

Há diferenças na qualidade da dieta de trabalhadoras remuneradas e donas de casa?

Daniela de Assumpção¹, Caroline Senicato¹, Regina Mara Fisberg^{II}, Ana Maria Canesqui¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

¹ Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil

^{II} Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Verificar se existe associação entre qualidade da dieta e inserção das mulheres no mercado de trabalho e se o nível de escolaridade modificaria essa associação; analisar as diferenças segundo escolaridade; e avaliar se a inserção ou não no mercado modifica a associação entre qualidade da dieta e escolaridade.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal de base populacional, que utilizou dados do Inquérito de Saúde de Campinas (*ISACamp* 2008). A alimentação de 464 mulheres, de 18 a 64 anos, foi avaliada por meio do Índice de Qualidade da Dieta Revisado. Foram estimadas as médias do escore total e dos componentes do índice com o uso de regressão linear simples e múltipla.

RESULTADOS: Nenhuma diferença foi observada entre qualidade da dieta de donas de casa e trabalhadoras remuneradas. A análise estratificada por escolaridade mostrou menor ingestão de frutas entre as donas de casa no segmento de pior escolaridade, em comparação às trabalhadoras remuneradas. Entre as mulheres, a menor escolaridade esteve associada à pior qualidade global da dieta e à maior ingestão de sódio e menor ingestão de frutas, vegetais, grãos integrais, leite e gordura saturada. Em contraste, a inserção no mercado de trabalho modificou o efeito da escolaridade sobre a qualidade da dieta. No estrato de donas de casa, a baixa escolaridade foi associada à pior qualidade da dieta e ao menor consumo de frutas, vegetais verde-escuros e alaranjados e grãos integrais. Entre as trabalhadoras remuneradas, a baixa escolaridade mostrou-se associada à ingestão maior de sódio e menor de vegetais, cereais integrais e leite e laticínios.

CONCLUSÕES: Os resultados expõem iniquidades no perfil alimentar em relação à escolaridade e à inserção no mercado de trabalho, sinalizando a relevância de políticas públicas que ampliem o acesso à educação e à orientação sobre dieta saudável.

DESCRITORES: Mulheres. Mulheres Trabalhadoras. Fatores Socioeconômicos. Dieta Saudável. Desigualdades em Saúde. Inquéritos sobre Dietas.

Correspondência:

Daniela de Assumpção
Rua Tessália Vieira de Camargo,
126 Cidade Universitária
13083-887 Campinas, SP, Brasil
E-mail: danideassumpcao@gmail.com

Recebido: 2 mar 2017

Aprovado: 19 set 2017

Como citar: Assumpção D, Senicato C, Fisberg RM, Canesqui AM, Barros MBA. Há diferenças na qualidade da dieta de trabalhadoras remuneradas e donas de casa? Rev Saude Publica. 2018;52:47.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, mudanças econômicas, demográficas, sociais e políticas ampliaram o acesso da mulher à educação e ao mercado de trabalho¹. De acordo com o Censo Demográfico 2010, 55% da população brasileira economicamente ativa era composta por mulheres, das quais 19,2% tinham ensino superior completo².

O trabalho principal demanda, em média, cerca de 36 horas semanais das mulheres e 42 dos homens; entretanto as mulheres empenham 21 horas em afazeres domésticos, que é mais que o dobro do tempo utilizado pelos homens³. Devido à necessidade de conciliar funções profissionais com as relacionadas ao cuidado da família e do lar, as mulheres que trabalham fora dedicam pouco tempo ao preparo dos alimentos⁴⁻⁷.

Estudo transversal conduzido em Minnesota, Estados Unidos, com 3.709 pais ou responsáveis por adolescentes, mostrou que as mulheres que trabalhavam em período integral empenhavam 8,8 horas semanais às atividades culinárias, tempo significativamente menor do que o observado naquelas que trabalhavam meio período (10,1 h) ou que estavam desempregadas (11,5 h)⁶.

O padrão alimentar tradicional brasileiro vem sofrendo profundas mudanças, resultantes da substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal, como arroz, feijão e mandioca, e da culinária derivada desses alimentos, por produtos alimentícios prontos para o consumo⁸.

A constatação de mudanças inadequadas na alimentação nos leva a questionar se a participação feminina no mercado de trabalho teria contribuído para essas transformações. Essa discussão deve considerar um conjunto amplo de fatores que contribuíram para as mudanças no padrão alimentar. Dentre eles, destaca-se a conformação de um sistema alimentar baseado em monoculturas que são transformadas em produtos alimentícios pela indústria e a atuação de transnacionais de alimentos no mercado nacional, disseminando produtos de má qualidade nutricional em todos os estratos sociais da população e investindo em estratégias de *marketing* que criam “necessidades” em resposta a um cotidiano de vida que exige economia de tempo, praticidade, saciedade e prazer^{9,10}. Outra questão relevante refere-se à ausência de distribuição das atividades domésticas relativas à alimentação. Toda família deve desenvolver e compartilhar as habilidades culinárias para que essa tarefa não seja atribuída apenas ao sexo feminino⁸.

A qualidade da alimentação pode ser avaliada e monitorada por meio de índices, que reúnem, em uma única medida, um conjunto de componentes baseados em alimentos, nutrientes e ingredientes culinários, com comprovadas implicações à saúde, como os cereais integrais, os vegetais, a gordura saturada e o sódio¹¹. O Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) é um instrumento adaptado e validado para a população brasileira, que permite o diagnóstico do nível de qualidade da dieta de indivíduos ou grupos, tomando por base as recomendações nutricionais^{12,13}.

Considerando a significativa participação feminina na força de trabalho, a influência da mulher na alimentação da família, as modificações desfavoráveis na cultura alimentar e a importância da dieta adequada para a prevenção de agravos à saúde, os objetivos deste estudo foram: verificar se existe distinção na qualidade da dieta de trabalhadoras remuneradas e donas de casa, e se a escolaridade modifica essas diferenças; verificar se existem diferenças segundo a escolaridade; e, avaliar se estar ou não inserida no mercado de trabalho modifica a associação entre qualidade da dieta e escolaridade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que utilizou dados do Inquérito de Saúde do município de Campinas (*ISACamp* 2008), realizado entre fevereiro de 2008 e março de 2009.

A pesquisa se propôs a analisar as condições de vida e de saúde de três domínios de idade: adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos de 60 anos ou mais. O tamanho da amostra foi definido considerando a estimativa de uma proporção de 0,50 (que corresponde à máxima variabilidade), erro de amostragem entre quatro e cinco pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento de dois, resultando em 1.000 indivíduos para cada domínio de idade. Prevendo 80% de taxa de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250 indivíduos.

A amostra do *ISACamp* 2008 foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios: setor censitário e domicílio. No primeiro estágio, após a ordenação dos setores censitários pelo percentual de chefes de família com nível universitário, procedeu-se o sorteio sistemático de 50 setores da área urbana do município de Campinas, SP, com probabilidade proporcional ao número de domicílios. No segundo estágio, realizou-se a amostragem sistemática dos domicílios.

Foram selecionadas amostras independentes de domicílios para cada domínio de idade, correspondendo a 2.150 para entrevistas com adolescentes, 700 para adultos e 3.900 para idosos. Todos os moradores do domicílio que pertenciam ao domínio sorteado foram entrevistados. Outras informações sobre o plano de amostragem estão disponíveis em Alves¹⁴.

No presente estudo, foram analisados somente os dados de adultos do sexo feminino na faixa de 18 a 64 anos de idade. Essa faixa é utilizada por estudos internacionais e nacionais para classificar mulheres em idade produtiva^{15,16}.

Informações demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, de comportamentos relacionados à saúde e de hábito alimentar foram obtidas por meio de um questionário estruturado, previamente testado, aplicado por entrevistadores treinados e supervisionados. O consumo alimentar foi estimado por meio do recordatório de 24 horas (R24h), método que consiste no levantamento e quantificação de todos os alimentos e bebidas ingeridos no dia anterior à entrevista¹⁷.

As variáveis analisadas neste estudo foram:

- Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R)¹². O instrumento contém 12 componentes classificados em adequação (frutas totais; frutas integrais; vegetais totais e leguminosas; vegetais verde-escuros e alaranjados e leguminosas; cereais totais; cereais integrais; leite e derivados; carnes, ovos e leguminosas; óleos) e moderação (sódio; gordura saturada; gord_AA, que avalia o percentual energético proveniente das gorduras, saturada e *trans*, álcool e açúcar de adição) (Quadro).

Cada componente recebe uma pontuação específica, variando de zero a cinco, ou de zero a 10, ou de zero a 20. A pontuação mínima é conferida ao não consumo dos componentes de adequação (1 a 9) ou ao consumo acima do limite recomendado dos componentes de moderação (10 a 12). A pontuação máxima é atribuída ao atingir ou ultrapassar o valor recomendado de ingestão para cada componente. Valores intermediários de ingestão recebem escores proporcionais. A soma dos escores dos componentes resulta no IQD-R total, que pode atingir até 100 pontos (Quadro).

Dados de um recordatório de 24h foram usados para calcular o IQD-R. Após confirmada a qualidade do preenchimento, os recordatórios foram quantificados por uma nutricionista com o propósito de converter as informações em medidas caseiras para gramas ou mililitros. A quantificação foi feita com o uso de tabelas de medidas caseiras^{18,19}, rótulos de alimentos e serviços de atendimento ao consumidor.

O *software Nutrition Data System for Research*, versão 2007 (*University of Minnesota*) foi usado para calcular os nutrientes dos alimentos ingeridos. Os recordatórios com valor energético inferior a 800 kcal ou superior a 3.500 kcal passaram por análise de consistência, com a revisão de todo conteúdo.

Quadro. Critérios de pontuação dos componentes do IQD-R.

| Componentes do IQD-R | Faixa de pontuação (mínima a máxima) | Critério de pontuação mínima | Critério de pontuação máxima |
|--|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Adequação (maior escore significa maior consumo) | | | |
| 1. Frutas totais ^a | 0 a 5 | Não consumo | 1,0 porção/1.000 kcal |
| 2. Frutas integrais | 0 a 5 | Não consumo | 0,5 porção/1.000 kcal |
| 3. Vegetais totais | 0 a 5 | Não consumo | 1,0 porção/1.000 kcal |
| 4. Vegetais verde-escuros e alaranjados | 0 a 5 | Não consumo | 0,5 porção/1.000 kcal |
| 5. Cereais totais | 0 a 5 | Não consumo | 2,0 porções/1.000 kcal |
| 6. Cereais integrais | 0 a 5 | Não consumo | 1,0 porção/1.000 kcal |
| 7. Leite e derivados | 0 a 10 | Não consumo | 1,5 porção/1.000 kcal |
| 8. Carnes e ovos ^b | 0 a 10 | Não consumo | 1,0 porção/1.000 kcal |
| 9. Óleos ^c | 0 a 10 | Não consumo | 0,5 porção/1.000 kcal |
| Moderação (maior escore significa menor consumo) | | | |
| 10. Gordura saturada | 0 a 10 | ≥ 15% do VET | ≤ 7% do VET |
| 11. Sódio | 0 a 10 | ≥ 2,0 g/1.000 kcal | ≤ 0,75 g/1.000 kcal |
| 12. Gord_AA | 0 a 20 | ≥ 35% do VET | ≤ 10% do VET |
| IQD-R total | 0 a 100 | | |

Fonte: Previdelli et al.¹² (2011).

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado; VET: valor energético total; Gord_AA: calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição

^a Representam o consumo de frutas na forma de suco natural.

^b As leguminosas foram excluídas do componente carnes e ovos.

^c Incluem as gorduras das oleaginosas e de peixes.

Conforme o método proposto pelo *Healthy Eating Index-2005*, o IQD-R transfere a energia oriunda das leguminosas para o componente *carnes e ovos*, caso o consumo destes alimentos esteja aquém do valor recomendado. Se o componente *carnes e ovos* atingir a pontuação máxima e ainda restar energia das leguminosas, esse excedente passa para outros dois componentes: *vegetais totais* e *vegetais verde-escuros e alaranjados*, respectivamente. Neste estudo, optou-se por excluir as leguminosas do método do IQD-R para não superestimar os escores dos vegetais, considerando que a população brasileira ingere mais leguminosas do que a norte-americana. Outro motivo da exclusão refere-se à incompatibilidade de feijões e carnes quanto ao perfil nutricional, à qualidade e ao aproveitamento proteico.

- Inserção no mercado de trabalho: categorizada em trabalhadoras remuneradas e donas de casa. No grupo de trabalhadoras remuneradas, foram incluídas as mulheres que realizavam alguma atividade remunerada à época da pesquisa, as que estavam temporariamente afastadas do trabalho por motivo de doença e as aposentadas que continuavam trabalhando de forma remunerada. Como donas de casa, foram consideradas as mulheres que não exerciam atividade remunerada e que relataram ser donas de casa. Nesta pesquisa, foram excluídas as mulheres desempregadas (n = 38), aposentadas (n = 101) e estudantes (n = 34), porque não estavam inseridas no mercado de trabalho ou porque recebiam aposentaria ou seguro desemprego.
- Escolaridade: avaliada em anos de estudo e categorizada em: zero a oito anos e nove anos ou mais.
- Variáveis demográficas e socioeconômicas: faixa etária (em anos), escolaridade, renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos), cor da pele/raça autorreferida, estado conjugal, número de filhos, número de pessoas no domicílio e presença de empregada doméstica.

Neste estudo, as variáveis dependentes foram as pontuações do IQD-R total e de cada componente, e as independentes foram a inserção no mercado de trabalho e o nível de escolaridade das mulheres. As variáveis demográficas e socioeconômicas foram utilizadas para descrever as características sociais dos dois estratos de mulheres, trabalhadoras remuneradas e donas de casa.

As associações entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a ocupação foram determinadas pelo teste de Rao-Scott, com nível de significância de 5%. As médias do IQD-R total e de cada componente foram estimadas por meio de regressão linear simples e múltipla,

considerando 5% de significância. O modelo múltiplo foi ajustado por idade, renda, situação conjugal e número de filhos. A energia (kcal) não entrou no modelo como variável de ajuste porque o IQD-R foi produzido em uma densidade de 1.000 kcal.

As análises dos dados foram realizadas no módulo *svy* do programa Stata 11.0, considerando o delineamento de amostragem do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (sistema CEP/CONEP), sob o CAAE 37303414.4.0000.5404.

RESULTADOS

Foram excluídas das análises 235 mulheres: 160 hipertensas, 52 diabéticas e 23 gestantes. Assim, a população estudada compôs-se por 464 mulheres de 18 a 64 anos. A idade média foi de 36,3 anos (IC95% 35,1–37,5) para o conjunto das mulheres avaliadas, de 35,3 anos (IC95% 33,9–36,6) para as trabalhadoras remuneradas e de 40,3 anos (IC95% 37,7–42,8) para as donas de casa.

A Tabela 1 mostra que a maior parte das donas de casa em tempo integral são mais velhas, com menor escolaridade e renda familiar *per capita*, casadas e com três ou mais filhos.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas segundo a inserção no mercado de trabalho de mulheres de 18 a 64 anos. Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp 2008).

| Variável | Total | | Trabalhadoras | | Donas de casa | | p ^a |
|---|-------|------|---------------|------|---------------|------|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Total | 464 | | 316 | | 148 | | |
| Faixa etária (em anos) | | | | | | | 0,0001 |
| 18–29 | 151 | 32,3 | 116 | 34,0 | 35 | 27,9 | |
| 30–39 | 102 | 28,6 | 82 | 32,6 | 20 | 18,9 | |
| 40–49 | 85 | 23,2 | 58 | 22,6 | 27 | 24,9 | |
| 50–64 | 126 | 15,9 | 60 | 10,8 | 66 | 28,3 | |
| Escolaridade (em anos de estudo) | | | | | | | < 0,0001 |
| 0–8 | 198 | 39,2 | 102 | 30,3 | 96 | 60,9 | |
| 9 ou mais | 266 | 60,8 | 214 | 69,7 | 52 | 39,1 | |
| Renda familiar <i>per capita</i> (SM ^b) | | | | | | | 0,0001 |
| < 1 | 180 | 38,4 | 106 | 31,5 | 74 | 55,3 | |
| ≥ 1 | 284 | 61,6 | 210 | 68,5 | 74 | 44,7 | |
| Cor da pele/raça (autorreferida) ^c | | | | | | | 0,4057 |
| Branca | 344 | 76,1 | 232 | 74,7 | 112 | 79,6 | |
| Preta | 28 | 6,6 | 24 | 7,9 | 4 | 3,6 | |
| Parda | 88 | 17,3 | 57 | 17,4 | 31 | 16,8 | |
| Situação conjugal | | | | | | | < 0,0001 |
| Casada | 220 | 47,8 | 123 | 41,0 | 97 | 64,1 | |
| Vive junto/Amasiada | 68 | 16,7 | 45 | 16,0 | 23 | 18,5 | |
| Desquitada/Separada/Divorciada/Viúva | 53 | 10,2 | 36 | 10,2 | 17 | 10,1 | |
| Solteira | 123 | 25,3 | 112 | 32,8 | 11 | 7,3 | |
| Número de filhos | | | | | | | < 0,0001 |
| Nenhum | 132 | 28,6 | 125 | 38,4 | 7 | 4,9 | |
| 1 | 98 | 23,2 | 68 | 23,7 | 30 | 22,0 | |
| 2 | 118 | 25,4 | 64 | 20,9 | 54 | 36,1 | |
| 3 ou mais | 116 | 22,8 | 59 | 17,0 | 57 | 37,0 | |
| Número de pessoas no domicílio | | | | | | | 0,0584 |
| 1 a 2 | 122 | 22,2 | 88 | 25,4 | 34 | 14,6 | |
| 3 a 4 | 213 | 49,6 | 146 | 49,1 | 67 | 50,6 | |
| 5 ou mais | 129 | 28,2 | 82 | 25,5 | 47 | 34,8 | |
| Empregada doméstica | | | | | | | 0,3707 |
| Não | 417 | 90,3 | 282 | 89,4 | 135 | 92,5 | |
| Sim | 47 | 9,7 | 34 | 10,6 | 13 | 7,5 | |

^a Teste Rao-Scott.

^b Salário mínimo (SM) vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008: R\$415,00; maio/2008 a abril/2009: R\$450,00.

^c Excluídas quatro mulheres que referiram cor da pele amarela.

Não foram detectadas diferenças nos escores dos componentes e da qualidade global da dieta entre trabalhadoras remuneradas e donas de casa (Tabela 2).

Ao analisar a inserção no mercado de trabalho estratificada por escolaridade, a única diferença encontrada foi que, entre as mulheres com até oito anos de estudo, os escores de frutas totais e integrais foram inferiores nas donas de casa, o que significa menor consumo de frutas e sucos naturais (Tabela 3).

Na Tabela 4, verifica-se a associação entre escolaridade e qualidade da dieta. As mulheres menos escolarizadas apresentaram pior qualidade global da dieta, e um consumo superior de sódio e inferior de frutas, vegetais totais, cereais integrais, leite e derivados e gordura saturada.

Na Tabela 5, vemos que, entre as donas de casa, as mulheres com baixa escolaridade apresentaram pior qualidade global da dieta e menor ingestão de frutas integrais, vegetais verde-escuros e alaranjados e grãos integrais. Já entre as trabalhadoras remuneradas, aquelas que estudaram até oito anos tiveram maior ingestão de sódio e menor de vegetais totais, cereais integrais, leite e laticínios, em relação às mais instruídas.

Tabela 2. Médias dos escores e beta coeficientes dos componentes do IQD-R de mulheres trabalhadoras e donas de casa de 18 a 64 anos. Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp 2008).

| Componentes do IQD-R | Médias (IC95%) | | Beta coeficientes (p) | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| | Trabalhadoras ^a | Donas de casa | Brutos | Ajustados ^b |
| Frutas totais | 2,11 (1,77–2,46) | 1,77 (1,34–2,19) | -0,35 (0,135) | -0,35 (0,110) |
| Frutas integrais | 2,12 (1,72–2,52) | 2,09 (1,59–2,59) | -0,03 (0,901) | 0,03 (0,891) |
| Vegetais totais | 3,20 (2,99–3,42) | 2,82 (2,38–3,26) | -0,38 (0,050) | 0,0004 (0,998) |
| Vegetais verde-escuros e alaranjados | 1,59 (1,35–1,83) | 1,16 (0,80–1,53) | -0,43 (0,028) | -0,25 (0,277) |
| Cereais totais | 4,63 (4,52–4,74) | 4,65 (4,47–4,83) | 0,02 (0,832) | 0,04 (0,658) |
| Cereais integrais | 0,26 (0,12–0,40) | 0,27 (0,07–0,46) | 0,01 (0,928) | 0,003 (0,981) |
| Leite e laticínios | 4,72 (4,18–5,27) | 4,35 (3,69–5,00) | -0,38 (0,361) | 0,23 (0,529) |
| Carnes e ovos | 8,27 (7,97–8,57) | 8,21 (7,71–8,70) | -0,06 (0,810) | -0,11 (0,705) |
| Sódio | 2,42 (2,07–2,76) | 2,11 (1,67–2,54) | -0,31 (0,218) | -0,22 (0,448) |
| Óleos | 8,48 (8,04–8,92) | 9,05 (8,51–9,59) | 0,57 (0,098) | 0,38 (0,334) |
| Gordura saturada | 5,67 (5,19–6,16) | 6,44 (5,71–7,17) | 0,77 (0,074) | 0,58 (0,201) |
| Gord_AA | 9,31 (8,57–10,05) | 10,51 (9,31–11,70) | 1,20 (0,077) | 0,68 (0,322) |
| IQD-R total | 52,79 (51,24–54,34) | 53,42 (50,97–55,86) | 0,63 (0,590) | 1,03 (0,436) |

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado; Gord_AA: calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição

^a Categoria de referência utilizada para comparação.

^b Ajustados por idade, escolaridade, renda, situação conjugal e número de filhos.

Tabela 3. Médias dos escores e beta coeficientes dos componentes do IQD-R, segundo inserção no mercado de trabalho e nível de escolaridade de mulheres de 18 a 64 anos. Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp 2008).

| Componentes do IQD-R | Análises ajustadas ^a | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------------|---------------|---------------|
| | Até 8 anos | | | 9 anos ou mais | | |
| | Trabalhadoras ^b | Donas de casa | β (p) | Trabalhadoras ^b | Donas de casa | β (p) |
| Frutas totais | 1,99 | 1,42 | -0,81 (0,004) | 2,17 | 2,31 | 0,25 (0,567) |
| Frutas integrais | 1,90 | 1,52 | -0,71 (0,015) | 2,21 | 2,97 | 0,82 (0,081) |
| Vegetais totais | 2,49 | 2,55 | -0,01 (0,974) | 3,52 | 3,24 | -0,01 (0,977) |
| Vegetais verde-escuros e alaranjados | 1,31 | 0,86 | -0,52 (0,053) | 1,71 | 1,64 | 0,12 (0,786) |
| Cereais totais | 4,56 | 4,67 | 0,10 (0,442) | 4,66 | 4,62 | -0,10 (0,452) |
| Cereais integrais | 0,16 | 0,10 | -0,14 (0,186) | 0,30 | 0,54 | 0,20 (0,430) |
| Leite e laticínios | 3,48 | 3,82 | 0,27 (0,636) | 5,27 | 5,18 | 0,03 (0,957) |
| Carnes e ovos | 8,53 | 8,09 | -0,57 (0,154) | 8,16 | 8,38 | 0,28 (0,475) |
| Sódio | 2,12 | 1,88 | -0,09 (0,807) | 2,54 | 2,46 | -0,38 (0,364) |
| Óleos | 8,64 | 9,08 | 0,54 (0,241) | 8,40 | 9,00 | 0,36 (0,429) |
| Gordura saturada | 6,34 | 6,74 | 0,17 (0,750) | 5,39 | 5,98 | 1,12 (0,123) |
| Gord_AA | 9,90 | 11,40 | 0,86 (0,249) | 9,05 | 9,11 | 0,24 (0,807) |
| IQD-R total | 51,44 | 52,13 | -0,91 (0,593) | 53,37 | 55,42 | 2,93 (0,226) |

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado; Gord_AA: calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição

^a Ajustadas por idade, renda, situação conjugal e número de filhos.

^b Categoria de referência utilizada para comparação.

Tabela 4. Médias dos escores e beta coeficientes dos componentes do IQD-R, segundo nível de escolaridade de mulheres de 18 a 64 anos. Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp 2008).

| Componentes do IQD-R | Médias (IC95%) | | Beta coeficientes (p) | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| | 9 anos ou mais ^a | Até 8 anos | Brutos | Ajustados ^b |
| Frutas totais | 2,21 (1,83–2,60) | 1,76 (1,38–2,14) | -0,45 (0,078) | -0,57 (0,035) |
| Frutas integrais | 2,41 (1,98–2,83) | 1,75 (1,31–2,19) | -0,65 (0,017) | -0,83 (0,002) |
| Vegetais totais | 3,41 (3,17–3,65) | 2,63 (2,25–3,01) | -0,78 (0,001) | -0,73 (0,005) |
| Vegetais verde-escuros e alaranjados | 1,66 (1,36–1,97) | 1,27 (0,93–1,60) | -0,39 (0,084) | -0,28 (0,250) |
| Cereais totais | 4,63 (4,51–4,76) | 4,61 (4,46–4,76) | -0,02 (0,825) | -0,02 (0,873) |
| Cereais integrais | 0,38 (0,22–0,54) | 0,12 (0,03–0,21) | -0,26 (0,004) | -0,36 (0,002) |
| Leite e laticínios | 5,29 (4,77–5,80) | 3,66 (3,11–4,22) | -1,62 (0,000) | -1,66 (0,000) |
| Carnes e ovos | 8,04 (7,67–8,41) | 8,32 (7,94–8,69) | 0,27 (0,283) | 0,19 (0,554) |
| Sódio | 2,63 (2,28–2,99) | 2,00 (1,66–2,34) | -0,64 (0,007) | -0,72 (0,005) |
| Óleos | 8,41 (8,00–8,82) | 8,92 (8,41–9,43) | 0,51 (0,111) | -0,04 (0,911) |
| Gordura saturada | 5,61 (5,10–6,12) | 6,59 (6,00–7,18) | 0,98 (0,012) | 0,98 (0,030) |
| Gord_AA | 9,03 (8,31–9,76) | 10,88 (9,87–11,88) | 1,84 (0,003) | 0,86 (0,205) |
| IQD-R total | 53,73 (52,10–55,36) | 52,52 (50,53–54,50) | -1,21 (0,300) | -3,17 (0,013) |

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado; Gord_AA: calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição

^a Categoria de referência utilizada para comparação.

^b Ajustados por idade, renda, situação conjugal e número de filhos.

Tabela 5. Médias dos escores e beta coeficientes dos componentes do IQD-R, segundo nível de escolaridade de mulheres trabalhadoras e donas de casa de 18 a 64 anos. Inquérito de Saúde do município de Campinas (ISACamp 2008).

| Componentes do IQD-R | Análises ajustadas ^a | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| | Donas de casa | | | Trabalhadoras remuneradas | | |
| | Até 8 anos | 9 anos ou mais ^b | β (p) | Até 8 anos | 9 anos ou mais ^b | β (p) |
| Frutas totais | 1,42 | 2,31 | -0,88 (0,066) | 1,99 | 2,17 | -0,42 (0,235) |
| Frutas integrais | 1,52 | 2,97 | -1,60 (0,001) | 1,90 | 2,21 | -0,56 (0,153) |
| Vegetais totais | 2,55 | 3,24 | -0,79 (0,118) | 2,49 | 3,52 | -0,94 (0,002) |
| Vegetais verde-escuros e alaranjados | 0,86 | 1,64 | -1,04 (0,014) | 1,31 | 1,71 | -0,07 (0,827) |
| Cereais totais | 4,67 | 4,62 | 0,12 (0,505) | 4,56 | 4,66 | -0,14 (0,314) |
| Cereais integrais | 0,10 | 0,54 | -0,67 (0,040) | 0,16 | 0,30 | -0,30 (0,009) |
| Leite e laticínios | 3,81 | 5,18 | -1,29 (0,115) | 3,48 | 5,27 | -1,84 (0,001) |
| Carnes e ovos | 8,09 | 8,38 | -0,82 (0,089) | 8,53 | 8,16 | 0,66 (0,084) |
| Sódio | 1,88 | 2,46 | -0,09 (0,799) | 2,12 | 2,54 | -0,75 (0,028) |
| Óleos | 9,01 | 8,99 | -0,03 (0,947) | 8,64 | 8,40 | -0,18 (0,689) |
| Gordura saturada | 6,74 | 5,98 | 0,83 (0,319) | 6,34 | 5,39 | 0,86 (0,164) |
| Gord_AA | 11,40 | 9,11 | 0,43 (0,694) | 9,90 | 9,04 | 0,12 (0,889) |
| IQD-R total | 52,13 | 55,42 | -5,83 (0,026) | 51,44 | 53,37 | -3,54 (0,075) |

IQD-R: Índice de Qualidade da Dieta Revisado; Gord_AA: calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição

^a Ajustadas por idade, renda, situação conjugal e número de filhos.

^b Categoria de referência utilizada para comparação.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo expõem a existência de iniquidades nas condições de vida entre donas de casa e trabalhadoras remuneradas. As donas de casa são mais velhas, casadas, com maior número de filhos, mais pobres e menos escolarizadas. Pesquisas apontam que as donas de casa com níveis inferiores de escolaridade e renda familiar apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde²⁰ e prevalências mais elevadas de doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e depressão^{15,21,22}. Contudo, os benefícios produzidos pelo emprego dependem do cargo ocupado no trabalho e do nível socioeconômico da mulher^{16,23,24}.

Quanto à qualidade da dieta segundo a inserção feminina no mercado de trabalho, nenhuma diferença foi encontrada na análise inicial. A ausência de disparidades na alimentação foi confirmada ao comparar trabalhadoras e donas de casa com o mesmo nível de educação, observando apenas que a ingestão de frutas foi menor entre as donas de casa do que nas trabalhadoras remuneradas no estrato de pior escolaridade. Pesquisas que analisaram dados de 187 países indicam que o consumo de alimentos saudáveis, incluindo frutas e sucos de frutas, está diretamente relacionado ao nível de renda dos países^{25,26}. No Brasil, a

Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008–2009) mostra que o consumo de frutas e sucos naturais aumenta com o incremento da renda familiar²⁷. Esse resultado é condizente com o obtido por estudo que avaliou a qualidade da dieta da população de Campinas, SP, averiguando crescimento do escore de frutas com a melhora da escolaridade do chefe da família²⁸. Algumas hipóteses poderiam explicar, parcialmente, a maior ingestão de frutas entre as mulheres remuneradas apenas no estrato de escolaridade inferior. Sabe-se que mais de 19,5 milhões de trabalhadores brasileiros são atendidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), cujos cardápios devem conter pelo menos uma porção de fruta em cada refeição fornecida^{29,30}. Os restaurantes de comida a quilo, modelo difundido por todo país, oferecem ampla variedade de alimentos com preço acessível, inclusive frutas e sucos naturais, possibilitando que o comensal faça escolhas alimentares saudáveis^{8,31}.

Estudos que analisaram o perfil alimentar de mulheres segundo sua participação no mercado de trabalho são escassos e apresentam resultados controversos. Pesquisa qualitativa realizada em Viçosa, MG, observou que fatores como idade, renda, apoio familiar, cargo ocupado e preocupação com a saúde modificavam mais a alimentação do que estar ou não inserida no mercado de trabalho⁷. Analisando 1.555 mulheres australianas de 18 a 65 anos, Thornton et al.³² constataram que trabalhar fora não modificava o consumo de frutas, vegetais e *fast foods*; contudo, a oferta de alimentos saudáveis próximo do local de trabalho mostrou-se associada à maior ingestão de frutas e vegetais. Já no estudo de Bauer et al.⁶, as mulheres que trabalhavam em período integral ingeriam menos frutas e vegetais, realizavam menos refeições em família e orientavam menos seus filhos sobre alimentação saudável, comparadas àquelas que não exerciam trabalho remunerado ou que trabalhavam meio período.

Nesta pesquisa, o nível de escolaridade diferenciou claramente a qualidade do padrão alimentar das mulheres. A menor escolaridade mostrou-se associada à pior qualidade da dieta, bem como ao consumo superior de sódio e inferior de frutas, vegetais, cereais integrais e gordura saturada. Outros pesquisadores detectaram associação entre o aumento dos anos de estudo e a melhora da qualidade global da dieta, decorrente do maior consumo de alimentos saudáveis^{28,33}. Resultados da POF 2008–2009 mostram que o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, como carnes, embutidos, leite, queijo e manteiga, é menor nos segmentos de baixa renda familiar²⁷. A ingestão superior de sódio no segmento de baixa escolaridade é consistente com os resultados de estudo que observou maior disponibilidade domiciliar de sódio e de alimentos com alto teor do nutriente entre os mais desfavorecidos economicamente³⁴.

Apesar de a escolaridade modificar positivamente a alimentação, estudo realizado em Campinas, SP, verificou que, mesmo no estrato com 12 anos ou mais de estudo, o escore total do IQD-R era muito baixo (54,4 pontos em uma escala de zero a 100), sinalizando a importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis para toda a população²⁸. A educação estimula a assertividade, autonomia e a participação social da mulher, sendo essencial para promover a saúde física e mental, e escolhas alimentares mais adequadas³⁵. Em uma população de mulheres de baixa renda, Lins et al.³⁶ averiguaram que o consumo de frutas e vegetais e o relato de ter uma dieta saudável eram mais prevalentes entre aquelas que tinham maior renda e escolaridade. Por meio de estudo qualitativo, observou-se que níveis mais altos de escolaridade e renda diferenciava o repertório alimentar das refeições das famílias avaliadas, proporcionado a inclusão de frutas, vegetais, queijo, iogurte, pão integral e diferentes tipos de carnes³⁷.

A inserção no mercado de trabalho exerceu um efeito modificador sobre a associação entre qualidade da dieta e escolaridade. Entre as donas de casa e as trabalhadoras remuneradas, o maior nível de escolaridade parece ter ampliado o conhecimento e a oportunidade de as mulheres aderirem a uma dieta mais saudável. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo desenvolvido nessa perspectiva, o que indica a necessidade de investigação desse tema por outros pesquisadores.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) alerta que a perda do costume de transmitir as habilidades culinárias entre as gerações tem contribuído para que as pessoas mais jovens não adquiram autonomia e experiência no preparo dos alimentos, ficando

cada vez mais dependentes de alimentos prontos ou quase prontos⁸. Frente à mudança na transmissão dos conhecimentos culinários, Diez-Garcia e Castro³⁷ sinalizam a importância de intervenções direcionadas ao desenvolvimento da aptidão e autonomia no preparo dos alimentos, e da realização de refeições no domicílio como estratégias para melhorar a qualidade da alimentação das famílias. A depreciação do ato de cozinhar é reforçada pelas campanhas publicitárias de alimentos, que disseminam a ideia de que a mulher moderna não tem tempo a perder com a alimentação, desqualificando o significado social e simbólico do comer e do cozinhar^{8,10}.

Canesqui³⁸ mostra, em seu estudo etnográfico com famílias trabalhadoras de baixa renda e urbanas, mudanças na transmissão e uso dos conhecimentos de culinária entre duas gerações de mulheres, observando que a geração de mulheres mais velhas, que tiveram um passado rural, socializavam precocemente suas filhas como futuras donas de casa, incluindo a transmissão daqueles conhecimentos, incorporando-as efetivamente nas tarefas domésticas de cozinhar os alimentos. A segunda geração de mulheres, com acúmulo de experiência de vida na cidade, ao contrário, socializava tardiamente suas filhas nessas tarefas, não delegava a atividade de cozinhar às filhas, facultando-lhes, geralmente, o trabalho de limpeza dos alimentos e a lavagem dos utensílios domésticos e do chão das cozinhas. Esta última geração poupava suas filhas adolescentes das tarefas do lar, desvalorizando ideologicamente o trabalho doméstico não remunerado entre as atividades femininas, aspirando para o futuro delas a recompensa pelos investimentos na sua escolarização, preparo e qualificação para o trabalho remunerado.

A avaliação dos resultados deste estudo precisa considerar algumas limitações. Uma delas refere-se à obtenção de um único recordatório de 24h, inviabilizando a análise da ingestão usual do indivíduo devido à grande variabilidade no consumo de alimentos¹⁷. Entretanto, é possível estimar uma média de ingestão para a população quando o recordatório é aplicado em base populacional e de forma a considerar os diferentes dias da semana e meses do ano, como ocorreu no *ISACamp 2008*³⁹. O estudo de corte transversal impede interpretar as associações encontradas como resultantes de relação de causa e efeito. O *ISACamp* não é uma pesquisa específica de nutrição, portanto não apresenta detalhamento de informações relacionadas ao consumo alimentar. Conhecer a frequência e os tipos de alimentos consumidos em casa e fora de casa e quem compra e prepara os alimentos poderia ampliar a discussão dos resultados encontrados neste estudo.

Conclui-se que a qualidade da alimentação das mulheres é modificada pela inserção no mercado de trabalho e pelo nível de escolaridade. Portanto, são necessárias políticas sociais destinadas a ampliar o acesso da mulher ao sistema educacional, além de ações que promovam hábitos alimentares saudáveis para toda a população.

REFERÊNCIAS

1. Bruschini MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cad Pesq.* 2007;37(132):537-72. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: trabalho e rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [citado 4 jan 2018]. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 32). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
4. Jabs J, Devine CM. Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite.* 2006;47(2):196-204. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.014>
5. Johnstone M, Lee C. Young Australian women's aspirations for work and family: individual and sociocultural differences. *Sex Roles.* 2009;61(3-4):204-20. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9622-8>
6. Bauer KW, Hearst MO, Escoto K, Berge JM, Neumark-Sztainer D. Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Soc Sci Med.* 2012;75(3):496-504. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.026>

7. Lelis CT, Teixeira KMD, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saude Debate*. 2012;36(95):523-32. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400004>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed. Brasília (DF); 2014 [citado 4 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
9. Burlandy L, Maluf RS. Soberania alimentar: dimensões de um conceito em construção e suas implicações para a alimentação no cenário contemporâneo. In: Taddei JAAC, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA, editores. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio; 2011. p.457-69.
10. Monteiro CA, Castro IRR. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. *Cienc Cult*. 2009;61(4):56-9.
11. US Department of Agriculture; US Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 2005. Washington (DC); 2005 [citado 4 jan 2018]. Disponível em: <https://health.gov/DietaryGuidelines/dga2005/document/default.htm>
12. Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):794-98. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000035>
13. Andrade SC, Previdelli AN, Marchioni DML, Fisberg RM. Avaliação da confiabilidade e validade do Índice de Qualidade da Dieta Revisado. *Rev Saude Publica*. 2013;47(4):675-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004267>
14. Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2008 [citado 4 jan 2018]. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/plano_de_amostragem.pdf
15. Klumb PL, Lampert T. Women, work, and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. *Soc Sci Med*. 2004;58(6):1007-24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00262-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00262-4)
16. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med*. 2004;59(2):263-74. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.029>
17. Fisberg RM, Colucci ACA, Marques M, Castro MA. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas. In: Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 5. ed. rev. atual. São Paulo: Atheneu, 2017.
18. Fisberg RM, Villar BS. Manual de receitas e medidas caseiras para cálculo de inquéritos alimentares. São Paulo: Signus; 2002.
19. Pinheiro ABV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5.ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
20. Senicato C, Lima MG, Barros MBA. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saude Publica*. 2016;32(8):e00085415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085415>
21. Araújo TM, Almeida MMG, Santana CC, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(2):260-9.
22. Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*. 2014;71(10):730-6. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
23. Thomas C, Benzeval M, Stansfeld S. Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(1):48-52. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.044206>
24. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occup Environ Med*. 2011;68(11):806-12. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
25. Imamura F, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S, Shi P, Powles J, et al. Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(3):e132-42. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70381-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70381-X)

26. Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Lim S, Andrews KG, et al. Global, regional, and national consumption of sugar-sweetened beverages, fruit juices, and milk: a systematic assessment of beverage intake in 187 countries. *PLoS One*. 2015;10(8):e0124845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124845>
27. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):6-15. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000088>
28. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Social and demographic inequalities in diet quality in a population-based study. *Rev Nutr*. 2016;29(2):151-62. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000200001>
29. Ministério do Trabalho e Previdência Social (BR), Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 521, de 8 de janeiro de 2016. Resultados do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT, alcançados até 31 de dezembro de 2015. *Diário Oficial Uniao*. 7 jan 2016 [citado 4 jan 2018]; Seção 1. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/232220-programa-de-alimentauuo-do-trabalhador-pat-divulga-os-resultados-do-programa-de-alimentauuo-do-trabalhador-pat-alcanuadas-atu-31-de-dezembro-de-2015.html>
30. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 03, de 1º de março de 2002. Baixa instruções sobre a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). *Diário Oficial Uniao*. 5 mar 2002 [citado 4 jan 2018]. Disponível em: <http://acesso.mte.gov.br/pat/portarias.htm>
31. Santos MV, Proença RPC, Fiates GMR, Calvo MCM. Os restaurantes por peso no contexto de alimentação saudável fora de casa. *Rev Nutr*. 2011;24(4):641-9. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000400012>
32. Thornton LE, Lamb KE, Ball K. Employment status, residential and workplace food environments: associations with women's eating behaviours. *Health Place*. 2013;24:80-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.08.006>
33. Hiza HAB, Casavale KO, Guenther PM, Davis CA. Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(2):297-306. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.08.011>
34. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):219-25. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000002>
35. Stewart DE, Ashraf IJ, Munce SE. Women's mental health: a silent cause of mortality and morbidity. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;94(3):343-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.025>
36. Lins APM, Sichieri R, Coutinho WF, Ramos EG, Peixoto MVM, Fonseca VM. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(2):357-66. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200007>
37. Diez-Garcia RW, Castro IRR. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da alimentação e nutrição. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(1):91-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100013>
38. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.167-210. (Coleção Antropologia e Saúde).
39. Breslow RA, Guenther PM, Juan W, Graubard BI. Alcoholic beverage consumption, nutrient intakes, and diet quality in the US adult population, 1999-2006. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(4):551-62. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.12.026>

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 409747/2006-8). Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde de Campinas (Convênio Unicamp/Funcamp/SMS – apoio financeiro – Processo 4300). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – bolsa de doutorado Processo – 2012/07039-7).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados e elaboração do manuscrito: DA, CS, MBAB. Revisão crítica do manuscrito: RMF, AMC. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.