6 (4-7)	
Situação de SA/IA			0,535 [b]			0,207 [b]			0,170 [b]			0,111 [b]		0,869 [e]
SA	20 (35,7)	119 (36,7)		58 (36,7)	81 (36,5)		19 (39,6)	120 (36,1)		35 (43,2)	104 (34,8)		6 (4-7)	
IA leve	29 (51,8)	147 (45,4)		67 (42,4)	109 (49,1)		17 (35,4)	159 (47,9)		38 (46,9)	138 (46,1)		6 (4-7)	
IA moderada/grave	7 (12,5)	58 (17,9)		33 (20,9)	32 (14,4)		12 (25,0)	53 (16,0)		8 (9,9)	57 (19,1)		6 (4-7)	

Siglas: DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; SA: Segurança alimentar; IA: Insegurança Alimentar; a: Valores apresentados em mediana (IIQ - intervalo interquartil); n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor obtido por Teste: b - de Pearson, c - Exato de Fisher, d - Mann-Whitney, e - Kruskal-Walls (p<0,05). **Legenda:** Baixa escolaridade: até o ensino fundamental completo; Média escolaridade: até ensino superior incompleto; Alta escolaridade: ensino superior completo e pós-graduação. SM: Salário mínimo referência (2021) igual a R$1100,00.
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 3. Práticas de comensalidade segundo marcadores de consumo alimentar saudável de gestantes assistidas pelo SUS (n=380). Goiânia/Senador Canedo. 2022-2025.

Variáveis		Marcadores saudáveis								
	Amostra total	Feijão			Frutas			Hortaliças		
	n=380	n=380			n=380			n=380		
	n(%)	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor
Amostra total	-	297 (78,2)	83 (21,8)	-	294 (77,4)	86 (22,6)	-	281 (73,9)	99 (26,1)	-
Hábito de realizar as refeições sem uso de telas				0,675 [b]			0,157 [b]			0,256 [b]
Sim	121 (31,8)	93 (31,3)	28 (33,7)		99 (33,7)	22 (25,6)		94 (33,5)	27 (27,3)	
Não	259 (68,2)	204 (68,7)	55 (66,3)		195 (66,3)	64 (74,4)		187 (66,5)	72 (72,7)	
Hábito de se alimentar/comer à mesa				0,983 [b]			0,497 [b]			0,643 [b]
Sim	211 (55,5)	165 (55,6)	46 (55,4)		166 (56,5)	45 (52,3)		158 (56,2)	53 (53,5)	
Não	169 (44,5)	132 (44,4)	37 (44,6)		128 (43,5)	41 (47,7)		123 (43,8)	46 (46,5)	
Hábito de se alimentar junto à família				0,942 [b]			0,067 [b]			0,755 [b]
Sim	326 (85,8)	255 (85,9)	71 (85,5)		247 (84,0)	79 (91,9)		242 (86,1)	84 (84,8)	
Não	54 (14,2)	42 (14,1)	12 (14,5)		47 (16,0)	7 (8,1)		39 (13,9)	15 (15,2)	
Escore de práticas de comensalidade recomendadas	2 (1-3)	2 (1-2)	2 (1-3)	0,854 [d]	2 (1-3)	2 (1-2)	0,723 [d]	2 (1-3)	2 (1-2)	0,339 [e]

Siglas: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; IIQ – intervalo interquartil. p-valor obtido por teste: b - de Pearson, d - Mann-Whitney, e - Kruskal-Walls (p<0,05).
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 4. Práticas de comensalidade segundo marcadores de consumo alimentar não saudável de gestantes assistidas pelo SUS (n=380). Goiânia/Senador Canedo. 2022-2025.

Variáveis	Marcadores não saudáveis												Escore global de consumo alimentar n=380	
	Hamburguer e/ou embutidos			Bebidas adoçadas			Macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou bolacha salgada			Bolacha recheada, doces ou guloseimas				
	n=380			n=380			n=380			n=380				
	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor	sim (n)%	não (n)%	p-valor	Mediana (IIQ)	p-valor
Amostra total	56 (14,7)	324 (85,3)	-	158 (41,6)	222 (58,4)	-	48 (12,6)	332 (87,4)	-	81 (21,3)	299 (78,7)	-	6 (4-7)	-
Hábito de realizar as refeições sem uso de telas			0,569 [b]			0,235 [b]			0,812 [b]			0,027 [b]		0,558 [d]
Sim	16 (28,6)	105 (32,4)		45 (28,5)	76 (34,2)		16 (33,3)	105 (31,6)		34 (42,0)	87 (29,1)		6 (5-7)	
Não	40 (71,4)	219 (67,6)		113 (71,5)	146 (65,8)		32 (66,7)	227 (68,4)		47 (58,0)	212 (70,9)		6 (4-7)	
Hábito de se alimentar/comer à mesa			0,978 [b]			0,790 [b]			0,298 [b]			0,023 [b]		0,531 [d]
Sim	31 (55,4)	180 (55,6)		89 (56,3)	122 (54,9)		30 (62,5)	181 (54,5)		54 (66,7)	157 (52,5)		6 (4-7)	
Não	25 (44,6)	144 (44,4)		69 (43,7)	100 (45,1)		18 (37,5)	151 (45,5)		27 (33,3)	142 (47,5)		6 (4-7)	
Hábito de se alimentar junto à família			0,417 [b]			0,303 [b]			0,513 [c]			0,588 [b]		0,167 [d]
Sim	50 (89,3)	276 (85,2)		139 (88,0)	187 (84,2)		43 (89,6)	283 (85,2)		71 (87,6)	255 (85,3)		6 (4-7)	
Não	6 (10,7)	48 (14,8)		19 (12,0)	35 (15,8)		5 (10,4)	49 (14,8)		10 (12,4)	44 (14,7)		6 (5-7)	
Escore de práticas de comensalidade recomendadas	2 (1-2)	2 (1-3)	0,972 [e]	2 (1-2)	2 (1-3)	1,000 [e]	2 (1-3)	2 (1-2)	0,310 [e]	2 (1-3)	2 (1-2)	0,008 [e]	-	-

Siglas: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; IIQ - intervalo interquartil. p-valor obtido por Teste: b - de Pearson, c - Exato de Fisher, d - Mann-Whitney, e - Kruskal-Walls ($p<0,05$).
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 5. Características sociodemográficas, gestacionais, clínicas e de estilo de vida de acordo com os hábitos alimentares de gestantes assistidas pelo SUS (n=380). Goiânia/Senador Canedo, Goiás, Brasil. 2022-2025.

Variáveis	Escore de práticas de comensalidade recomendadas (n=380)		Hábito de realizar as refeições sem uso de telas (n=380)		Hábito de se alimentar/comer à mesa (n=380)		Hábito de se alimentar junto à família (n=380)	
	Mediana (IIQ)	p-valor	Sim n(%)	p-valor	Sim n(%)	p-valor	Sim n(%)	p-valor
Amostra total			121 (31,8)	-	211 (55,5)	-	326 (85,8)	-
Risco Obstétrico								
Baixo risco	2 (1-3)	0,834 [e]	41 (33,9)	0,648 [b]	74 (35,1)	0,836 [b]	117 (35,9)	0,716 [b]
Alto risco	2 (1-2)		80 (66,1)		137 (64,9)		209 (64,1)	
Idade								
20 a 35 anos	2 (1-2)	0,063 [d]	91 (75,21)	0,005 [b]	171 (81,0)	0,218 [b]	273 (83,7)	0,454 [b]
> 35 anos	2 (1-3)		30 (24,79)		40 (19,0)		53 (16,3)	
Raça/Cor								
Branca	2 (1-3)	0,025 [e]	25 (20,7)	0,040 [c]	40 (19,0)	0,074 [b]	55 (16,9)	0,828 [c]
Parda e Preta	2 (1-2)		93 (76,9)		162 (76,8)		250 (76,7)	
Amarela e indígena	1 (1-2)		3 (2,5)		9 (4,3)		21 (6,4)	
Presença de companheiro								
Sim	2 (1-3)	0,091 [e]	103 (85,1)	0,294 [b]	175 (82,9)	0,636 [b]	275 (84,4)	0,005 [b]
Não	2 (1-2)		18 (14,9)		36 (17,1)		51 (15,6)	
Escolaridade								
Baixa escolaridade	1 (1-2)	0,233 [e]	21 (17,4)	0,198 [b]	36 (17,1)	0,704 [b]	55 (16,9)	0,283 [c]
Média escolaridade	2 (1-2)		83 (68,6)		152 (72,0)		237 (72,7)	
Alta escolaridade	2 (1-3)		17 (14,0)		23 (10,9)		34 (10,4)	
Ocupação Remunerada								
Sim	2 (1-3)	0,029 [e]	61 (50,4)	0,417 [b]	111 (52,6)	0,022 [b]	158 (48,5)	0,292 [b]

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Não	1 (1-2)		60 (49,6)		100 (47,4)		168 (51,5)	
Renda mensal familiar (SM)								
< 1	1 (1-2)	0,126 [e]	17 (14,1)	0,775 [b]	27 (12,8)	0,116 [c]	44 (13,5)	0,030 [c]
1 a 2	2 (1-2)		54 (44,6)		100 (47,4)		155 (47,5)	
2 a 5	2 (1-3)		43 (35,5)		70 (33,2)		113 (34,7)	
> 5	2 (1-3)		7 (5,8)		14 (6,6)		14 (4,3)	
Recebe auxílio governamental								
Sim	2 (1-2)	0,399 [e]	43 (35,5)	0,665 [b]	72 (34,1)	0,179 [b]	122 (37,4)	0,753 [b]
Não	2 (1-3)		78 (64,5)		139 (65,9)		204 (62,6)	
Idade Gestacional								
1º trimestre	2 (1-2)	0,939 [e]	15 (12,4)	0,954 [b]	30 (14,2)	0,569 [b]	38 (11,7)	0,091 [b]
2º trimestre	2 (1-3)		44 (36,4)		74 (35,1)		111 (34,0)	
3º trimestre	2 (1-3)		62 (51,2)		107 (50,7)		177 (54,3)	
Número de gestações								
Primigesta	2 (1-2)	0,281 [e]	19 (15,7)	0,100 [b]	48 (22,8)	0,217 [b]	69 (21,2)	0,371 [b]
Duas	2 (1-3)		38 (31,4)		52 (24,6)		94 (28,8)	
Três ou mais	2 (1-3)		64 (52,9)		111 (52,6)		163 (50,0)	
Número de abortos								
Nenhum	2 (1-2)	0,141 [e]	81 (66,9)	0,581 [b]	136 (64,4)	0,091 [b]	219 (67,2)	0,830 [c]
Um	2 (1-2)		29 (24,0)		55 (26,1)		83 (25,5)	
Dois ou mais	2 (1-3)		11 (9,1)		20 (9,5)		24 (7,4)	
Uso de suplementos vitamínicos e minerais								
Sim	2 (1-3)	0,150 [e]	103 (85,1)	0,963 [b]	185 (87,7)	0,102 [b]	280 (85,9)	0,233 [b]
Não	1 (1-2)		18 (14,9)		26 (12,3)		46 (14,1)	

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Diagnóstico de DMG								
Sim	2 (1-3)	0,930 [e]	38 (31,4)	0,378 [b]	60 (28,4)	0,994 [b]	88 (27,0)	0,130 [b]
Não	2 (1-2)		83 (68,6)		151 (71,6)		238 (73,0)	
Diagnóstico de hipertensão arterial durante a gestação								
Sim	1 (1-3)	0,206 [e]	26 (21,5)	0,655 [b]	43 (20,4)	0,192 [b]	72 (22,1)	0,356 [b]
Não	2 (1-3)		95 (78,5)		168 (79,6)		254 (77,9)	
Diagnóstico de doença crônica não transmissível								
Sim	2 (1-2,5)	0,911 [e]	20 (16,5)	0,787 [b]	31 (14,7)	0,512 [b]	55 (16,9)	0,225 [c]
Não	2 (1-3)		101 (83,5)		180 (85,3)		271 (83,1)	
Uso de tabaco durante a gestação								
Sim	1 (1-2)	0,035 [e]	2 (1,6)	0,105 [c]	5 (2,4)	0,069 [c]	13 (4,0)	0,485 [c]
Não	2 (1-3)		119 (98,4)		206 (97,6)		313 (96,0)	
Uso de álcool durante a gestação								
Sim	1,5 (1-3)	0,666 [e]	7 (5,8)	0,577 [b]	14 (6,6)	0,858 [b]	22 (6,7)	0,775 [c]
Não	2 (1-3)		114 (94,2)		197 (93,4)		304 (93,3)	
Situação de SA/IA								
SA	2 (1-3)	0,013 [e]	52 (43,0)	0,205 [b]	89 (42,2)	0,021 [b]	124 (38,0)	0,289 [b]
IA leve	2 (1-2)		51 (42,1)		93 (44,1)		149 (45,7)	
IA moderada/grave	1 (1-2)		18 (14,9)		29 (13,7)		53 (16,3)	

Siglas: DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; SA: Segurança alimentar; IA: Insegurança Alimentar; a: Valores apresentados em mediana (IIQ - intervalo interquartil); n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; p-valor obtido por Teste: b - de Pearson, c - Exato de Fisher, d - Mann-Whitney, e - Kruskal-Walls ($p<0,05$). **Legenda:** Baixa escolaridade: até o ensino fundamental completo; Média escolaridade: até ensino superior incompleto; Alta escolaridade: ensino superior completo e pós-graduação. SM: Salário mínimo referência (2021) igual a R$1100,00.
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Tabela 6. Avaliação do caminho indireto hipotetizado entre insegurança alimentar e escore global de consumo alimentar, por meio das práticas de comensalidade recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, em gestantes assistidas pelo SUS. Goiânia/Senador Canedo, 2022–2025.

Caminho/Associação – Modelo Bruto	**B (IC95%)**	**β padronizado**	**p-valor**
IA → práticas de comensalidade (caminho a)	-0,230 (-0,381; -0,079)	-0,161	**0,003**
Práticas de comensalidade → escore global de consumo alimentar (caminho b)	-0,039 (-0,147; 0,069)	- 0,039	0,480
Associação direta: IA → escore global de consumo alimentar (caminho c')	-0,030 (-0,184; 0,124)	-0,021	0,706
Associação indireta: IA → escore global de consumo alimentar, por meio das práticas de comensalidade (a*b)	0,009 (-0,017; 0,034)	0,006	0,491
Associação total: IA → escore de consumo alimentar saudável (c' + a*b)	-0,021 (-0,173; 0,132)	- 0,015	0,790
Caminho/Associação – Modelo Ajustado [1]			
IA → práticas de comensalidade (caminho a)	-0,232 (-0,386; -0,077)	-0,160	**0,003**
Risco obstétrico → práticas de comensalidade	-0,027 (-0,153; 0,099)	-0,025	0,672
Idade materna → práticas de comensalidade	0,253 (-0,034;0,540)	0,093	0,084
Número de abortos → práticas de comensalidade	0,157 (-0,025; 0,340)	0,095	0,090
Diabetes mellitus gestacional → práticas de comensalidade	-0,060 (-0,316; 0,196)	-0,026	0,647
Diagnóstico de Doença crônica não-transmissível → práticas de comensalidade	0,085 (-0,280; 0,451)	0,030	0,647
Práticas de comensalidade → escore global de consumo alimentar (caminho b)	-0,051 (-0,160; 0,058)	- 0,047	0,359
Associação direta: IA → escore global de consumo alimentar, considerando as covariáveis (caminho c')	0,010 (-0,150; 0,169)	0,006	0,904
Risco obstétrico → escore global de consumo alimentar	0,292 (0,163; 0,421)	0,253	**< 0,001**
Idade materna → escore global de consumo alimentar	0,252 (-0,115; 0,619)	0,085	0,178
Número de abortos → escore global de consumo alimentar	0,033 (-0,167; 0,233)	0,018	0,746
Diabetes mellitus gestacional → escore global de consumo alimentar	0,527 (0,253; 0,801)	0,215	**< 0,001**
Diagnóstico de Doença crônica não-transmissível → escore global de consumo alimentar	0,025 (-0,314; 0,364)	0,008	0,883
Associação indireta: IA → escore global de consumo alimentar, por meio das práticas de comensalidade (a*b)	0,012 (-0,015; 0,038)	0,008	0,381
Associação total: IA → escore global de consumo alimentar (c' + a*b)	0,022 (-0,136; 0,180)	0,014	0,789

REMUNOM
ISSN 2178-6925

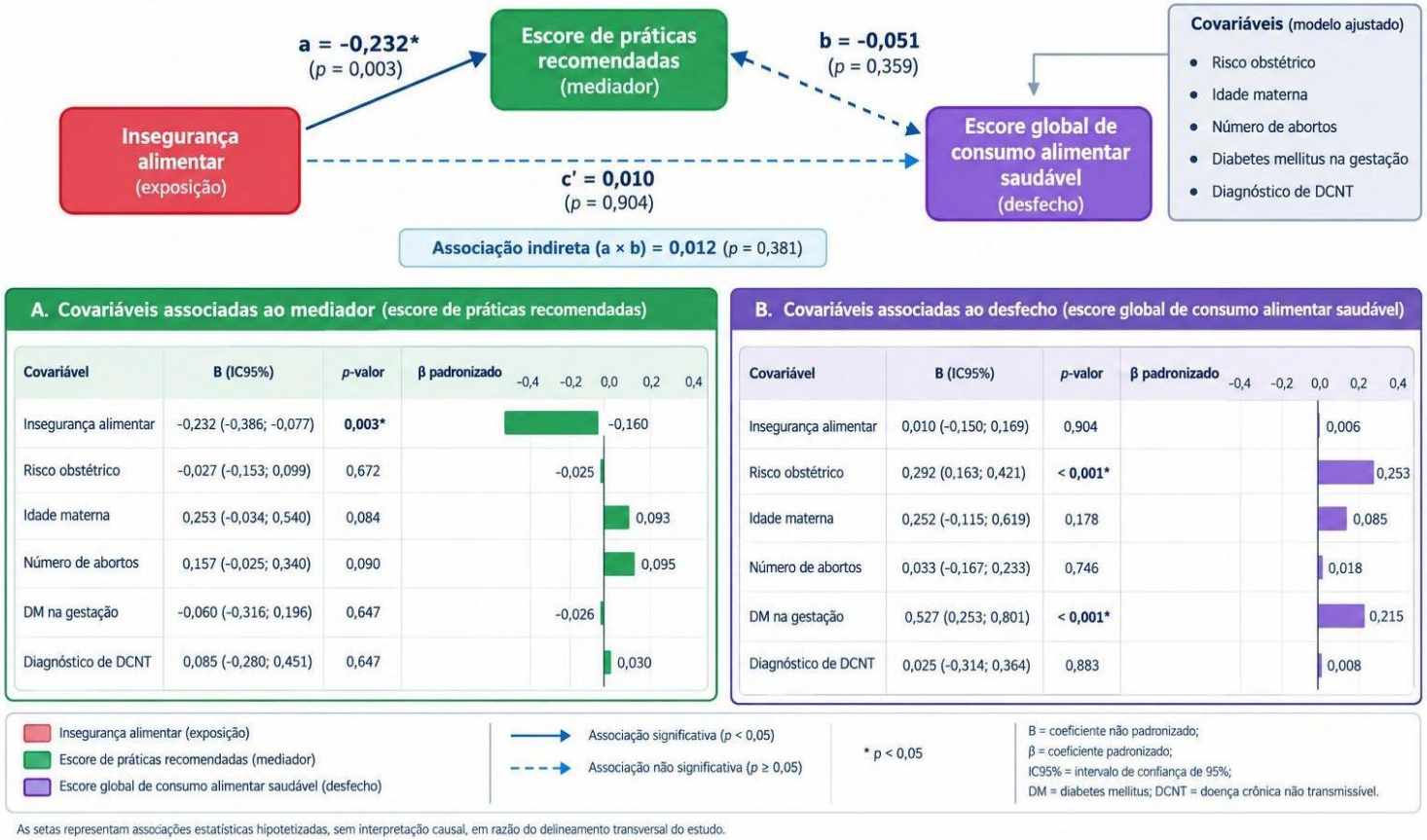
Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Siglas: IA = insegurança alimentar (leve, moderada/grave); B= coeficiente não padronizado; β = coeficiente padronizado; IC95% = intervalo de confiança de 95%. Variáveis dependentes ordinais estimadas pelo método WLSMV. Valores em negrito indicam p < 0,05. ¹ Modelo ajustado por risco obstétrico, idade materna, número de abortos, diabetes mellitus na gestação e diagnóstico de doença crônica (p< 0,20).
Fonte: Elaboração própria.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Figura 2. Representação gráfica do modelo exploratório de mediação estatística. Goiânia/Senador Canedo, 2022-2025.



Notas: Setas indicam as relações diretas entre as variáveis observadas. Os coeficientes de regressão (B) estão representados sobre as setas; asteriscos indicam significância estatística ($p < 0,05$).
F**onte:** Elaboração própria, com auxílio de inteligência artificial para a representação gráfica, a partir dos dados e resultados estatísticos da pesquisa.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

4. Discussão

No âmbito das hipóteses testadas, apenas a primeira encontrou suporte nos resultados. A IA esteve inversamente associada ao escore de práticas de comensalidade após o ajuste pelas covariáveis, com magnitude padronizada relativamente pequena (β=−0,160). Por outro lado, não foi identificado caminho indireto estatisticamente significativo entre IA e consumo alimentar saudável, por meio dessas práticas. Assim, os achados sugerem que maiores níveis de IA estiveram associados à menor adoção das práticas de realizar refeições em companhia, à mesa e sem telas, recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), sem associação significativa com o escore global de consumo alimentar no modelo analisado.

Esses resultados reforçam a importância de considerar as dimensões sociais, culturais e ambientais da alimentação. Estudos anteriores identificaram monotonia alimentar e situações de IA entre gestantes, mesmo quando as refeições familiares eram valorizadas (Baião; Deslandes, 2010), enquanto o consumo de refeições preparadas em casa esteve inversamente associado ao consumo de alimentos não saudáveis (Gondim *et al.*, 2022). Além disso, a exposição às telas tem sido associada ao consumo de alimentos ultraprocessados (AUP), amplamente promovidos nesses meios de comunicação (Neves *et al.*, 2025), destacando a relevância do ambiente alimentar e das condições de realização das refeições.

Na análise ajustada, observou-se ainda associação positiva, de pequena magnitude padronizada (β=0,134), entre o escore de práticas de comensalidade e o consumo de “bolachas recheadas, doces ou guloseimas”. Embora, aparentemente contraditório, esse achado pode refletir a complexidade sociocultural da comensalidade, que também envolve aspectos afetivos e relacionais (Neves *et al.*, 2025). A possibilidade de esses alimentos serem consumidos em momentos de socialização familiar constitui uma hipótese a ser investigada, uma vez que os dados disponíveis não permitem identificar as circunstâncias desse consumo.

Na análise exploratória de mediação, observou-se também uma estimativa de associação inversa entre IA e consumo de “bolachas recheadas, doces ou guloseimas”, que deve ser interpretada com cautela diante da incerteza estatística. Essa associação não representa necessariamente uma condição alimentar mais

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

favorável, podendo estar relacionada a restrições econômicas e estratégias de aquisição e substituição de alimentos (Sato *et al.*, 2020). O consumo de AUP é sensível aos preços (Machado *et al.*, 2017), cuja diferença em relação aos alimentos in natura ou minimamente processados vem diminuindo (Maia *et al.*, 2020). Além disso, maior participação de AUP na dieta foi observada entre gestantes brasileiras de maior renda (Mariano *et al.*, 2023), reforçando a necessidade de considerar as condições socioeconômicas na interpretação desse resultado.

As hipóteses de associação direta entre IA e o escore global de consumo alimentar e de associação indireta por meio das práticas de comensalidade não encontraram suporte nos resultados. A ausência de associação direta merece destaque diante das evidências da literatura sobre as relações entre vulnerabilidade socioeconômica, IA e qualidade da alimentação (Thomson *et al.*, 2024), bem como da participação de fatores contextuais, estruturais e comportamentais nas práticas alimentares (Costa *et al.*, 2022). Esse resultado pode estar relacionado ao predomínio de IA leve, à heterogeneidade clínica e assistencial das gestantes acompanhadas na APS e na atenção terciária e à utilização de marcadores referentes exclusivamente ao consumo no dia anterior, que não representam a alimentação habitual. Assim, a ausência de associação estatisticamente significativa não exclui possíveis relações entre IA e outras dimensões do consumo alimentar durante a gestação.

Apesar disso, observou-se mediana relativamente elevada do escore global de consumo alimentar, com associações positivas para risco obstétrico elevado (β=0,253) e diagnóstico de DMG (β=0,215), de magnitudes padronizadas relativamente pequenas a moderadas. Destaca-se que a DMG também esteve associada a maiores escores de marcadores de alimentação não saudável, evidenciando a coexistência de diferentes padrões de consumo. Embora a alimentação seja fundamental no manejo da DMG e na prevenção de desfechos maternos e fetais (Hivert *et al.*, 2024), os resultados não permitem atribuir essas associações às orientações nutricionais ou a mudanças alimentares decorrentes do diagnóstico, uma vez que não foram investigados o tempo desde o diagnóstico, o acompanhamento nutricional e a adesão às recomendações.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

De forma semelhante, o maior escore global de consumo alimentar observado entre mulheres em pré-natal de alto risco deve ser interpretado considerando a heterogeneidade clínica e assistencial das gestantes. Embora o pré-natal de alto risco envolva maior vigilância alimentar e nutricional, não é possível atribuir a associação observada necessariamente ao acompanhamento especializado. Esses achados reforçam a importância de uma abordagem ampliada da alimentação na gestação, contemplando aspectos nutricionais, sociais, culturais e comportamentais, com potenciais benefícios para o bem-estar materno e infantil (Pires *et al.*, 2020).

A predominância de gestantes em condições de vulnerabilidade socioeconômica e de IA leve, associada à coexistência de marcadores saudáveis, como feijão, frutas e hortaliças, e não saudáveis, como bebidas adoçadas, evidencia a complexidade das práticas alimentares nessa população. Em conjunto, os resultados indicam que a IA esteve inversamente associada às práticas de comensalidade, enquanto características clínicas e obstétricas apresentaram associações com o consumo alimentar, sem evidências de associação indireta significativa por meio da comensalidade. Nesse contexto, as ações de educação alimentar e nutricional no SUS devem contemplar tanto os alimentos consumidos quanto os contextos e modos de comer, considerando as condições sociais, econômicas e clínicas das gestantes.

Entre os pontos fortes do estudo, destacam-se a utilização de instrumentos validados ou recomendados em políticas públicas, como a EBIA, os marcadores de consumo alimentar do SISVAN e as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, além da inclusão de gestantes acompanhadas na APS e na atenção terciária. A aplicação de modelos estatísticos permitiu investigar associações entre IA, práticas de comensalidade e consumo alimentar, incluindo a exploração de caminhos indiretos hipotetizados.

Algumas limitações devem ser consideradas. O delineamento transversal impede estabelecer a temporalidade e inferir relações causais entre as variáveis investigadas. A seleção de covariáveis, baseada inicialmente em critérios estatísticos e complementada pela plausibilidade teórica e epidemiológica, não elimina a possibilidade de confundimento residual ou ajuste inadequado. A avaliação retrospectiva da precisão amostral, centrada na prevalência de IA, não permite

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

assegurar precisão suficiente para estimar associações indiretas de pequena magnitude. A amostragem não probabilística e o recrutamento em dois contextos assistenciais limitam a generalização dos achados. A inclusão exclusiva de gestantes adultas e o agrupamento de categorias de raça/cor autodeclarada também restringem a identificação de particularidades e desigualdades entre grupos populacionais. A análise de casos completos pode ter introduzido viés de seleção, sobretudo pela maior proporção de exclusões na atenção terciária (18,6%) em relação à APS (3,6%). Apesar da padronização do instrumento, o uso de formulários digitais na APS e impressos na atenção terciária pode ter ocasionado diferenças operacionais no registro dos dados. As informações autorreferidas estão sujeitas a vieses de informação e desejabilidade social. Os marcadores do SISVAN, por refletirem apenas o consumo no dia anterior, não caracterizam a alimentação habitual, especialmente durante a gestação, quando sintomas, condições clínicas e hospitalização podem estar associados a variações pontuais na alimentação (Brasil, 2021). A concentração de pontuações elevadas no escore global pode ter reduzido sua capacidade discriminatória. A ausência de informações sobre acompanhamento nutricional, orientações recebidas e intervenções dietéticas limita a interpretação das associações com condições clínicas e obstétricas. Múltiplas comparações sem correção formal podem ter aumentado a ocorrência de resultados estatisticamente significativos ao acaso, especialmente com valores de p próximos ao limiar convencional. Portanto, os achados devem ser interpretados considerando a magnitude, a direção e a precisão das estimativas, reconhecendo o caráter exploratório de parte das análises e a necessidade de estudos posteriores.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui para a compreensão das diferentes dimensões da alimentação durante a gestação, ao investigar conjuntamente a IA, as práticas de comensalidade e o consumo alimentar em distintos níveis de atenção à saúde. Os achados apontam para a relevância de abordagens integradas no cuidado nutricional pré-natal, considerando tanto as condições de acesso aos alimentos quanto os contextos em que as refeições são realizadas.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

5. Conclusão

O estudo evidenciou associação inversa entre a IA e o escore de práticas de comensalidade recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, sugerindo que a vulnerabilidade social pode estar relacionada não apenas ao acesso aos alimentos, mas, também às dimensões sociais e culturais do ato de comer. Por outro lado, não foram observadas evidências de associação direta entre IA e o escore global de consumo alimentar, nem de um caminho indireto estatisticamente significativo por meio das práticas de comensalidade. O risco obstétrico elevado e o diagnóstico de DMG apresentaram associações positivas com o escore global de consumo alimentar, cuja maior pontuação representa uma combinação mais favorável à alimentação saudável. Essas associações podem refletir, entre outros fatores, diferenças nas condições clínicas e na intensidade do acompanhamento assistencial e nutricional, hipóteses que necessitam de investigação em estudos longitudinais.

Esses achados reforçam a importância de considerar a IA, os marcadores de consumo alimentar e as práticas de comensalidade como dimensões complementares na atenção pré-natal no SUS, tanto na APS quanto na atenção especializada. A avaliação integrada dessas dimensões pode subsidiar o planejamento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável que contemplem não apenas os alimentos consumidos, mas também as condições sociais, culturais e ambientais em que a alimentação ocorre, respeitando as particularidades e vulnerabilidades das gestantes.

Conflitos de interesses: Nenhum declarado.

Disponibilidade de dados: Os dados utilizados neste artigo estão disponíveis mediante solicitação aos autores.

Uso de inteligência artificial generativa: Foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial generativa como apoio à elaboração das figuras e à busca de artigos científicos, cujas informações foram verificadas nas fontes originais.

Financiamento: As agências de fomento não tiveram participação no desenho, na análise ou na redação deste artigo.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Referências

BAIÃO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 2, p. 3199-3206, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800025.

BARON, Reuben M.; KENNY, David A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 51, n. 6, p. 1173-1182, 1986. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 18 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 7 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 33 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes: fascículo 3*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 15 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo3.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Situação alimentar e nutricional de gestantes na Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 21 p. Disponível em: https://nutricao.saude.ms.gov.br/?p=2531. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

BUENO, Aline Aparecida; BESERRA, Jéssica Aparecida Soares; WEBER, Márcia Lopes. Características da alimentação no período gestacional. *Journal of Interdisciplinary Lifestyle Studies*, v. 3, n. 2, p. 29-42, 2016. DOI: https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v3.n2.p29-42. Acesso em: 5 set. 2025.

CARREIRA, Natalia Posses; LIMA, Maria Carolina de; TRAVIESO, Sofia Germano; et al. Fatores maternos associados ao consumo usual de alimentos ultraprocessados na gestação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.16302022.

COSTA, Renata Oliveira Messina; POBLACION, Ana; GIUDICE, Carolina Lourenço; et al. Factors associated with food insecurity among pregnant women assisted by Universal Health Care in Lavras, Minas Gerais State. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 1, p. 137-145, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100008. Acesso em: 14 set. 2025.

DEMÉTRIO, Fran; TELES, Carlos Antônio de Souza; SANTOS, Djanilson Barbosa dos; et al. Food insecurity in pregnant women is associated with social determinants and nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 7, p. 2663-2676, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.24202018.

FERNANDES, Renata Cordeiro; MANERA, Fernanda; BOING, Larissa; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Socioeconomic, demographic, and obstetric inequalities in food insecurity in pregnant women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, n. 4, p. 825-834, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400008.

GONDIN, Mariana S. et al. Home-prepared meal consumption is associated with healthy food choices in pregnant women followed up by primary health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 24, 16557, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph192416557.

HIVERT, Marie-France; BACKMAN, Helena; BENHALIMA, Katrien; et al. Pathophysiology from preconception, during pregnancy, and beyond. *The Lancet*, v. 404, n. 10448, p. 158-174, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00827-4.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Metodologia do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

KEPLEY, John M.; BATES, Kaitlyn; MOHIUDDIN, Shamim S. Physiology, maternal

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

changes. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2025. Atualizado em: 12 mar. 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539766/. Acesso em: 14 nov. 2025.

LIGUORI, Julia; PRADEILLES, Rebecca; LAAR, Amos; et al. Individual-level drivers of dietary behaviour in adolescents and women through the reproductive life course in urban Ghana: a Photovoice study. *Maternal & Child Nutrition*, v. 18, n. 4, e13412, 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/mcn.13412. Acesso em: 21 maio 2026.

LOUZADA, Maria Laura da Costa; COUTO, Vanessa Del Castillo Silva; RAUBER, Fernanda; et al. Marcadores do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional predizem qualidade da dieta. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 82, 2023. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005087.

MAIA, Emanuella Gomes; PASSOS, Camilla Mendes dos; LEVY, Renata Bertazzi; BORTOLETTO MARTINS, Ana Paula; MAIS, Laís Amaral; CLARO, Rafael Moreira. O que esperar do preço de alimentos saudáveis e não saudáveis ao longo do tempo? O caso do Brasil. *Public Health Nutrition*, v. 23, n.4, p.579-588. 2020. DOI:10.1017/S1368980019003586.

Machado, Priscila Pereira; Claro, Rafael Moreira; Canella, Daniela Silva; Sarti, Flávia Mori; Levy, Renata Bertazzi. Price and convenience: The influence of supermarkets on consumption of ultra-processed foods and beverages in Brazil. *Appetite,* v. 116, p.381-388, 2017. DOI: 10.1016/j.appet.2017.05.027.

MARIANO, Karina da Rocha; ANDRADE, Giovanna Calixto; Louzada, Maria Laura da Costa; Nakamura, Mary Uchiyama; Araujo Júnior, Edward; Souza, Eduardo. Ultra-processed foods and the nutritional quality of the diet of Brazilian pregnant women. *Revista da Associação Médica Brasileira,* v. 69, n.1, p. 169-74. 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9282.20221230.

NEVES, Leticia Ferrer; DE LIMA, Maria Carolina; CARREIRA, Natalia Posses; et al. Relação entre tempo de tela e consumo de ultraprocessados em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 8, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.12172024.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; TAVARES, Myrian Cicyanne Machado; BEZERRA, Alexandra Rodrigues. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 519-526, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.27382015.

PIRES, Carolina da Costa; RODRIGUES, Mariana Leal; CAPELLI, Jane de Carlos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

Santana; et al. Atenção nutricional e práticas alimentares na perspectiva de gestantes com excesso de peso. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 15, e40566, 2020. DOI: https://doi.org/10.12957/demetra.2020.40566.

PIRES, Isadora Garcia; GONÇALVES, Danielle Raquel. Food consumption and weight gain of pregnant women assisted in public health units. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 128-146, 2021. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-013.

RAMALHO, Alanderson A.; HOLANDA, Cibely M.; MARTINS, Fernanda A.; et al. Food insecurity during pregnancy in a maternal-infant cohort in Brazilian Western Amazon. *Nutrients*, v. 12, n. 6, e1578, 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/nu12061578.

RANGEL, Clara Christine de Souza; GOMES, Daiane Silva; BRANDÃO, Thelma; et al. Consumo de frutas e insegurança alimentar em gestantes. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 29, p. 1-9, 2022. DOI: https://doi.org/10.20396/san.v29i00.8670695.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil: II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Goiânia, GO: Rede PENSSAN, 2022. 122 p. Disponível em: https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

REIS, Roberta Sena; SCHINCAGLIA, Raquel Machado; MOREIRA, Mariana Martins; et al. Associação entre práticas de comensalidade e consumo alimentar saudável na Atenção Primária: estudo transversal, Goiânia, 2022-2023. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 34, e20240367, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240367.pt.

ROCHA, Ana Luma Moura da; ALENCAR, Giullian Brito de; FREITAS, Francisca Marta Nascimento de Oliveira; et al. A relação da alimentação da gestante e a influência no desenvolvimento do bebê. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 12, e131121244065, 2023. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44065. Acesso em: 10 set. 2025.

SATO, Priscila de Morais; ULIAN, Mariana Dimitrov; OLIVEIRA, Mayara Sanay da Silva; CARDOSO, Marly Augusto; WELLS, Jonathan; DEVAKUMAR, Delanjathan; LOURENÇO, Bárbara Hatizlhoffer, SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. Signs and strategies to deal with food insecurity and consumption of ultra-processed foods among Amazonian mothers. *Glob Public Health*. v.15, n.8, p.1130-1143, 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1749694.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/09/2026 - **Accepted:** 26/10/2026
Vol:
DOI:
Pages: 1-37

SEGALL-CORRÊA, Ana Maria; MARIN-LEÓN, Letícia; MELGAR-QUIÑONEZ, Hugo; PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. Refinement of the Brazilian household food insecurity measurement scale: recommendation for a 14-item EBIA. *Revista de Nutrição*, v. 27, n. 2, p. 241-251, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1415-52732014000200010.

SILVA, Tatiana Vanessa Nascimento da; NERIS, Vanessa Alves; ALBUQUERQUE, Mellina Neyla de Lima; et al. Consumo alimentar de gestantes de alto risco através de um índice de qualidade da dieta adaptado. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e39310313566, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13566.

SOMA-PILLAY, Priya; NELSON-PIERCY, Catheryne; TOLPPANEN, Heli; MEBAZAA, Alexandre. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, v. 27, n. 2, p. 89-94, 2016. DOI: https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021.

Thomson JL, Landry AS, Walls TI. Direct and Indirect Effects of Food and Nutrition Security on Dietary Choice and Healthfulness of Food Choice: Causal Mediation Analysis. *Curr Dev Nutr.* 2024 Jan 13;8(2):102081. doi: 10.1016/j.cdnut.2024.102081.

TSEGAYE, Dereje; TAMIRU, Dessalegn; BELACHEW, Tefera. Food-related taboos and misconceptions during pregnancy among rural communities of Illu Aba Bor zone, Southwest Ethiopia: a community-based qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 21, n. 1, e309, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03778-6.

WHITEOAK, Bree; DAWSON, Samantha L.; CALLAWAY, Leonie; et al. Food insecurity is associated with diet quality in pregnancy: a cross-sectional study. *Nutrients*, v. 16, n. 9, e1319, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/nu16091319. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11085356. Acesso em: 20 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2016.