Dietética
e promoção da alimentação adequada e saudável
DOI: 10.12957/demetra.2025.84701

DEMETRA
Alimentação, Nutrição & Saúde
e-ISSN:2238-913X

Amanda Esther Leite[1]
Bianca Mileip Mendonça[2]
Patrícia Pinheiro de Freitas[3]
Nathália Luíza Ferreira[4]
Aline Cristine Souza Lopes[4]

[1] Universidade Federal de Lavras, Curso de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde. Lavras, MG, Brasil.

[2] Universidade Federal de Lavras, Curso de Nutrição e Saúde. Lavras, MG, Brasil.

[3] Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição.Diamantina, MG, Brasil.

[4] Universidade Federal de Minas Gerais, Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Este manuscrito é derivado do Trabalho de Conclusão de Curso: "Preparo e compra dos alimentos: relação com fatores sociodemográficos e consumo alimentar segundo a classificação NOVA", de autoria de Amanda Esther Leite e Bianca Mileip Mendonça, coorientação de Patrícia Pinheiro de Freitas e orientação de Nathália Luíza Ferreira, apresentado em abril de 2022 à Universidade Federal de Lavras (UFLA). Lavras, MG, Brasil.

Correspondência
Aline Cristine Souza Lopes
alinelopesenf@gmail.com

Editoras Convidadas
Lilia Zago
Aline Rissatto Teixeira
Isabelle Santana
Betzabeth Slater Villar

Responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos no domicílio entre participantes do Programa Academia da Saúde

Responsibility for purchase or preparation of food at home among participants of the Programa Academia da Saúde

Resumo

Introdução: As habilidades culinárias (HC) são práticas emancipatórias que favorecem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, envolvendo etapas que vão desde a compra e o preparo dos alimentos, até a higienização dos espaços. ***Objetivo***: Analisar a associação entre a responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos e o perfil sociodemográfico, consumo alimentar e percepções sobre compra e preparo de frutas e hortaliças (FH) entre participantes do Programa Academia da Saúde (PAS) de Belo Horizonte-MG. ***Métodos***: Estudo transversal realizado com participantes ≥20 anos de amostra representativa do PAS do município. Foram investigados dados sociodemográficos, consumo alimentar, percepções sobre compra e/ou preparo de FH, e responsabilidade pela compra/preparo dos alimentos. Realizaram-se os testes Qui Quadrado, Mann Whitney e Regressão Logística Múltipla ($p<0,05$). ***Resultados***: Dos 3.300 participantes, 88,0% eram mulheres e 56,4% adultos. A maioria (90,5%) relatou ser responsável pela compra e/ou preparo dos alimentos, condição associada a ser do sexo feminino (OR=5,42), ter companheiro/a (OR=1,58), consumir menos refrigerantes (OR=1,48), considerar fácil e rápido preparar FH (OR=1,37), ter tempo para comprar esses alimentos (OR=1,43) e conhecer o conceito de safra (OR=1,46). ***Conclusão***: Ser responsável pela compra e/ou preparo dos alimentos se associou a características sociodemográficas, consumo alimentar mais saudável, a ter tempo, HC e conhecimento sobre safra dos alimentos. Esses resultados denotam a necessidade de intervir sobre os fatores modificáveis, como o compartilhamento das tarefas domésticas entre todos os moradores da casa e o aprimoramento das HC entre os homens, visando promover menor sobrecarga, e maior autoeficácia e autonomia para se alcançar uma alimentação adequada e saudável.

Palavras-chave: Tarefas Domésticas. Culinária. Consumo alimentar. Fatores Sociodemográficos.

Abstract

Introduction: Culinary skills (CS) are emancipatory practices that promote the adoption of healthy eating habits, encompassing stages from food purchasing and preparation to sanitation of spaces. ***Objective***: To investigate the association between responsibility for food purchasing and/or preparation and sociodemographic characteristics, dietary intake, and perceptions regarding fruit and vegetable (F&V) purchasing and preparation among participants of the Health Academy Program (Programa Academia da Saúde - PAS) in Belo Horizonte, Brazil. ***Methods***: A cross-sectional study was conducted with participants aged ≥20 years from a representative sample of the municipal PAS. Sociodemographic data, food consumption, perceptions about

(cc) BY

purchasing and/or preparing F&V, and responsibility for food purchasing/preparation were investigated. Chi Square, Mann Whitney, and Multiple Logistic Regression tests were performed ($p<0.05$). ***Results***: Of the 3,300 participants, 88.0% were female and 56.4% were adults. Most participants (90.5%) reported being responsible for food purchasing and/or preparation, which was associated with being female (OR=5.42), having a partner (OR=1.58), lower soft drink consumption (OR=1.48), perceiving F&V preparation as easy and quick (OR=1.37), having time to purchase these foods (OR=1.43), and being familiar with the concept of seasonality (OR=1.46). ***Conclusion***: Being responsible for food purchasing and/or preparation was associated with sociodemographic characteristics, healthier eating patterns, time availability, CS, and seasonal food knowledge. These findings underscore the importance of addressing modifiable factors, such as equitable distribution of household responsibilities and enhancement of CS among men, to reduce burden, increase self-efficacy, and promote autonomy in achieving an adequate and healthy diet.

Keywords: Household chores. Cooking. Food consumption. Sociodemographic factors.

INTRODUÇÃO

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve aspectos individuais, biológicos, sociais, culturais, ambientais, econômicos e de acesso aos alimentos. Uma alimentação adequada e saudável deve ter como base alimentos *in natura* e minimamente processados, como as frutas e as hortaliças (FH), além de preparações culinárias elaboradas a partir desses alimentos. Nesse sentido, o desenvolvimento e o aprimoramento das habilidades culinárias (HC) e o compartilhamento de tarefas domésticas no domicílio possuem grande relevância para a manutenção de hábitos alimentares saudáveis em longo prazo.[1,2]

Preparar o próprio alimento contribui para a autonomia alimentar e favorece escolhas mais saudáveis e conscientes, sendo uma prática estimulada por guias alimentares de diferentes países, como Uruguai, Japão e Canadá, com destaque para o Brasil.[1,2] Entretanto, o ato de cozinhar é complexo e dinâmico, e não se restringe à cocção dos alimentos, englobando várias atividades como planejamento, compra, limpeza e armazenamento dos alimentos, bem como a limpeza dos espaços de preparação.[3] Além disso, pode ser influenciado por diversos aspectos culturais, temporais, históricos e sociodemográficos, com destaque para as HC.[4,5]

A literatura mostra que indivíduos com aptidão para diferentes atividades relacionadas às HC, como a compra e/ou o preparo dos alimentos, tendem a consumir menores quantidades de alimentos ultraprocessados (AUP),[6] e aqueles que dedicam mais tempo à sua alimentação apresentam maior consumo de FH.[1,7,8] Esses resultados são relevantes ao considerar que o consumo excessivo de AUP, associado ao consumo insuficiente de alimentos *in natura* e minimamente processados, é um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, que são responsáveis por mais de 70% das mortes no Brasil e no mundo.[2,9]

Apesar dos benefícios do ato de cozinhar, a transmissão intergeracional de HC tem se tornado cada vez mais rara, e ainda restrita ao sexo feminino, perpetuando as desigualdades entre os sexos.[7,10,11] Esse panorama prejudica a preservação da cultura alimentar, a autoeficácia e a autonomia das pessoas para preparar seus alimentos,[2] contribuindo para a transição culinária, fenômeno marcado por intensas mudanças no padrão e no tipo de HC, com potenciais repercussões negativas na relação dos indivíduos com os alimentos.[7,11]

Embora se reconheça a importância do ato de cozinhar e das HC como práticas emancipatórias para adoção de hábitos alimentares saudáveis, estes ainda são temas pouco estudados no Brasil, em especial em relação ao consumo e às práticas alimentares. Nesse sentido, este artigo objetivou analisar se o fato de o indivíduo ser responsável pela compra e/ou preparo dos alimentos no domicílio se relaciona a aspectos sociodemográficos, ao consumo alimentar e a percepções sobre a compra e o preparo de FH entre participantes do Programa Academia da Saúde (PAS) de Belo Horizonte-MG.

MÉTODOS

Tipo e local de estudo

Estudo transversal desenvolvido a partir dos dados da linha de base de um ensaio comunitário controlado randomizado intitulado "Consumo de frutas e hortaliças em serviços de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: fatores associados e intervenções nutricionais", realizado no PAS de Belo Horizonte-MG, com o objetivo de desenvolver e avaliar intervenções nutricionais de promoção do consumo de FH.[12]

Em Belo Horizonte-MG, o Programa foi criado em 2006, com a denominação de Academia da Cidade, constituindo uma das experiências exitosas que inspiraram sua expansão para o nível nacional em 2011.[13] O PAS é um serviço de promoção e cuidado da saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), que dispõe de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para oferta e apoio a ações voltadas para práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares, artísticas e culturais; educação em saúde, mobilização da comunidade, além de planejamento e gestão.[14] Em 2019, 4.188 polos do PAS estavam em funcionamento no país, estando presentes em todas as macrorregiões brasileiras.[15]

Belo Horizonte-MG conta atualmente com 82 unidades do PAS, com horário de funcionamento que varia entre os turnos da manhã, tarde e/ou noite, atendendo aproximadamente 15 mil indivíduos. As atividades ofertadas incluem prática regular de exercícios físicos, como ginástica, dança, esportes e caminhada orientada, além de ações de educação em saúde. As atividades ocorrem três vezes por semana, com duração de 60 minutos cada, e orientadas por profissionais de Educação Física. O ingresso no serviço pode ocorrer por busca direta nas unidades do PAS ou por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde do território. Ao ingressar, os participantes são avaliados pelo profissional de Educação Física, que os encaminha à turma adequada a suas particularidades.[16]

Amostragem

À época do delineamento da amostra do estudo, 2012, o município de Belo Horizonte-MG apresentava 50 unidades do PAS. Os critérios utilizados para a seleção das unidades a serem investigadas foram: estar localizada em área de média ou elevada/muito elevada vulnerabilidade à saúde (prioridades para implementação do PAS no município), ter funcionamento matutino (turno de funcionamento predominante do Programa) e não ter participado de pesquisas relacionadas à alimentação e nutrição nos últimos dois anos.[12] Foram elegíveis 42 unidades, sorteadas aleatoriamente em grupo controle e grupo intervenção, e estratificadas segundo as nove regiões administrativas do município, totalizando 18 unidades participantes do estudo. Essa amostra foi representativa do PAS de territórios com média e elevada/muito elevada vulnerabilidade do município, com um nível de confiança de 95% e erro de 1,4%.

Nas unidades amostradas, foram convidados para participar do estudo todos os indivíduos com 20 anos ou mais de idade e frequentes nas atividades do PAS no mês anterior à entrevista. Os critérios de exclusão foram: ser gestante e ter algum comprometimento cognitivo que impossibilitasse responder o questionário. Foram identificados 3.763 indivíduos frequentes nos serviços, sendo contabilizadas 237 recusas (6,3%) e 112 exclusões (3,0%), com amostra final de 3.414 usuários.[12] Para este estudo, foram excluídos os indivíduos que não responderam à questão sobre ser responsável pela compra e/ou preparo dos alimentos, por ser de interesse central do trabalho, totalizando 3.300 participantes (96,7%).

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre fevereiro de 2013 e junho de 2014 por equipe previamente treinada. Foram aplicados, em entrevista face a face, questionários baseados em inquéritos nacionais e devidamente testados em campo. Foram investigados: perfil sociodemográfico (idade, sexo, renda *per capita* mensal, escolaridade, ocupação profissional e estado civil); consumo de frutas, hortaliças e AUP (biscoitos recheados, doces, salgados, refrigerantes e refrescos em pó); percepções relacionadas à compra e ao preparo de FH; conhecimento sobre safra dos alimentos; e responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos no domicílio.[12]

Variáveis de estudo

A responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos, variável desfecho deste estudo, foi investigada pela questão "*Você é o responsável pela compra ou pelo preparo dos alimentos da sua casa?*", sendo possíveis as respostas: sim ou não. Ao responder afirmativamente à pergunta, os participantes declaravam ser responsáveis por ambas as tarefas, ou por apenas uma delas.

Quanto ao perfil sociodemográfico, foram analisadas as variáveis sexo (masculino; feminino), idade (adultos: 20-59; idosos: ≥60 anos), estado civil (com; sem companheiro/a), ocupação profissional (do lar; aposentado/pensionista; outras), renda mensal *per capita* (em reais) e escolaridade (< 8; 8-11; ≥12 anos de estudo).

A avaliação do consumo de FH incluiu a frequência e o número de porções diárias de cada grupo desses alimentos. A frequência de consumo foi obtida a partir da aplicação do Questionário Breve de Avaliação do consumo de frutas e de hortaliças (Q Breve-FH), devidamente validado,[17] utilizando as seguintes perguntas: "*Em quantos dias da semana você costuma comer frutas?*" e "*Em quantos dias da semana você costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume?",* seguidas de exemplos de alimentos de cada grupo. As respostas foram categorizadas em consumo regular (≥5 dias/semana) ou irregular (≤4 dias/semana). Para avaliação das porções diárias, realizaram-se as seguintes perguntas: *"Num dia comum, quantas porções você come frutas?"*, *"Num dia comum, quantas colheres (sopa) você come de verduras?"* e *"Num dia comum, quantas colheres (sopa) você come de legumes?"*. As quantidades relatadas em medidas caseiras foram convertidas em porções diárias, e somados os valores referentes ao consumo de verduras e legumes (hortaliças).[17]

A ingestão de alimentos classificados como ultraprocessados foi estimada a partir de questionário de frequência alimentar (QFA) referente aos seis meses anteriores à entrevista. Os marcadores investigados foram selecionados considerando os alimentos mais consumidos pela população brasileira, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018,[18] e os alimentos investigados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013,[19] alinhando-se, assim, a pesquisas nacionais de base populacional. Ademais, destaca-se que todos os marcadores de consumo selecionados figuram entre os alimentos que compõem o Questionário de Frequência Alimentar-Nova (NovaQFA), o qual foi recentemente validado para indivíduos adultos brasileiros.[20]

O consumo dos seguintes grupos de alimentos foi avaliado: biscoitos recheados (qualquer sabor/marca); doces (doce/chocolate/bala/pirulito/outras guloseimas), salgados (fritos ou assados, preparados em casa; ou adquiridos/consumidos fora do domicílio), refrigerantes (qualquer sabor/marca de versões tradicionais, com açúcar) e refrescos em pó (qualquer sabor/marca de versões tradicionais, com açúcar). A frequência de consumo do conjunto de alimentos incluídos em cada grupo foi categorizada em: diário/semanal ou mensal/raro/nunca.

A percepção sobre a compra e o preparo de FH foi avaliada pela concordância/discordância com relação às sentenças: "*Eu tenho tempo para comprar frutas, verduras e legumes*" e "*Preparar frutas, verduras e legumes seria fácil e rápido para mim*". O conhecimento sobre a safra de alimentos foi avaliado pela questão "*Você sabe o que é safra?",* com opções de resposta: sim ou não.

Análises estatísticas

A tabulação dos dados e a análise da consistência do banco de dados foram realizadas por nutricionistas treinados, utilizando o programa *Access* versão 10.0, sendo adotado o *software* Stata versão

14.0 para a realização das análises estatísticas. Todas as análises consideraram um nível de significância de 5%.

Foram realizadas análises descritivas, com apresentação das variáveis categóricas em frequências absoluta e relativa. Já as variáveis numéricas, após verificação da normalidade dos dados pelo teste Shapiro-Wilk, foram apresentadas como mediana e intervalo interquartílico (P_{25}-P_{75}).

Os fatores associados à responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos foram avaliados, inicialmente, por meio dos testes Qui Quadrado e Mann Whitney (variáveis categóricas e numéricas, respectivamente). Após análise de multicolinearidade, as variáveis associadas ao desfecho na análise bivariada ($p<0,20$) foram incluídas no modelo Regressão Logística Múltipla, em três blocos (sociodemográficas/consumo alimentar/percepção sobre a compra e o preparo das FH) pelo método *backward,* com apresentação dos valores de *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A adequação do modelo foi avaliada pelo teste Hosmer e Lemeshow, cujo resultado pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, melhor a adequação do modelo.[21]

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 0537.0.0203.000-11) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer n°0537.0.0203.410-11A).

RESULTADOS

Dos 3.300 participantes, a maioria era do sexo feminino (88,0%), adultos (56,4%), com companheiro/a (61,7%) e escolaridade até o nível fundamental (50,3%) (Tabela 1).

Quase a totalidade dos participantes (90,5%) relatou ser responsável pela compra e/ou pelo preparo dos alimentos no domicílio, associando-se às seguintes características sociodemográficas: ser do sexo feminino (92,9% *vs.* 73,0% no sexo masculino; $p<0,001$), possuir companheiro/a (91,4% *vs.* 89,2% sem companheiro/a; $p=0,043$) e relatar a ocupação do lar (93,3% *vs.* 90,3% aposentados/pensionistas; 88,5% outras ocupações; $p=0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos responsáveis pela compra e/ou preparo de alimentos. Belo Horizonte-MG - 2013/2014.

Variáveis	Total (n=3.300)		Não responsável* (n=312)		Responsável* (n=2.988)		Valor p
	n	Indicador	n	Indicador	n	Indicador	
Sexo (%)							
Masculino	396	12,0	106	27,0	290	73,2	**<0,001[1]**
Feminino	2.904	88,0	206	7,1	2.698	92,9	
Idade (%)							
Adultos	1.861	56,4	185	9,9	1676	90,1	0,278[1]
Idosos	1.349	43,6	127	8,8	1.312	91,2	
Estado civil (%)	1.263						
Sem companheiro/a	2.036	38,3	136	10,8	1.127	89,2	**0,043[1]**
Com companheiro/a		61,7	176	8,6	1.860	91,4	
Ocupação (%)							
Do lar	951	28,8	64	6,7	887	93,3	**0,001[1]**
Aposentado/Pensionista	1.218	36,9	118	9,7	1.100	90,3	
Outras	1.131	34,3	130	11,5	1.001	88,5	
Grau de escolaridade (%)							
< 8 anos	1.661	50,3	153	9,2	1508	90,8	0,092[1]
8 a 11 anos	1.356	41,1	122	9,0	1234	91	
12 anos ou mais	283	8,6	37	13,05	246	86,95	
Renda familiar per capita mensal (R$)[3]	3.018	678,00 (425,00; 1.000,00)	279	678,00 (406,80; 1.250,00)	2.739	678,00 (428,57; 1.000,00)	0,978[2]

Nota: *n* refere-se ao número total de respostas de cada categoria. Indicador refere à frequência para as variáveis categóricas ou mediana e intervalo interquartílico (P_{25}-P_{75}) para variáveis numéricas. Número de participantes que não responderam às questões: estado civil (n=1), escolaridade (n=1) e renda (n= 282).

*Responsável ou não pela compra ou preparo dos alimentos. [1]Teste Qui-quadrado, [2]Teste Mann-Whitney; [3]Salário-mínimo à época: R$ 678,00.

Quanto ao consumo alimentar, os responsáveis pela compra e/ou preparo dos alimentos apresentaram maior frequência de consumo regular de frutas (69,8% *vs.* 60,6%; p<0,001) e de hortaliças (80,8 *vs.* 73,7; p=0,001); e menores prevalências de consumo semanal ou diário de biscoitos recheados (6,9% *vs.* 11,4%; p=0,004), salgados (15,6% *vs.* 24,3%; p<0,001) e refrigerantes (36,6% *vs.* 47,2%; p<0,001). Adicionalmente, relataram possuir conhecimento sobre a safra dos alimentos (75,6% *vs.* 69,5%; p=0,018), dispor de tempo para comprar FH (67,7% *vs.* 56,6%; p<0,001) e julgar ser fácil e rápido preparar esses alimentos (62,6% *vs.* 49,7%; p<0,001) (Tabela 2).

Tabela 2. Consumo alimentar, percepções e conhecimentos sobre a compra e o preparo dos alimentos, segundo a responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos. Belo Horizonte-MG - 2013/2014.

Variáveis	Total		Não responsável *		Responsável *		Valor p
	n	Indicador	n	Indicador	n	Indicador	
Frutas e hortaliças							
Consumo de frutas (%)¶							
Irregular	996	30,2	122	39,1	874	29,3	**<0,001**
Regular	2.303	69,8	190	60,6	2.113	70,1	
Porções diárias de frutas	3.264	2,0 (2,0; 3,0)	307	2,0 (2,0; 3,0)	2.957	2,0 (2,0; 3,0)	0,093
Consumo de hortaliças (%)¶							
Irregular	633	19,2	82	26,3	551	18,4	**0,001**
Regular	2.666	80,8	230	73,7	2.436	81,6	
Porções diárias de hortaliças	3.293	2,0 (1,5; 2,5)	310	2,0 (1,5; 2,8)	2.983	2,0 (1,5; 2,5)	0,855
Consumo de alimentos ultraprocessados							
Biscoitos recheados (%)							
Diário/Semanal	241	7,4	35	11,4	206	6,9	**0,004**
Mensal/Raro/Nunca	3.031	92,6	272	88,6	2.759	92,1	
Doces (%)							
Diário/Semanal	1.324	40,4	131	42,7	1.193	40,2	0,398
Mensal/Raro/Nunca	1.952	59,6	176	57,3	1.776	59,8	
Salgados (%)							
Diário/Semanal	539	16,4	75	24,3	464	15,6	**<0,001**
Mensal/Raro/Nunca	2.476	83,6	234	75,7	2.512	84,4	
Refrigerantes (%)							
Diário/Semanal	1.235	37,6	146	47,2	1.089	36,6	**<0,001**
Mensal/Raro/Nunca	2.046	62,4	163	52,8	1.883	63,4	
Refrescos em pó (%)							
Diário/Semanal	945	28,9	91	29,5	854	28,8	0,784
Mensal/Raro/Nunca	2.328	71,1	217	70,5	2.111	71,2	
Percepções e conhecimento							
Tem tempo para comprar FH (%)							
Não concorda de jeito nenhum/Não concorda muito	1.088	33,3	134	43,4	954	32,3	**<0,001**
Concorda totalmente/Bastante/Um pouco	2.179	66,7	175	56,6	2.004	67,7	
É fácil e rápido preparar FH (%)							
Não concorda de jeito nenhum/Não concorda muito	1.264	38,6	155	50,3	1.109	37,4	**<0,001**
Concorda totalmente/Bastante/Um pouco	2.009	61,4	153	49,7	1.856	62,6	

Tabela 2. Consumo alimentar, percepções e conhecimentos sobre a compra e o preparo dos alimentos, segundo a responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos. Belo Horizonte-MG - 2013/2014.(Cont).

Variáveis	Total		Não responsável *		Responsável *		Valor p
	n	Indicador	n	Indicador	n	Indicador	
Percepções e conhecimento							
Conhece conceito de safra dos alimentos (%)							
Não	825	25,0	95	30,5	730	24,4	**0,018**
Sim	2.473	75,0	216	69,5	2.257	75,6	

Nota: *n* refere-se ao número total de respostas de cada categoria. Indicador refere-se à frequência para as variáveis categóricas ou mediana e intervalo interquartílico (P_{25}-P_{75}) para variáveis numéricas. FH: Frutas e hortaliças.

¶ Consumo regular: ≥5 dias/semana; irregular: ≤4 dias/semana; *Responsável ou não pela compra e/ou preparo dos alimentos. [1]Teste Qui-quadrado, [2]Teste Mann-Whitney;

A análise multivariada indicou que a chance de ser responsável pela compra e/ou preparo dos alimentos foi 5,42 vezes maior entre as mulheres, em comparação aos homens (OR=5,42; IC95%:4,10-7,16);58,0% superior entre indivíduos com companheiro/a (OR=1,58; IC95%:1,23-2,04); 37,0% e 43,0% maior entre os indivíduos que afirmaram ser fácil e rápido preparar FH (OR=1,37; IC95%:1,06-1,77) e ter tempo para comprar esses alimentos (OR=1,43; IC95%:1,10-1,87), respectivamente. Ademais, foi 46,0% maior entre aqueles que conheciam o conceito de safra de alimentos (OR=1,46; IC95%:1,11-1,87) e 48,0% superior entre os participantes que consumiam refrigerantes com menor frequência (OR= 1,48; IC95%:1,16-1,90) (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo final relativo aos fatores associados à responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos. Belo Horizonte-MG, 2013-2014.

Variáveis	*OddsRatio**	IC95%	Valor p
Sexo (%)			
Masculino	1,00	-	**<0,001**
Feminino	5,42	4,10-7,16	
Estado civil (%)			
Sem companheiro/a	1,00	-	**<0,001**
Com companheiro/a	1,58	1,23-2,04	
Consumo de refrigerantes (%)			
Diário/Semanal	1,00	-	**0,002**
Mensal/Raro/Nunca	1,48	1,16-1,90	
É fácil e rápido preparar FH (%)			
Não concorda de jeito nenhum/Não concorda muito	1,00	-	**0,018**
Concorda totalmente/Bastante/Um pouco	1,37	1,06-1,77	
Tem tempo para comprar FH (%)			
Não concorda de jeito nenhum/Não concorda muito	1,00	-	**0,008**
Concorda totalmente/Bastante/Um pouco	1,43	1,10-1,87	
Conhece o conceito de safra dos alimentos (%)			
Não	1,00	-	**0,006**
Sim	1,46	1,11-1,91	

Nota: *Regressão Logística Múltipla. Método *Backward*. Adequação do modelo: Teste Hosmer e Lemeshow: p=0,843.

DISCUSSÃO

A responsabilidade pela compra e/ou preparo de alimentos no domicílio se associou a características sociodemográficas, ao consumo alimentar e percepções sobre a compra e o preparo de FH. Ser mulher; ter companheiro/a; relatar menor consumo de refrigerantes; ter conhecimento sobre a safra dos alimentos; ter tempo para comprar e considerar fácil e rápido preparar FH foram fatores associados positivamente.

Ser do sexo feminino aumentou em mais de cinco vezes a chance de ser responsável pela compra e/ou preparar dos alimentos. Esse resultado corrobora o predomínio das mulheres na realização de tarefas domésticas e de cuidado com a família. Historicamente, o trabalho de cuidado cotidiano (preparo dos alimentos, limpeza, gestão e organização da casa, auxílio a pessoas com graus de dependência) é exercido pelas mulheres, independentemente de ser remunerado. Na América Latina e no Caribe, as mulheres despendem três vezes mais tempo que os homens no trabalho de cuidado não remunerado.[22,23] No Brasil, as mulheres dedicam 9,6 horas semanais a mais do que os homens a essas tarefas.[24]

Esse cenário repercute em sobrecarga física e mental das mulheres que, muitas vezes, acumulam a responsabilidade do cuidado com o trabalho fora do lar e/ou estudo.[25,26] No Brasil, mesmo entre as mulheres

com ocupação profissional fora do domicílio, o tempo semanal dedicado a atividades do lar foi, em média, 6,8 horas superior em comparação com os homens.[24] Os impactos desse modelo de cuidado predominantemente feminino são ainda maiores entre as mulheres com menor renda, escolaridade, negras e que vivem em territórios com menor acesso a serviços públicos, impondo significativas barreiras ao exercício de seus direitos, como descanso, lazer, estudo e inserção no mercado de trabalho, comprometendo a saúde física e mental, a geração de renda e a autonomia financeira.[2,22,23,25,26]

A literatura também aponta que ser do sexo feminino se associa a maiores HC.[5] Estudo realizado com jovens de origem latina nos Estados Unidos (EUA) mostrou que a aquisição de HC no sexo feminino é mais prevalente e acontece muito mais cedo do que entre os meninos, culminando em desigualdades quanto a responsabilidades e oportunidades antes mesmo da idade adulta.[27] Maiores prevalências de mulheres que cozinham são verificadas em diferentes países. Nos EUA, as mulheres cozinhavam 52,2% mais do que os homens, dedicando a esta tarefa 2,5 vezes mais tempo.[28] Na Espanha, as mulheres possuíam sete vezes mais chances de realizar mais da metade das atividades culinárias.[29] No Brasil, 95,5% das mulheres eram responsáveis por preparar ou servir alimentos, arrumar a mesa ou lavar louças *vs.* 60,8% dos homens.[24]

Por outro lado, pode-se considerar que realizar a compra e/ou preparo dos alimentos pode também atuar como fator protetor da saúde das mulheres por favorecer as HC e proporcionar maior autonomia nas escolhas alimentares.[1,2] Porém, é indiscutível a necessidade de melhor divisão do trabalho doméstico e da aquisição ou aperfeiçoamento das HC por todos os membros do domicílio visando à corresponsabilização pela adoção de hábitos saudáveis pela família.[2,29] Essa mudança é urgente e está em curso, como verificado nos EUA, onde o percentual de homens com formação universitária e que cozinhavam aumentou de 37,9% para 51,9% entre 2003 e 2016.[28] No entanto, esse fenômeno, denominado "masculinização da culinária", deve-se, em parte, ao aumento da visibilidade e do prestígio de *chefs* de cozinha do sexo masculino, proporcionando uma percepção da culinária como atividade de *status*, lazer e entretenimento, e não necessariamente como necessidade ou obrigação cotidiana.[28,30]

Ainda assim, atualmente, mesmo quando os homens relatam ser responsáveis pela compra e/ou preparo dos alimentos, como investigado no presente estudo, é provável que estes sejam encarregados somente pela compra dos alimentos, cabendo às mulheres, por aspectos sociais e ter maiores HC, em geral, a responsabilidade pelo planejamento do quê, onde e quando será comprado e consumido pela família.[31] Estudo realizado no Chile com trabalhadores adultos durante a pandemia de Covid-19 mostrou que a prevalência de responsabilidade pela compra dos alimentos era proporcionalmente maior entre os homens, quando comparado às mulheres.[27] Esse cenário também pode ser reflexo do papel historicamente moldado, em que os homens são responsáveis pelo provimento financeiro da família e realização de atividades fora do lar, o que inclui compras de alimentos e outros itens.[27,31]

Indivíduos com companheiro/a também relataram maior responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos, resultado similar ao de Virudachalam et al.[28] nos EUA. Viver sozinho pode ser uma barreira para o preparo de refeições e se associar à menor motivação para cozinhar.[4,32-35] No entanto, essa associação positiva pode também ser reflexo da estrutura patriarcal ainda vigente no país, na qual as mulheres tradicionalmente assumem as tarefas domésticas.[25] Reforçando essa hipótese, verificou-se, neste estudo, maior prevalência de homens que relataram ter companheira e menor responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos (74,5% *vs.* 60,0% entre as mulheres; p<0,001 - dados não apresentados). Dados nacionais corroboram esses resultados, indicando que entre os brasileiros com companheiro/a, 58,9% dos homens relataram ser responsáveis por preparar ou servir alimentos, arrumar a mesa ou lavar louça, em contraponto a 97,5% das brasileiras.[24]

Em relação ao consumo alimentar, apenas a menor frequência de consumo de refrigerantes se associou à responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos. Esse resultado denota o papel dos refrigerantes como um AUP marcador de padrões alimentares pouco saudáveis,[1,2] sendo a relação entre seu consumo e HC também observada em outros estudos.[1,6,36] A não responsabilização pela compra e/ou preparo dos alimentos pode se relacionar à maior busca por alimentos prontos para o consumo, como *fast food*, comumente acompanhados por bebidas adoçadas, como os refrigerantes, em especial no consumo fora do domicílio.[2,31] Por outro lado, ter aptidão e desempenhar atividades de preparo e/ou compra dos alimentos pode se associar à maior chance de realizar escolhas conscientes e saudáveis, o que tende a resultar em maior consumo de alimentos marcadores de uma alimentação saudável.[28,37]

Nessa perspectiva, Monsivais et al.[8] verificaram associação entre o maior tempo dedicado ao preparo dos alimentos e maior frequência de consumo de hortaliças, frutas e sucos de frutas entre indivíduos norte-americanos. No Reino Unido, Lam & Adams[6] observaram que adultos com maiores HC e que as usavam com frequência apresentaram menor ingestão de AUP. E no Brasil, análises de uma subamostra da coorte NutriNet-Brasil mostraram que as práticas de planejar e se envolver na compra e no preparo dos alimentos foram associadas à melhor qualidade da dieta.[1] No entanto, neste estudo, não houve associação significativa com o consumo de FH, marcadores de uma alimentação adequada e saudável.

Em um contexto de múltiplas tarefas e de ampla disponibilidade de refeições fora de casa e de AUP altamente convenientes, a percepção de falta de tempo foi associada à menor responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos, corroborando a literatura, que aponta a falta de tempo como obstáculo significativo para cozinhar, associado a uma maior frequência de consumo de alimentos fora do domicílio.[2,8,23,33,38] No Brasil, em 2002-2003, o percentual de despesas com alimentação fora do domicílio correspondia a cerca de 25% das despesas da família com alimentos, atingindo 33% em 2019.[39,40] Com vistas a intervir nessa tendência, tem sido crescente a valorização do ato de cozinhar como estratégia de adoção de uma alimentação adequada e saudável.[1,2,11,30] No Japão, indivíduos que relataram menor grau de HC estavam menos propensos a consumir refeições preparadas em casa, sendo que entre as mulheres essa condição também se associou à baixa frequência de consumo de FH.[41]

Além de gerar autonomia, exercitar as HC permite congregar saberes técnicos e populares.[2] Nesse sentido, conhecimentos de naturezas diversas, como sobre a safra de FH, podem favorecer a autoeficácia dos indivíduos quanto a compra, preparo e consumo desses alimentos, além de contribuir para a redução dos gastos com a alimentação. Alimentos da safra apresentam menor custo, melhor sabor e qualidade nutricional, e menores concentrações de agrotóxicos. Dessa forma, conhecer o conceito de safra poderia contribuir para reduzir barreiras relacionadas ao exercício das HC.[2,42,43] No entanto, é importante ressaltar que a relação entre o conhecimento sobre safra e a responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos também pode ser explicada de forma contrária, visto que indivíduos com maiores HC poderiam ter maior interesse em buscar informações sobre o preço e a qualidade dos alimentos. Trata-se, portanto, de possível viés do delineamento transversal, em que não é possível estabelecer relação causal entre os eventos.[7]

Outro aspecto a ser levado em conta ao interpretar os resultados é a realização do estudo em um serviço da APS, com amostra majoritariamente composta por mulheres, o que pode limitar a inferência para a população em geral. Contudo, 77,6% da população brasileira estava coberta pela APS em 2023,[44] e as mulheres são as principais frequentadoras desses serviços,[45] o que torna esses resultados relevantes para direcionar as ações de promoção de uma alimentação adequada e saudável.

Outra limitação diz respeito ao formato da pergunta e das opções de respostas sobre a respeito da responsabilidade pela compra e/ou preparo dos alimentos, o qual não permitiu distinguir participantes que tinham como atribuição apenas a compra ou apenas o preparo das refeições no domicílio. A investigação quanto às responsabilidades separadamente, a partir da adoção de questões para cada uma das atribuições de interesse, ou pelo emprego de uma questão não dicotômica, poderia favorecer a obtenção de resultados mais precisos, ampliando a compreensão sobre o papel específico desempenhado pelos diferentes subgrupos populacionais, com destaque para as comparações entre homens e mulheres.

Além disso, o uso de questionários não específicos para estimar o consumo de alimentar segundo a classificação NOVA, e as HC, como o QFA-Nova[20] e o *Brazilian Cooking Skills and Healthy Eating Questionnaire* (BCSQ),[46] que não estavam disponíveis à época da coleta de dados, também configura potencial limitação. O uso de questionários específicos poderia contribuir para um maior detalhamento dos resultados relativos a essas variáveis. No entanto, pondera-se que os marcadores adotados estão contemplados no QFA-Nova, validado para adultos brasileiros, além de serem pautados em pesquisas de base populacional (POF e PNS),[18,19] o que reitera a qualidade do instrumento e provavelmente minimiza o impacto potencial dessa limitação.

Ressalta-se que este estudo se destaca pelo significativo tamanho e representatividade amostral, contribuindo para o corpo de evidências referentes à relação entre o exercício de HC, maior confiança para compra e preparo de FH e menor frequência de consumo de AUP. Ademais, contribui para avançar na discussão sobre as desigualdades de gênero existentes na execução das tarefas relacionadas à alimentação, tendo como recorte serviços de APS.

CONCLUSÃO

A responsabilidade quanto às práticas que antecedem o ato de se alimentar, como o preparo e/ou a compra dos alimentos, se associou a características sociodemográficas, consumo alimentar e percepções sobre a compra/preparo de FH, com destaque para sua maior prevalência entre as mulheres. Estes resultados denotam a necessidade do compartilhamento de tarefas domésticas e a importância do aprimoramento das HC, em ambos os sexos e em diferentes subgrupos populacionais, visando promover a autonomia para adoção de escolhas alimentares mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Gabe KT, Costa CDS, Dos Santos FS, Souza TN, Jaime PC. Is the adherence to the food practices recommended by the dietary guidelines for the Brazilian population associated with diet quality? Appetite. 2023;190:107011. https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, 2014. 158 p.
3. Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares (OBHA). Habilidades culinárias: uma ferramenta para a construção da alimentação saudável desde a infância. Brasília: Fiocruz Brasília. 2020. 5 p.
4. Mazzonetto AC, Dean M, Fiates GMR. Percepções de indivíduos sobre o ato de cozinhar no ambiente doméstico: revisão integrativa de estudos qualitativos. CiêncSaúdeColetiva. 2020;25(11):4559-71. https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.01352019.

5. Wolfson JA, Lahne J, Raj M, Insolera N, Lavelle F, Dean M. Food Agency in the United States: associations with cooking behavior and dietary intake. Nutrients. 202;12(3):877. https://doi.org/10.3390/nu12030877.
6. Lam MCL, Adams J. Association between home food preparation skills and behaviour, and consumption of ultra-processed foods: Cross-sectional analysis of the UK National Diet and nutrition survey (2008–2009). Intern J BehavNutr Physical Activity. 2017;14(1):1-7. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0524-9.
7. Costa GAM, Lopes MC, Lopes ACS. Fruit and vegetable consumption across generations of Brazilian primary care users. Nutrition. 2022; 93: 111435.
8. Monsivais P, Aggarwal A, Drewnowski A. Time spent on home food preparation and indicators of healthy eating. American J Prev Med. 2014;47(6):796-802. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.033.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Números invisíveis: a verdadeira extensão das doenças não transmissíveis e o que fazer com elas, 2022. [Acesso 01 out. 2023]. Disponível em: https://www.forumdcnts.org/post/numeros-invisiveis-oms-2022.
10. Garcia BC, Marcondes GS. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. R Bras Est Pop. 2022;39:1-20.
11. Santos L, Slater B, Cabral CS, Russo G, Teixeira AR. Habilidades culinárias nas políticas públicas brasileiras de alimentação e nutrição: uma análise documental. Cien Saúde Colet. 2023.
12. Menezes MC, Costa BVL, Ferreira NL, Freitas PP, Mendonça RD, Lopes MS, Araújo ML, Guimarães LMF, Lopes ACS. Methodological course of a community-controlled trial in health care services: a translational epidemiological research on Nutrition. Demetra. 2017; 12(4):1203-22. https://doi.org/10.12957/demetra.2017.28451.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. 1. ed. Brasília, 2013. 182 p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação. Brasília, 2018. 220 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília, 2020. 159 p.
16. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Academias da Saúde. [Acesso 22 fev. 2024].Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/promocao-da-saude/academia-da-cidade.
17. Lopes MS. Validade relativa de métodos de avaliação do consumo de frutas e hortaliças. 2015. 196. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 120 p.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2020. 113pFrade EOS, Gabe KT, Costa CS, Neri D, Steele EM, Rauber F, Steluti J, Levy RB, Louzada MLC. A novel food frequency questionnaire for Brazilian adults based on the Nova classification system: development, reproducibility and validation. Pre-Print. BMJ. 2024. https://doi.org/10.1101/2024.04.19.24305963.
20. Field A. Descobrindo a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 687 p.
21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro, 2023. 516 p.

22. Organización de las Naciones Unidas – Mujeres (ONU-MUJERES). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para suimplementación. Nova Iorque, 2021. 57 p.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Contínua. Outras formas de trabalho 2022. Rio de Janeiro, 2023. 12 p.
24. Araújo LBN. Das origens do patriarcado ao surgimento do movimento feminista: a conscientização da mulher e a quebra de estereótipos machistas. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2022;8(3):1863-81. https://doi.org/10.51891/rease.v8i3.4779.
25. Almeida JO, Feitosa AS, Silva RSO, Ribeiro FC, Viana SDL. Alimentação e cultura: aceitabilidade de duas preparações a base de farinha de babaçu. LifeStyle. 2021;8(1):23-34. https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v8.n1.p23-34.
26. Romero MYM, Francis LA. Youth involvement in food preparation practices at home: A multi-method exploration of Latinx youth experiences and perspectives. Appetite. 2020;144:104439. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104439.
27. Taillie LS. Who's cooking? Trends in US home food preparation by gender, education, and race/ethnicity from 2003 to 2016. Nutrition Journal. 2018;17(1):1-9. https://doi.org/10.1186/s12937-018-0347-9.
28. García-González Á, Achón M, Alonso-Aperte E, Varela-Moreiras G. Identifying factors related to food agency: cooking habits in the Spanish adult population–A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2018;10(2):217. https://doi.org/10.3390/nu10020217.
29. Orellana L, Schnettler B, Miranda-Zapata E, Teunissen L, Cuykx I, Decorte P. et al. Food purchasing and preparation patterns by gender during the COVID-19 lockdown in Chilean workers. Mex J Eat Disord 2023;13(2):156-69. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.2.767.
30. Virudachalam S, Long JA, Harhay MO, Polsky DE, Feudtner C. Prevalence and patterns of cooking dinner at home in the USA: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2008. Public Health Nutrition. 2014;17(5):1022-30. https://doi.org/10.1017/S1368980013002589.
31. Kuwae CA, Carvalho MC da VS, Prado SD, Ferreira FR. Concepções de alimentação saudável entre idosos da Universidade da Terceira Idade da UERJ: orientações nutricionais, corporais e de vida diária. RevBrasGeriat Gerontologia. 2015;18(3):621–30. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14224.
32. Bezerra IN, Moreira TMV, Cavalcante JB, Souza AM, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do lar no Brasil segundo locais de aquisição. Rev Saúde Pública. 2017;51(15). https://doi.org/10.1590/S1518-8787.20170510067.
33. Schnettler B, Lobos G, Miranda-Zapata E, Denegri M, Ares G, Hueche C. Diet quality and satisfaction with life, family life, and food-related life across families: A cross-sectional pilot study with mother-father-adolescent triads. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(11):1-24.
34. Lima BTA, Borges AF. Alimentação fora do lar: fatores que influenciam consumidores a optarem por um restaurante fast-food. CadernoProfissional de Marketing-UNIMEP. 2020;8(1):1-18.
35. Laska MN, Hearst MO, Lust K, Lytle LA, Story M. How we eat what we eat: Identifying meal routines and practices most strongly associated with healthy and unhealthy dietary factors among young adults. Public Health Nutrition. 2015;18(12):2135-45. https://doi.org/10.1017/S1368980014002717.
36. Carroll N, Sadowski A, Parizeau K, von Massow M, Wallace A, Jewell K. et al. Food skills: Associations with diet quality and food waste among Canadian parents. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2021;53(5):371-9. https:/doi.org/10.1016/j.jneb.2020.10.018.

37. Jurado-Gonzalez P, Medina FX, Bach-Faig A. Barriers to home food preparation and healthy eating among university students in Catalonia. Appetite. 2024;194:107159. https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107159.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Análise da disponibilidade de alimentos e do estado nutricional do Brasil 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: perfil das despesas no Brasil: indicadores selecionados de alimentação, transporte, lazer e inclusão financeira. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
40. Tani Y, Fujiwara T, Kondo K. Cooking skills related to potential benefits for dietary behaviors and weight status among older Japanese men and women: a cross-sectional study from the JAGES. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2020;17(1):1-12. https://doi.org/10.1186/s12966-020-00986-9.
41. Silva SLR, Mendonça RD, Lopes ACS. Fatores associados ao consumo inadequado de frutas e hortaliças entre usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil.Demetra. 2022;17:e63393. https://doi.org/10.12957/demetra.2022.63393.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Na cozinha com as frutas, legumes e verduras. Brasília, 2016. 116 p.
43. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico de Cobertura da APS. 2023. [Acesso em 12 abr. 2024] Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Atenção Primária à Saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.
45. Jomori MM, Quinaud RT, Condrasky MD, Caraher M. Brazilian Cooking Skills Questionnaire evaluation of using/cooking and consumption of fruits and vegetables. Nutrition. 2022;95:111557.https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111557

Colaboradoras

Leite AM, Mendonça BM, de Freitas PP, Ferreira NL e Lopes ACS participaram de todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido:30 de maio de 2024
Aceito: 17 de dezembro de 2024