

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

Iani Regina de Lima Santana da Silva

**SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO NA COMUNIDADE DE SÃO
BENTO - ABREU E LIMA**

RECIFE

2024

IANI REGINA DE LIMA SANTANA DA SILVA

SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO NA COMUNIDADE DE SÃO BENTO - ABREU E LIMA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Orientadora: Prof^a Dr^a Jailma Santos Monteiro

RECIFE

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santana da Silva, Iani Regina de Lima .

SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO NA
COMUNIDADE DE SÃO BENTO - ABREU E LIMA / Iani Regina de Lima
Santana da Silva. - Recife, 2024.

93 p., tab.

Orientador(a): Jailma Santos Monteiro

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, , 2024.

1. saberes populares em saúde. 2. alimentação e comensalidades. 3. cultura
alimentar. . I. Monteiro, Jailma Santos. (Orientação). II. Título.

080 CDD (22.ed.)

IANI REGINA DE LIMA SANTANA DA SILVA

SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO NA COMUNIDADE DE SÃO BENTO - ABREU E LIMA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Orientadora: Prof^a Dr^a Jailma Santos Monteiro

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Jailma Santos Monteiro (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Maria Surama Pereira da Silva (Examinadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Ana Paula Rocha de Melo (Examinadora)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me sustentou e nunca me deixou desanimar, mesmo nos momentos mais difíceis, até o final da minha graduação. A minha mãe, essa mulher guerreira, que fez tudo que estava ao seu alcance para hoje eu estar onde estou, sempre me apoiou, me ajudou e me incentivou em todo o processo, desde antes do vestibular.

Agradeço ao meu marido que sempre esteve comigo e me ajudou como pode na graduação, trabalhando dobrado para que eu tivesse mais tempo para me dedicar aos estudos. Ao meu tio Paulo (em memória) por sempre me incentivar a estudar e me fazer ter interesse no ensino superior. As minhas tias e avó por me apoiarem.

Agradeço a minha dupla na graduação, Taís Costa, pelas horas que estudávamos juntas, por todos os trabalhos, por todo incentivo e apoio. A professora Drª Jailma Santos Monteiro, por tirar minhas dúvidas, por todo o suporte e orientação. A professora Drª Maria Surama Pereira da Silva e a professora Drª Ana Paula Rocha de Melo por aceitarem fazer parte da minha banca.

RESUMO

O fenômeno da Medicina Popular está fortemente presente nas práticas de cuidado à saúde no Brasil. Trata-se de uma realidade muito mais ampla e complexa do que o referenciado conceitualmente. Fundamentado em alguns referenciais teóricos, observa-se que na maioria dos estudos sobre o tema, a percepção da Medicina Popular restringe-se ao estudo das práticas e dos saberes relativos à cura de enfermidades/doenças e cuidados da saúde, de um modo geral, transmitida oralmente de geração em geração, restrita a uma área delimitada, coesa e predominante, dentre as alternativas de cura, frente a fragilidade dos serviços de saúde convencionais. Na intencionalidade de fomentar a inclusão social, o presente trabalho teve como objetivo, ampliar a compreensão a respeito dos fenômenos relativos aos conhecimentos e saberes tradicionais no âmbito da Medicina Popular, focados na sabedoria popular da saúde e no ato de comer, a partir das narrativas das vivências e experiências dos moradores da comunidade de São Bento – Abreu e Lima-PE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, vinculada ao Programa de Extensão Nutrição e Ecologia por uma cultura de Paz – NEPAZ, realizada por meio de entrevista individual e roda de conversa, para conhecer melhor a realidade sócio cultural; os conhecimentos dos integrantes sobre saúde; medicina popular; comensalidade e alimentação saudável, a partir da perspectiva dos 27 participantes, moradores da comunidade. As informações e narrativas foram registradas e após a análise desses registros, pode-se evidenciar que quando se considera a realidade concreta vivenciada no cotidiano das coletividades, o fenômeno da Medicina Popular leva, assim, a reprodução de um patrimônio cultural intangível, ligado à outras dimensões: espiritualidade, religiosidade, cultura, territorialidade, diversidade agrobiológica e outras racionalidades, ancorados em valores subjetivos e culturais, baseados na solidariedade e reciprocidade e, acima de tudo, de grande significado afetivo e simbólico. Assim, é importante valorizá-lo, dar voz a esses conhecimentos, de modo a restaurar e manter tradições muitas vezes milenares, no meio acadêmico. Sendo assim, a mediação entre os saberes e conhecimentos acadêmicos e populares é urgente e necessária. Ampliar esse espaço de diálogo entre a academia e a comunidade, além de articular os diferentes saberes, tornou-se essencial e possível, na estruturação e realização deste trabalho, pois decorre da atitude de respeito pela sabedoria popular inseparável do ato do conhecimento científico.

Palavras-chave: saberes populares em saúde; alimentação e comensalidades; cultura alimentar.

ABSTRACT

The phenomenon of Popular Medicine is strongly present in healthcare practices in Brazil. It represents a reality much broader and more complex than conceptually referenced. Based on some theoretical frameworks, it is observed that in most studies on the subject, the perception of Popular Medicine is limited to the study of practices and knowledge related to the cure of diseases and general health care, passed orally from generation to generation, restricted to a defined, cohesive, and predominant area among healing alternatives, given the fragility of conventional health services. With the intention of fostering social inclusion, the present study aimed to expand the understanding of the phenomena related to traditional knowledge within the scope of Popular Medicine, focusing on popular wisdom concerning health and food practices, based on the narratives of the experiences of the residents of the São Bento community – Abreu e Lima, PE. This is a qualitative research linked to the Nutrition and Ecology Extension Program for a Culture of Peace – NEPAZ, carried out through individual interviews and group discussions to better understand the socio-cultural reality; the participants' knowledge about health, popular medicine, commensality, and healthy eating, from the perspective of the 27 participants, residents of the community. The information and narratives were recorded, and after analyzing these records, it was evident that when considering the concrete reality experienced in the daily lives of communities, the phenomenon of Popular Medicine leads to the reproduction of an intangible cultural heritage, linked to other dimensions: spirituality, religiosity, culture, territoriality, agrobiodiversity, and other rationalities, anchored in subjective and cultural values, based on solidarity and reciprocity, and, above all, of great affective and symbolic significance. Therefore, it is important to value it, give voice to this knowledge, in order to restore and maintain traditions, often millennial, within the academic environment. Thus, the mediation between academic and popular knowledge is urgent and necessary. Expanding this space for dialogue between academia and the community, in addition to integrating different types of knowledge, has become essential and possible in structuring and carrying out this work, as it stems from the attitude of respect for popular wisdom, inseparable from the act of scientific knowledge.

Keywords: popular health knowledge; food and commensality; food culture.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivo específico.....	19
4 METODOLOGIA.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
7 REFERÊNCIAS.....	49
8 ANEXO 1 - QUADROS.....	54
8.1 Quadro 1 - Função dos alimentos.....	54
8.2 Quadro 2 - Alimentos mais importantes.....	55
8.3 Quadro 3 - Motivos das propriedades dos alimentos considerados mais importantes.....	56
8.4 Quadro 4 - Aquisição dos alimentos considerados mais importantes.....	57
9 ANEXO 2 - TABELAS.....	58
9.1 Gestante.....	58
9.2 Resguardo.....	61
9.3 Amamentação.....	63
9.4 Bebê.....	66
9.5 Febre.....	69
9.6 Diarreia.....	71
9.7 Menstruação.....	74
9.8 Fraqueza.....	76
9.9 Memória.....	79
9.10 Afrodisíaco.....	81
9.11 Existem alimentos que não podem ser misturados?.....	84
9.12 Quais alimentos que você mais gosta e que você não gosta?.....	85
9.13 Alguém da sua família recebe a maior porção?.....	87
9.14 Quem na sua casa?.....	88
9.15 Quais das refeições sua família faz no dia?.....	89
9.16 Qual refeição mais importante?.....	90
9.17 Alguém da sua família deixa de fazer essas refeições?.....	91
9.18 Sua família recebe alguma doação de alimentos?.....	92

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi pensado e elaborado a partir do projeto de extensão Programa Nutrição e ecologia por uma cultura de Paz - NEPAZ-UFPE, que tem como um dos seus objetivos trazer para o conhecimento público as reflexões de experiências e vivências sobre saúde e alimentação em uma comunidade de pescadores de uma área rural no município de Abreu e Lima.

A comunidade de São Bento possui poucos registros históricos oficiais acerca de seu modo de vida e de sua relação histórico-cultural com saúde e alimentação. As memórias individuais e coletivas estão desaparecendo, pois os mais velhos, detentores dessas memórias são pouco escutados pelos mais jovens e a maioria desses idosos já faleceu. Desse modo, as novas gerações perdem ampla parte das histórias da constituição das suas famílias e da comunidade em que nasceram. Nesse sentido, o resgate das narrativas a respeito dos conhecimentos e práticas sobre saúde e alimentação, descreve uma parte da trajetória de vida da comunidade, possibilitando relacionar a essa trajetória, ao modo de vida e ao ato de comer e dos cuidados para com a saúde, desse grupo populacional. A partir de uma perspectiva interdisciplinar, durante a fase de concepção desse trabalho, a equipe fez um levantamento bibliográfico da historicidade local, com a finalidade de ampliar a compreensão da realidade social atual.

A comunidade de São Bento, é constituída por famílias de baixa renda, vivendo de atividades relativas à pesca artesanal do sururu, caranguejo e siri, provenientes dos manguezais predominantes nestas localidades. Em conversas informais com os moradores, houve relatos que apesar de ser uma área rural, parte da população consome produtos industrializados e há monotonia alimentar nas refeições. Além disso, a prática da culinária familiar vem se modificando ao longo do tempo e preparações industrializadas, prontas ou semiprontas, vem sendo priorizadas em detrimento às preparações culinárias mais tradicionais da região (Santos *et al.*, 2012).

Pequena parte da população sobrevive de empregos e salário mínimo, subemprego e atividades informais. Evidencia-se na região uma precariedade de infra-estrutura, expressa por meio de inadequadas formas de abastecimento e de armazenamento d'água; precárias condições de moradia; inexistência de saneamento básico e acondicionamento do lixo e alto índice de analfabetismo. Dentro desse contexto, a população não dispõe de boas expectativas de melhora do nível de vida, frente à realidade local, necessitando para isso de um melhor desenvolvimento de Políticas Públicas, mais eficazes na resolução de questões básicas, tais como o acesso e a forma de condições para sua auto suficiência (Santos *et al.*, 2012).

A área tem uma grande importância ambiental e histórico-cultural para a região, pois se encontra a primeira igreja do Estado, a igreja de São Bento, hoje em ruínas, inserida na reserva ecológica de São Bento. Essas ruínas faziam parte de uma propriedade rural do século XVII, constituindo uma das unidades habitacionais de um dos primeiros núcleos de

povoamento da antiga Sesmaria Jaguaribe, assim denominada Fazenda São Bento de Jaguaribe. Uma importante e rendosa propriedade, com sistema de produção de açúcar e de cal, fazendo parte de uns dos primeiros núcleos de povoamento da Capitania de Pernambuco (Borges *et al.*, 2006).

O início da sua construção data do século XVII, funcionando até o final do século XIX. Situada no litoral norte do estado de Pernambuco, distante a 14 km da cidade do Recife, com altitude média de 69 m acima do nível do mar. Originalmente essa região era coberta pela Mata Atlântica, da qual ainda existem alguns remanescentes, nas encostas, tabuleiros e morros de maior declividade (Medeiros, 2005).

Os espaços construídos eram organizados de acordo com regras de apoio e posição social do proprietário. A fábrica de açúcar representa o campo econômico; a casa grande, o político; a senzala o étinico e a capela, o religioso. Essa concentração de poder dava aos proprietários total domínio sobre seus dependentes (Santos, 1995).

Na documentação histórica desta propriedade foram encontradas informações sobre várias unidades construtivas, tais como: uma capela, a casa dos monges e senzala; uma olaria, onde se fabricavam telhas, tijolos e louça de cerâmica; um engenho de farinha de mandioca. Produzia-se sal, cultivavam mandioca, arroz, milho e feijão. Além de todas essas atividades produtivas, os beneditinos também possuíam um dos principais fornos de cal desta época, conhecido como forno de cal de São Bento. A fazenda possuía uma canoa, carro, animais de condução e bois. Os documentos mencionam a construção de uma cacimba e a existência de um açude (Medeiros, 2005).

Algumas datas eram festejadas como um grande acontecimento, como a festa de São Bento. Daí a origem do nome da fazenda e, atualmente, da região: Sítio São Bento.

Segundo Medeiros (2005), os beneditinos financiavam suas atividades com fazendas e engenhos, utilizando mão-de-obra escrava. Como estratégia para incentivar o crescimento demográfico e evitar mais despesas na compra de escravos, estimulavam a formação de unidades familiares. As escravas que tivessem mais de seis filhos vivos eram dispensadas do trabalho pesado. Os beneditinos ensinavam ofícios às crianças que demonstravam aptidões e a partir do 10 anos é que se iniciavam no trabalho escravo.

A Ordem beneditina concedeu Carta de Alforria a todos os escravos, em 28 de setembro de 1871. Na sequência, a perda repentina da mão-de-obra inviabilizou os serviços domésticos e principalmente, a lavoura, contribuindo para o posterior abandono da fazenda (Luna, 1947).

Por essa via histórica, a forma de colonização e o processo escravocrata, segundo Ramalho (2006), origina a atividade de pesca artesanal. A pesca, enquanto produção e organização econômica tem seus antecedentes históricos nas corporações de ofício existentes em Portugal, tendo sido trazido para o Brasil colônia com o objetivo de dar garantia assistencial aos escravos alforriados. Tornando-se livres, muitos negros,

principalmente os da zona costeira das regiões norte e nordeste do país, sem a possibilidade de se inserirem no mercado de trabalho, passaram a se constituir pescadores artesanais e formar comunidades pesqueiras (Nunes, 2011).

“A arte da pesca traduz o sentimento de liberdade e resistência, e durante o período colonial se caracterizou como uma forma de resistência ao trabalho na unidade canavieira, como também a negação à sociedade urbana de consumo” (Nunes, 2011).

Com o desenvolvimento da pesquisa e as visitas periódicas à comunidade, constatou-se que o fenômeno da Medicina Popular está fortemente presente nas práticas de cuidado à saúde e trata-se de uma realidade muito mais ampla e complexa do que inicialmente se imaginava.

A construção de conhecimentos de forma solidária, às vezes derivada da experiência comum, pode ser entendida como uma das definições de saberes populares. A produção de artesanatos, culinária, chás medicinais e cantigas são exemplos de saberes populares que são transmitidos através das gerações, podendo ao longo do tempo, sofrer influências internas e/ou externas. Dessa forma, os saberes populares são fundamentados em experiências ou crenças, por pequenos grupos, transmitidas pela linguagem oral ou gestos, principalmente. (Chassot, 2008; Gondim, 2007; Pinheiro, Giordan, 2010).

Fundamentado em alguns referenciais teóricos (Ricardo e Statz, 2012), a percepção da Medicina Popular restringe-se ao estudo das práticas e dos saberes relativos à cura de enfermidades/doenças e cuidados da saúde, de um modo geral, transmitida oralmente de geração em geração, restrita a uma área delimitada, coesa e predominante dentre as alternativas de cura frente a fragilidade dos serviços de saúde convencionais (oficiais). Contudo, a temática amplia-se para uma outra dimensão: compreensão da saúde, identidade social e cultural e território.

Entende-se que o fenômeno da Medicina Popular leva, assim, a reprodução de um patrimônio intangível, ligado à outras dimensões: espiritualidade/religiosidade, diversidade agrobiológica e outras rationalidades, ancorados em valores subjetivos e culturais, baseados na solidariedade e reciprocidade (Ricardo e Statz, 2012). Percepção essa que transcende à conceituação teórica vigente.

Os “Agentes de Cura”, assim denominados devido ao fato desses não comercializarem suas práticas, conhecem as relações familiares, as dificuldades vivenciadas e as condições de vida daqueles que os procuram buscando cura e cuidados. Além disso, compartilham pensamentos, saberes, vivem a mesma situação de classe, enfrentando as dificuldades, angústias e as implicações que isso representa no cotidiano (acesso às políticas públicas, educação, moradia, pesca e comercialização do pescado, entre outros).

Na história da humanidade, a alimentação também possui um caráter simbólico que nos permite conhecer a identidade cultural de diferentes povos. Azevedo (2017) afirma que, o

ato de se alimentar vai muito além de uma necessidade biológica, ou importância de ingerir determinados nutrientes que são benéficos à saúde. A comensalidade se dá pela partilha de alimentos e possui um papel importante ao longo do processo histórico e social dos povos. Com a descoberta do fogo no início das civilizações, a modificação do alimento do cru ao cozido é interpretada pela história como um processo de evolução do homem, da sua condição biológica para a social. A ritualização das refeições com atribuição de regras dietéticas foi documentada desde as primeiras civilizações como expressão de religiosidade, originando termos como “puro e sagrado”, assim como de “impuro e profano” (Moreira, 2010).

Na comunidade de São Bento, Agentes do Cuidado, compartilham pensamentos; saberes; vivem a mesma situação social, enfrentando as dificuldades, angústias e as implicações que isso representa no cotidiano da comunidade. Por isso é de fundamental importância a ampliação desse espaço de diálogo. Tal opção está presente na estruturação e realização deste trabalho, pois decorre da atitude de respeito, reconhecimento e legitimação dessa comunidade e de suas práticas e saberes em saúde.

Nesse contexto, os conhecimentos e saberes populares em saúde e alimentação, possui função singular, uma vez que representa conceitos e práticas que integram questões estruturais, ambientais e subjetivas para a explicação e atuação sobre o processo saúde doença-cuidado da comunidade de São Bento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A utilização da natureza no tratamento de enfermidades baseando-se no saber popular é um dos costumes mais antigos da civilização humana. Ele remete às tribos primitivas, onde as mulheres eram responsáveis por extraír das plantas seu princípio ativo para utilizá-lo na cura de doenças. Na proporção que estas comunidades adquiriram maior habilidade em suprir suas necessidades de sobrevivência, foram sendo estabelecidos papéis específicos para cada membro da mesma, a começar pelo curandeiro. Este desenvolvia várias substâncias secretas, das quais só eram reveladas seletivamente as pessoas mais bem preparadas (França *et al.*, 2008).

Uma concepção comum que se tem sobre a medicina popular é de que o saber popular nas doenças e o modo como tratá-las (por meio de chás, rezas, banhos, garrafadas, etc) são partilhadas somente por populações pobres, com pouca escolaridade e que vivem em áreas rurais. Entretanto, essa concepção é persistente, já que em muitas ocasiões, não há outro tipo de medicina disponível nesses locais. Além disso, a visão que a considera uma prática de pessoas tidas como ignorantes, acaba desconsiderando os conhecimentos tradicionais, as necessidades sociais e os métodos de cura elaborados pelas pessoas do povo (Oliveira, 1985).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), grande parcela da população em desenvolvimento depende da medicina tradicional para prover suas carências elementares,

sendo que 80% desta população utiliza práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% utilizam plantas ou preparações destas (Brasil, 2007).

A despeito da interiorização da assistência, preconizada pela Política de Saúde vigente no Brasil, as práticas populares ainda estão presentes e, muitas vezes, constituem a única alternativa da população para a cura de doenças. Ainda que muitos recursos populares não tenham uma comprovação científica, repetidas experiências permitem a validação de sua utilidade, haja vista que o conjunto de saberes e práticas encontram-se pautadas na experiência empírica, na vivência, na experimentação e na avaliação do sucesso ou insucesso desses recursos (Lara, 2012). Os “Agentes de Cura”, assim denominados devido ao fato desses não comercializarem suas práticas, conhecem as relações familiares, as dificuldades vivenciadas e as condições de vida daqueles que os procuram buscando cura e cuidados. Além disso, tais Agentes, compartilham pensamentos, saberes, vivem a mesma situação de classe, enfrentando as dificuldades, angústias e as implicações que isso representa no cotidiano da comunidade a que pertence (Cruz, 2020; Ricardo e Statz, 2012).

O Modelo Biomédico apresenta uma visão positivista, limitante e simplista de lidar com a saúde e a doença, de modo a não considerar aspectos mais amplos que permeiam o indivíduo, como a cultura, meio, região, grupo inserido, entre outros. Desse modo, a Medicina Popular parte de um princípio mais amplo, relaciona e valoriza conhecimentos antigos, saberes populares, experiências passadas e cuidados populares. A Medicina Popular nem sempre é reconhecida como um Modelo de Cuidado em Saúde e muitas vezes, dentro da academia, é menosprezada e invalidada. É importante ressaltar, no entanto, que para muitos brasileiros, principalmente os povos tradicionais, esse conhecimento é um patrimônio histórico cultural, religioso e, acima de tudo, de grande significado afetivo e simbólico. Assim, é importante valorizá-lo, dar voz a esses conhecimentos, de modo a restaurar e manter tradições muitas vezes milenares, no meio acadêmico (Badak, 2011 & 2012; Brasileiro, 2012; Almeida, 2011).

É fundamental buscar compreender as reflexões dos diversos grupos sociais acerca da relação saúde-doença-cuidado e, em especial, sobre o uso dos recursos terapêuticos, no âmbito da medicina popular, uma vez que isso influencia consideravelmente as opções terapêuticas. A mediação entre os saberes e conhecimentos acadêmicos e populares é urgente e necessária. Ampliar esse espaço de diálogo entre profissionais e usuários dos serviços, além de articular os diferentes saberes, torna-se essencial e possível. Tal opção está presente na estruturação e realização deste trabalho, pois decorre da atitude de respeito pela sabedoria popular inseparável do ato do conhecimento científico.

A importância dos saberes populares, incluindo rezas, benzimentos, partos em casa, uso de plantas medicinais e práticas tradicionais de alimentação, para o processo de saúde, cuidado e doença ao longo da história é significativa. Esses saberes desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde, tratamento de doenças e no bem-estar das comunidades.

Em muitas áreas geográficas, especialmente em regiões rurais e isoladas, o acesso a serviços de saúde modernos era limitado ou inexistente ao longo da história. Nessas circunstâncias, as práticas de medicina popular desempenhavam um papel vital na promoção da saúde e no tratamento de doenças, oferecendo alternativas acessíveis quando não havia acesso a médicos ou hospitais (OMS, 2008). Essas práticas populares de cuidados de saúde estão enraizadas em tradições culturais e conhecimentos transmitidos de geração em geração. Essa herança cultural é valiosa e representa a sabedoria acumulada ao longo do tempo. Ela contribui para a identidade cultural das comunidades e ajuda a preservar as tradições locais (Sobo, 2001).

As práticas populares muitas vezes têm uma abordagem holística para a saúde, considerando não apenas o corpo físico, mas também aspectos emocionais, mentais e espirituais. Essa abordagem integrativa pode complementar abordagens médicas modernas e oferecer uma visão abrangente do bem-estar (Fontana, 2023). O uso desses saberes permite que as pessoas tenham um maior controle sobre sua própria saúde e bem-estar. Isso promove um senso de autonomia e capacitação, capacitando as comunidades a cuidarem de si mesmas e de seus membros (Fontana, 1989).

Esses saberes muitas vezes podem ser complementares à medicina moderna. Essa complementaridade é reconhecida em abordagens de medicina integrativa, onde saberes populares são considerados em conjunto com a medicina convencional para oferecer um atendimento mais completo aos pacientes (Rakel, 2022). A importância desses saberes para o processo de saúde, cuidado e doença é multifacetada e varia dependendo do contexto cultural e histórico. É crucial reconhecer e respeitar essas práticas, entendendo seu valor dentro das comunidades que as praticam.

A pesquisa acadêmica, ajuda a explorar e entender melhor o impacto desses saberes ao longo da história e em diferentes contextos. Os detentores dos saberes populares, como rezas, benzimentos, uso de plantas medicinais, partos em casa e práticas tradicionais de alimentação, podem ser membros de comunidades específicas que adquiriram seus conhecimentos através de tradições transmitidas oralmente e por meio de experiência prática.

As parteiras tradicionais desempenham um papel fundamental no acompanhamento de partos em casa e na assistência a gestantes. Elas frequentemente aprendem suas habilidades por meio de um sistema de aprendizado intergeracional, onde as mais experientes ensinam às mais jovens. Isso pode envolver anos de observação e prática direta (Sobrevilla, 2022). A história dos partos em casa é longa e complexa, variando ao longo das épocas e em diferentes partes do mundo.

Partos em casa têm uma história que remonta à antiguidade. Antes do advento da medicina moderna e das instituições hospitalares, o parto era uma questão de rotina em muitas culturas e ocorria em casa. Parteiras, frequentemente mulheres experientes na arte do parto, desempenhavam um papel essencial na assistência a esses eventos (Wagner, 2006).

O século XX viu uma crescente medicalização do parto em muitos países ocidentais. Hospitais e intervenções médicas se tornaram a norma, levando à redução do parto em casa. Essa mudança foi impulsionada por avanços na medicina e preocupações com a segurança materna e fetal (Mitford, 1992). Nas últimas décadas, houve um ressurgimento do interesse pelo parto em casa em algumas partes do mundo. O movimento de parto em casa busca devolver o poder de decisão às mulheres e promover o parto como um evento natural e menos medicalizado. Muitas mulheres escolhem o parto em casa com parteiras treinadas para assistência (Odent, 1994). É importante notar que a prática de parto em casa varia de acordo com a cultura e a região geográfica. Algumas culturas têm uma longa tradição de partos em casa, enquanto outras podem preferir instalações hospitalares. É essencial entender o contexto cultural e as práticas locais ao explorar o parto em casa (Stone, 2009). O parto em casa é uma prática que evoluiu ao longo da história, refletindo mudanças na medicina, cultura e entendimento do parto. A decisão de optar por um parto em casa é pessoal e influenciada por uma série de fatores.

Benzedeiras e curandeiros são indivíduos que usam rezas, benzeduras e conhecimentos tradicionais para tratar doenças e males espirituais. Eles frequentemente aprendem suas práticas com mestres ou outros detentores de saberes populares e as aprimoram ao longo do tempo (Morales, 2019). A história das rezas e benzimentos é rica e remonta a tempos antigos, desempenhando um papel importante nas práticas populares de cuidados de saúde e espirituais em diversas culturas. As rezas e benzimentos têm raízes profundas nas tradições religiosas e espirituais de várias culturas antigas. Na antiguidade, as práticas de cura frequentemente envolviam rituais e invocações a divindades para buscar proteção e cura. Por exemplo, na Grécia Antiga, Esculápio, o deus da medicina, era frequentemente invocado em rituais de cura (Burket, 2006).

Com a disseminação do cristianismo, as rezas e benzimentos passaram a incorporar elementos da fé cristã. No Cristianismo, a ideia de que a fé pode ter um papel ativo na cura é fundamental. Muitas tradições cristãs têm rezas específicas para a cura de doenças e a proteção contra males espirituais (DK, 2018). Ao longo da história, curandeiros, parteiras e benzedeiras desempenharam um papel importante na prestação de cuidados de saúde nas comunidades rurais e tradicionais. Eles frequentemente combinavam práticas de cura com elementos religiosos e espirituais. As rezas e benzimentos eram usados para tratar uma variedade de condições, desde doenças físicas até males espirituais (Sobo, 2001). As rezas e benzimentos representam uma parte importante da história das práticas populares de cuidados de saúde e espirituais. Eles refletem o saber na conexão entre mente, corpo e espírito e continuam a ser praticados em muitas comunidades ao redor do mundo. É fundamental abordar essas práticas com respeito e compreensão de seu significado cultural e espiritual.

Herboristas e conhecedores de plantas medicinais são especialistas em identificar, colher e utilizar plantas para fins medicinais. Eles frequentemente aprendem seus conhecimentos por meio da observação da natureza e da orientação de mentores experientes (Buhner, 2002).

Em suma, a herança dos saberes populares, que inclui rezas, benzimentos, partos em casa, o uso de plantas medicinais e as práticas tradicionais de alimentação, é um tesouro valioso que transcende as barreiras do tempo e da cultura. Essas práticas não apenas desempenharam um papel vital na promoção da saúde e no tratamento de doenças, mas também enriqueceram as identidades culturais das comunidades ao redor do mundo. Elas são um testemunho da profunda conexão entre a humanidade e a natureza, entre o físico e o espiritual.

A evolução do homem através do tempo sempre esteve acompanhada do conhecimento das plantas. Desde que começaram a aparecer as doenças, os homens trataram de combatê-las da forma que sabiam, sendo a natureza o primeiro remédio e a primeira farmácia a que o homem recorreu, além de utilizar as plantas também como alimento. Imagina-se que foi através da observação dos animais, que buscavam nas ervas cura para suas afecções, que o homem passou a utilizar as plantas medicinais. Todo esse conhecimento de início foi transmitido verbalmente por gerações, para depois, com o aparecimento da escrita, em caracteres cuneiformes, passar a ser registrado e guardado como um tesouro (Ferro, 2008; Franceschini, 2004).

Consideram-se como primeiros documentos escritos as placas/tábuas de barro, atualmente conservadas no British Museum, onde se encontraram diversas receitas e referências a medicamentos de ervas. Ainda na Mesopotâmia, em 2700 a.C. é descoberta Pen T'asso, a primeira obra sobre plantas medicinais, que descreve o uso da cânfora, efedra e ginseng. Ao longo da história muitos foram os documentos sobre plantas medicinais, como o Papiro de Erbs, o Tratado de Odores, Tratado de Materia Medica, a obra De Rustica, a publicação Corpus Hippocraticum, Dicionário de Drogas Simples, além da criação de diversas teorias, como Teoria da Assinatura, Teoria dos Sinais ou Teoria da Similitude, entre tantas outras (Ferro, 2008).

Na Idade Média adventos históricos que ocorreram na Europa, tais como a ascensão e queda do Império Romano e o fortalecimento da Igreja Católica, provocam um período de ciência estagnada, em que somente a Igreja tinha acesso ao conhecimento. Dessa forma o uso de plantas medicinais era restrito aos monges e sacerdotes da Igreja Católica, que significaram as concepções de doenças como pecado ou mal dos céus e qualquer prática realizada fora de instituições religiosas, eram consideradas como práticas de bruxarias ou alquimia (Badke, 2008; Ferro, 2008; Hoffmann; Anjos, 2018).

Ainda na Idade Média, durante a conquista da América, os sacerdotes da Igreja Católica que se dirigiram para o Novo Mundo, puderam ensinar e também aprender com os xamãs indígenas, seus saberes referentes ao uso de plantas medicinais (Alonso, 2008).

Já na Era Moderna, no período do Renascimento ocorre a retomada dos estudos e valorização da experimentação e da observação direta, dando origem a um novo progresso no conhecimento das plantas medicinais e suas aplicações. (Badke, 2008; Ferro, 2008).

Cabe salientar que o recurso terapêutico era unicamente realizado por meio do uso de plantas medicinais, minerais e animais, até o século XIX, quando Friedrich Wohler sintetizou a uréia a partir de uma substância inorgânica (cianato de amônia), inaugurando a indústria de síntese química (Hoffmann; Anjos, 2018; Alonso, 2008).

A Idade Contemporânea, marca a liderança dos produtos de síntese química, relegando as plantas medicinais a uma prática médica menor. Os produtos sintéticos no entanto continuaram surgindo do meio natural, entre eles: aspirina, penicilina, vincristina, reserpina, atropina, entre outras. (Alonso, 2008). No final dos anos 50 ocorreu a tragédia da talidomida, que havia sido apresentada (com pelo menos 52 nomes comerciais) ao mundo como uma droga mágica e por fim acometeu milhares de seus usuários, causando anormalidades, malformações em crianças e taxa de mortalidade entre as vítimas que variou entre 40% e 45%, constituindo o ponto de partida para a aplicação dos conceitos de segurança e dando origem aos primeiros departamentos de farmacovigilância dos medicamentos (Moro; Invernizzi, 2017; Alonso, 2008).

A medicina moderna se desenvolveu na maior parte do mundo, porém a OMS “reconhece que ainda grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, sendo que 85% da população que utiliza práticas tradicionais faz uso de plantas ou preparações destas” (Brasil, 2016,).

Segundo a Estratégia Global sobre Medicina Tradicional 2002-2005 (OMS, 2002) a medicina tradicional: “compreende diversas práticas, enfoque, conhecimentos e crenças sanitárias que incluem plantas, animais e/ou medicamentos baseados em minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades.

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pela necessidade de proteção e promoção à saúde dos povos no mundo, sendo criado pela OMS posteriormente a Conferência, o Programa de Medicina Tradicional, recomendando aos estados-membros desenvolver políticas públicas que integrassem a medicina tradicional aos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como promovessem o uso racional dessa integração. Tais recomendações foram reiteradas em 1987 na Assembleia Mundial de Saúde e em 1991 a OMS reforçou a importante contribuição da medicina tradicional na prestação de assistência social (Brasil, 2016).

Segundo o Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Brasil, 1989), durante a conferência foi discutida a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, devendo a mesma reger-se por diferentes princípios, dentre eles, os relacionados com a política de recursos humanos, que visava também à inclusão no currículo de ensino em saúde o ensino das práticas alternativas.

A OMS, em sua Estratégia Global sobre Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa para o período 2002/2005, reforçou o compromisso em estimular o desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de inseri-las no sistema oficial de saúde dos seus 191 estados-membros. Tal propósito foi firmado porque apenas 25 estados-membros, entre os quais não estava incluído o Brasil, desenvolveram uma política nacional de medicina tradicional como forma de fortalecer a atenção sanitária e de contribuir para a reforma do setor Saúde (Brasil, 2016).

O Governo Federal Brasileiro então aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, tendo suas diretrizes detalhadas no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovado pela Portaria Interministerial nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008. O objetivo da Política e do PNPMF é “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais [...] promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2009).

No que tange ao uso de plantas medicinais, o Brasil tem importante papel, pois é o país que detém a maior parte da biodiversidade mundial, cerca de 20% a 15%, além desse acervo genético, o Brasil também possui abundante diversidade cultural e étnica que permitiu o agrupamento dos diferentes conhecimentos e tecnologias tradicionais, entre os quais se destaca o acervo de saberes sobre o uso terapêutico de plantas medicinais. De acordo com a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2016), “o Brasil com seu amplo patrimônio genético e sua diversidade cultural, tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano na área de saúde e uso de plantas medicinais”.

O Brasil é um país privilegiado por possuir grande diversidade biológica, contando com vasta quantidade de espécies vegetais com propriedades medicinais. Segundo a OMS (2007), ele detém a maior parcela da biodiversidade, cerca de 15 a 20% do total mundial. Além disso, apresenta rico patrimônio étnico e cultural, resultando num acúmulo valioso de saberes tradicionais, entre os quais, se destaca o uso e manejo das plantas medicinais. Grande parte dos medicamentos disponíveis atualmente no mundo são oriundos de estudos a partir do saber popular.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Ampliar a compreensão a respeito dos fenômenos relativos aos conhecimentos e saberes tradicionais no âmbito da Medicina Popular, focados na sabedoria popular da saúde e no ato de comer, a partir das narrativas das vivências e experiências dos moradores da comunidade de São Bento – Abreu e Lima -PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Registrar os saberes e conhecimentos dos comunitários sobre as diversas medicinas populares vivenciadas por eles;
- Identificar os conhecimentos e saberes populares sobre saúde, alimentação saudável e o ato de comer, dos participantes;
- Analisar os registros obtidos, a partir das narrativas dos comunitários;
- Ter um primeiro momento com a roda de conversa e um segundo momento com a entrevista com os moradores;
- Desvelar os fatores que influenciam essas práticas do cuidado e cura na comunidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo utilizou a estratégia metodológica da pesquisa qualitativa, com o objetivo não só de descrever os resultados, mas também de atribuir significados para entender o fenômeno estudado, a partir das perspectivas do participante.

Sendo assim, o método empregado consiste numa estratégia de pesquisa, na qual existe uma observação sistemática da realidade, por parte do investigador, com vistas à compreensão da realidade concreta, envolvendo o diálogo com os sujeitos pesquisados, que acontece tanto em situações informais quanto em situações planejadas, sob a forma de entrevistas individuais e rodas de conversas, e o retorno aos sujeitos da elaboração teórica feita pelo pesquisador fundamentado nos dados coletados.

As falas foram registradas para transcrições e posterior análise. Nesse momento, o entrevistador pode fazer livremente, perguntas focadas nas temáticas em questão, a fim de sondar as informações oferecidas pelos participantes, não obedecendo, necessariamente, a um rigor ou a uma estrutura formal. Foi empregada a técnica da observação participante (Minayo, 1994), na modalidade observador como participante.

Os sujeitos dessa pesquisa têm idade igual ou superior a 18 anos, capacidade física e/ou mental para participar das entrevistas individuais e da roda de conversa, totalizando 27 participantes.

As entrevistas individuais e as rodas de conversas foram realizadas no Sítio São Bento, iniciadas em 2019, interrompidas em 2020 por motivo do isolamento, durante a pandemia do Covid 19, e reiniciada em 2021. A compilação e análise dos resultados foram realizadas no período de 2023 – 2024.

As entrevistas individuais foram realizadas por meio de visitas domiciliares. As mesmas promoveram um contato direto com as famílias da localidade e possibilitaram a identificação de características próprias, hábitos e costumes locais. Além disso, foram feitas observações escritas em diário de bordo, registros fotográficos e gravações .

Para as rodas de conversas, foram agendados, previamente, encontros semanais, com os moradores que de livre e espontânea vontade aceitaram participar. As rodas de conversas possibilitaram aos participantes momentos de reflexões e autonomia, uma vez que, estimulou os participantes a identificar e manifestar os seus conhecimentos e saberes a respeito de saúde e sobre suas práticas alimentares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa qualitativa realizada com 27 pessoas, sendo elas homens e mulheres, identificou os seguintes resultados, de acordo com a percepção dos comunitários, relatada e registrada, no momento das entrevistas individuais e roda de conversa:

Entrevistas individuais domiciliares

De uma forma sumarizada e interligada, pode-se dizer que as visitas domiciliares com fins de diagnóstico situacional, no caso do presente trabalho, se revelam uma prática em que as relações dos sujeitos são acolhedoras, humanas, de empatia e confiança, dentro de uma dimensão dialógica em que há a escuta das necessidades do grupo populacional em questão; da sua realidade socioambiental, das suas histórias e memórias afetivas; do seu modo de vida; da percepção acerca da própria saúde e a alimentação e a forma como essa alimentação está inserida no contexto cotidiano. Desse modo, os participantes têm a individualidade e singularidade valorizadas, expressas pelas respectivas falas, considerando a trajetória de vida, o contexto e a cultura local. As entrevistas aconteceram no ambiente doméstico, geralmente junto ao fogão de lenha, nas cozinhas das casas dos entrevistados. Esse ambiente somado à relação de confiança pré-existente entre pesquisadores e interlocutores, criou condições favoráveis para que o assunto fluísse naturalmente. As transcrições das falas foram feitas de forma fidedigna, reproduzindo o linguajar regional, sendo uma forma de homenagear essas pessoas e retribuir a generosidade de buscar em suas memórias elementos para contar suas histórias. As perguntas e o registro das falas foram sistematizados de forma a facilitar a análise posterior, de acordo com a sequência de temas descrita a seguir:

Roda de conversa

O encontro para a roda de conversa foi agendada com antecedência, com os moradores que de livre e espontânea vontade aceitaram participar. A roda de conversa foi iniciada com a técnica do crachá para “quebrar o gelo” e facilitar a apresentação dos participantes de forma lúdica. Em seguida, foi apresentado o objetivo da roda de conversa e explicada a necessidade de se conhecer melhor os saberes populares e as práticas de saúde e alimentação. Com a concordância de todos se iniciou a roda de conversa.

Na sequência segue as perguntas norteadoras para discussão dos assuntos abordados:

A análise dessas falas, ampliou a compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado, implicados no conhecimento profundo da Medicina Popular praticada pelos “Agentes de Cura” dessa comunidade. Nesse sentido, a seguinte pergunta foi feita: **tem alguma coisa que pode ser feita em casa pra cuidar das pessoas?**

“Hortelã é muito bom pra gripe. O pé tá cheio bem aqui na frente de casa. Faz um chá e pronto. É rápido. Tomate, carambola, dizem que é bom. Folha de abacate é bom pro fígado. Na gravidez eu comia de tudo. Antigamente eu nem podia dizer que não podia comer. Num tinha muita opção. Não podia escolher... Não deixo minhas filhas pisar no mangue, quando estão naqueles dias, porque se não dá hemorragia. A avó do meu marido mesmo, que era bem antiga aqui, ela era rezadeira. Ela ensinava um bocado de coisas pra a gente. Pra gente não fazer menstruada. Ela dizia assim: -Vocês só vivem com cólica, direto. Porque vocês tomam muito banho, principalmente banho de cabeça... Não pode quando tá assim, naqueles dias... Ela dizia que ficava tudo mordida do porco... ela era muito engracada... O chá do abacate mesmo, foi ela quem me ensinou. Quando a gente come uma comida que ofende, a gente toma o chá da folha do abacate madurinho...Também a gente sabe que o cravo serve para labirintite. Tira aquela cabecinha e faz o chá. Quando tem alguém gripado a gente faz o lambedor, pega o hortelã, pega o chambá e sai misturando com colônia branca. O menino fica bom.Tem coisa que agente não leva pro médico não. Se tiver com febre, a gente não dá chocolate, nem fruta ácida.Teve um dos meus meninos que eu tive em casa. Procurei um carro e não achei. Chegou a hora de nascer e nasceu em casa, com a minha sogra que fez o trabalho de parto... Depois fiquei em casa e comi um pirão de galinha de capoeira, belíssimo... melhor do que na maternidade. Na maternidade você não come nada, fica de castigo até quando Deus quiser, até umas 4 horas, dependendo da hora que nasce. Nascido em casa é diferente... A minha sogra é parteira. Ela já pegou muito menino aqui na comunidade.”

A parteira auxilia nos partos realizados de madrugada. Por não haver maternidades nas proximidades e nem atendimento emergencial, mães são assistidas e cuidadas por essa senhora que vive há mais de 40 anos na localidade. A mesma nos passou informações sobre como são realizados os procedimentos de parto natural.

“Eu nunca estudei...Eu tava numa igreja, orando. Aí, naquele momento... Eu sei que foi uma coisa de Deus mesmo. Aí me chamaram pra eu ir pegar uma criança que vinha nascendo. Mas porque eu?A primeira que eu peguei foi a menina da minha nora. Foi um caso que o pai dela foi pegar o carro e o carro tava sem gasolina. O pai foi conseguir gasolina e aí faltou o freio de mão. Aí, daqui a pouco a minha irmã gritou: - A menina tá nascendo...Aí eu prontamente corri pra lá. – Deixa nascer que eu pego! Aí eu perguntei pra minha mãe que também já pegou menino. – Mãe, como é que se corta o umbigo do menino, quando ele nasce? Aí ela disse: - Você mede o tamanho de um dedo no umbigo e quando chegar até aqui, no meio, você dá um nó com um cordão e deixa um pedaço lá na barriga da criança. Corte pra cá, depois do nó. Peguei a menina e fiz o que minha mãe mandou. Voltei pra mãe da criança e fui fazer a limpeza. A tira umbilical fica sempre na placenta. Aí eu peguei a tira umbilical e comecei a rodar um pouquinho. Comecei a passar a mão na barriga dela. Aí foi

saindo aos pouquinhos... e saiu aquela bola... Ái fiz a limpeza dela e disse: - Agora tá pronto! A turma falou: -Tu não vai levar ela pro hospital? Num vou levar nada. Deus deu o dom de eu cuidar dela e eu vou cuidar dela.”

A rezadeira da localidade, tem também conhecimento a respeito de plantas medicinais e revela a equipe de pesquisa que recebeu o conhecimento através da mãe, já falecida, considerada pelos moradores uma curandeira.

“Mãe rezava... rezava pra dor de cabeça. Eu só aprendi a rezar com ela, só duas. O resto eu não aprendi... A melhor que eu queria eu não aprendi, que é dor de cabeça... Eu aprendi a tirar olhado e a tirar o nervo triado. Reza no dedo e a dor passa. Minha mãe, ela vivia trabalhando no roçado... Ela passava e via o povo chorando aí ela curava..Tem duas pessoas aqui que se não fosse minha mãe elas já tinham morrido. A dor de cabeça delas doía tanto que elas gritavam feito doidas...O chá que tem por aí, tudinho eu aprendi com ela...

Observa-se que os elementos constituintes desse sistema médico não formal, bem como a percepção do mesmo na situação precária de atenção médica, vivida pelos moradores, se correlaciona a tentativa de auto-superação, reforçando a ideia que a Medicina Popular possui uma função singular na percepção das relações entre a condição de vida e o processo saúde-doença-cuidado.

É fundamental para a Saúde Pública buscar compreender as reflexões dos diversos grupos sociais acerca da saúde-doença-cuidado e, em especial, sobre o uso dos recursos terapêuticos disponíveis, uma vez que isso influencia consideravelmente as opções terapêuticas. A mediação entre os saberes é urgente e delicada. Ampliar esse espaço de diálogo entre profissionais e usuários dos serviços, além de articular os diferentes saberes, torna-se essencial e possível. Tal opção está presente na estruturação e realização deste trabalho, pois decorre da atitude de respeito pela sabedoria popular inseparável do ato do conhecimento.

Alimentação e nutrição

Com a finalidade de conhecer melhor as concepções dos moradores sobre alimentação saudável, nutrição e suas práticas alimentares cotidianas, abordamos essa importante temática sobre a forma de perguntas direcionadas por meio de subtemas.

A partir da pergunta “**o que é alimentação saudável?**”, podemos verificar que todos têm consciência da importância da alimentação na prevenção das doenças e a correlação de uma alimentação não adequada na geração das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes (diabetes, obesidade e hipertensão).

As falas expressam que existe uma dicotomia entre os conceitos que versam sobre a idealização alimentar e a outra que situa o espaço da realidade concreta do cotidiano. Os

atores sociais fazem correspondências entre um saber e outro e trazem à tona as práticas alimentares conjugadas ao modo de vida.

Fica evidente a tendência a uma concepção mais arraigada no caráter biológico implícito na construção dos conceitos, uma vez que se referem ao alimento e sua relação com a saúde e a doença.

Observa-se a ênfase que os entrevistados deram a importância de se consumir os alimentos mais frequentemente produzidos em casa. O conceito ideal de alimentação saudável é, portanto definido em bases à alimentos que oferecem benefícios à saúde, evitam fraquezas e doenças.

“É a pessoa saber comer. Eu não posso comer carne de charque. Eu como de sem-vergonha. Coloco um tiquinho no feijão... Peixe, eu como peixe. A carne picada eu já to deixando. A alimentação fica melhor e o camarada fica mais moço...”

“É a vida que eles levam... Aqui tem muita riqueza... A alimentação é muito natural. Tem a fruta, tem o que plantar. A alimentação é isso mesmo que eles tem aqui, o básico.”

“Eu não sei... É comer arroz, feijão.”

“Tem que saber comer. Eu sou afastada de um bocado de coisa... Como porque eu sou teimosa... Feijão, não posso comer muito feijão por causa da diabetes.”

“Não faltar o seu alimento certo. As suas frutas pra comer e o seu alimento certo. O meu Graças a Deus nunca faltou e nunca há de faltar...”

“É feijão, arroz, macarrão e carne... Esse é o mais saudável. Não tem outro... eu não gosto de biscoito, não gosto de bolacha... Agora, um pãozinho eu como um pedacinho.”

“Eu digo às minhas filhas: cuidado pra não ficar obesa... Eu dou conselho.”

De uma forma geral, há uma valorização dos nutrientes com símbolos implícitos em uma alimentação saudável e a preocupação em evitar os excessos de consumo de doces e gorduras. Ao enfatizar a necessidade de nutrientes, configura-se a importância de uma referência a estes na concepção biomédica como ícones simbólicos a serem associados à comida do dia-a-dia, mesmo que não se coma nutrientes. Algumas das respostas se aproximam do senso comum, que transformam a comida cotidiana numa espécie de medicalização recorrente à promoção de saúde.

“Pessoa obesa é muito ruim. Só come biscoito, só come danoninho. Só vai dar obesidade... Tudo é doce... Tudo tem muita proteína... Refrigerante também”.

“Se a pessoa não souber se alimentar mesmo, vem fraqueza, vem anemia, vem tudo.”

“Vê o meu neto... dessa finurinha, branco... Não come... Eu digo a ele: tem que comer comida de panela... É um biscoito, é um Danone... Isso não é alimento. Alimento de manhã é um copo de leite.”

“Eu não tomo leite... eu enjoei de leite... Num posso nem dar exemplo. No meu tempo tinha muito leite de cabra, de gado... Aí eu acho que eu enjoei... De vez em quando eu faço uma papinha. Eu tomava muito leite”.

“Eu tomei muito café... Desde pequena... Quando foi um dia eu me abusei e nunca mais tomei”

Em algumas falas se revelam uma visão crítica e uma resistência à orientação alimentar prescritiva e normativa feita por parte do médico.

“Não faço dieta não. O Dr. disse que não pode tá comendo todas as coisas. Não pode comer jaca, não pode comer manga. Eu quero ver como é que a pessoa vai viver sem comer... Eu fico falando porque o que a pessoa quer comer e não pode...”

Um outro aspecto importante dessa temática, descrita e discutida por Alves e Boog (2008), é aquele referente à natureza simbólica sobre o conceito de alimentação saudável:

“...os valores alimentares dos grupos, na formulação de suas ideias sobre o saudável, devem ser consideradas para que as estratégias de promoção à saúde e EAN sejam sensíveis a questões reais, que passam a tratar o fato alimentar enquanto elemento social, dinâmico e reproduzível pelas gerações. Isso demonstra o potencial de inclusão dos valores alimentares, para um possível efeito multiplicador da orientação familiar. Além disso, o entendimento do valor simbólico dos alimentos humaniza as estratégias de intervenção no campo da Saúde.”

O que facilita, o que dificulta ter uma alimentação saudável?

“As compras... Eu faço em Abreu, na feira. Não tem transporte e às vezes eu vou a pé.”

“Poderia plantar verdura, né? Mas eles não tem essa mente assim, de plantar horta. Vivem mais da pesca. Não falta o alimento não, é muito difícil faltar.”

“Tem o pessoal aí do Centro Espírita que sempre dá uma cesta básica, que já ajuda, né?”

“Eu já pensei numa horta... mas sabe porque não faço? Tem galinha. Quem tem galinha não tem nada, por causa dos pezinhos delas... Cisca tudo. Eu tenho vontade de fazer.

Também não planto porque não dá tempo... Vou pra feira vender de manhã, só chego de 11 horas... Quando chego essa menina vai pra escola. Aí eu vou botar a comida... fazer tudinho... e me sento um pouquinho se der tempo, se não der, fico até as 6 horas.”

“Antigamente o que aparecia a gente tinha que comer, senão ia ficar com fome. Não tinha opção... O dinheiro era menos.”

“Muitas vezes a gente ia ali na maré, tirava o sururu e escaldava; daquela água mesmo fazia um pirão e comia... Muitas vezes tinha o sururu e não tinha a farinha... Era muito difícil antigamente... Hoje, graças a Deus a gente é pobre, mas tem o que comer...”

“Antigamente ninguém tinha moto não. Trazia o peso na cabeça. Ficava parando, sentando pelo caminho... Até carro de mão, às vezes nem carro de mão tinha... Tinha que trazer o peso na mão mesmo.”

“Quando não tinha moto era um aperreio... agente queria ir no caminhão da feira... Era muita gente. Aquela agonia... Ai eu não ia pra feira e ficava dizendo: vou hoje, vou amanhã... Agora meu filho comprou uma moto.”

“Hoje tá bom. Antigamente quando eu tive meus filhos, às vezes meu esposo num tinha como botar o sustento dentro de casa. A Gente ia na maré e pegava um peixinho. Chegava em casa até chorava porque não tinha uma bolachinha pra dá pros meninos... Nos dias de hoje eu não tenho o que dizer não, o que eles querem tem”

Nas falas, pode-se identificar que os fatores limitantes são: fragilidade das condições de transporte , e por conseguinte, o percurso de longas distâncias para a aquisição dos gêneros alimentícios; renda, como um fator limitante a acessibilidade. Os entrevistados afirmam que atualmente houve uma melhoria na renda familiar em decorrência da atividade assalariada.

Há citações sobre a possibilidade de implantação de hortas familiares, demonstrando que há uma conscientização da importância dessa prática para uma melhor diversificação da alimentação diária. Contudo, são citados fatores dificultadores, como : qualidade do solo (“a terra é muito salgada”); presença de animais domésticos, de pequeno porte, nos quintais das casas (galinhas, gatos, cachorros); bovinos e caprinos que ficam soltos para pastagem; tempo para o cuidado com as hortas, uma vez que na distribuição do tempo de ocupação para com a pesca e a comercialização dos produtos da pesca é a atividade prioritária e que ocupa o maior espaço de tempo.

Uma das moradoras entrevistadas, destaca a situação de dificuldade para amamentar um dos filhos em decorrência da necessidade de aumento da renda familiar:

“Quando meu filho nasceu eu só amamentei ele por 3 meses. Pegando crustáceo, vendendo. Às vezes eu pegava, comprava um saco grande de 60 kg de castanha pra assar pra levar pra feira. Eu quase não parava em casa... Quase não tinha tempo pra dar de mamar pra ele... ou dava de mamar ou os outros passavam fome... eu tinha que fazer isso, dar mingau logo porque eu não tinha condição de tá amamentando. Eu vivia de vender as coisas na feira.”

Os pontos de facilitação apontados, foram o aumento da renda familiar, decorrente do assalariamento e uma das entrevistadas, apontam a volição (querer, impulso, gostar de), como fator facilitador:

“Rapaz, dificuldade... Só se a pessoa não gostar de comer... Mas se gostar de comer se alimenta bem, viu? Aqui em casa mesmo OH! Vê. Tudo se alimenta bem, por isso tudo é magrinha, magrinha... (Risos. Na verdade, há sobre peso e obesidade).”

Mais uma vez, reforça-se a ideia de que a alimentação e a nutrição são fenômenos complexos que dependem de fatores ambientais, culturais e econômicos em constante evolução.

Famílias que anteriormente conseguiam seus alimentos combinando produção para consumo próprio e trocas internas, atualmente desenvolvem processos adaptativos, frente a um contexto diferente, em função do sistema econômico, dos recursos naturais disponíveis, à pressão demográfica, às novas necessidades e às novas tecnologias.

Que alimentos não podem faltar em casa?

“Feijão, arroz, macarrão... Pra eu não. Eu me conformo com tudo... Mas pra turma de casa tem que ter.”

“De manhã os meninos tem que ter pão ou se não uma bolachinha. Meio dia tem que ter feijão, se não reclama. Arroz, carne e o que tiver eles comem.”

“Até que aqui não gostam muito de macarrão.”

“Eu só não posso comer comida de maré por causa da diabetes... De vez em quando pode, mas o resto eu posso comer feijão, arroz, carne. Eu tenho diabetes e não posso comer carne assada. Feijão, arroz, num pode faltar. É o que a pessoa come todo dia. O pessoal de casa gosta de comer cuscuz. Tem todo dia.”

Os principais alimentos essenciais mencionados foram: feijão, arroz, macarrão, pão, bolacha, carne, cuscuz.

As frutas, verduras e legumes não foram citadas como importantes, pela maioria, mas durante o encontro de roda de conversa e durante as entrevistas era muito frequente oferecerem a equipe água de coco, banana, manga, acerola, jaca e castanha de caju. Esses são consumidos durante o dia, colhidos diretamente das fruteiras próximas às casas, comercializados localmente, mas não foram citados como indispesáveis.

Os entrevistados não associavam as frutas, verduras e legumes à rotina alimentar. As razões que justificam a não valorização desses alimentos para o consumo, podem estar associadas ao universo simbólico da prática alimentar local. Assim, a fruta colhida é

destinada prioritariamente à comercialização, mas não considerada alimento essencial que mereça o deslocamento de renda familiar para a sua compra.

Nesse contexto, Recine e Radielli (2021), abordam o tema, considerando que:

“...Os fatores de ordem geográfica e sociológica precisam ser considerados quando estudamos os hábitos alimentares brasileiros. Quanto ao aspecto geográfico, devemos destacar que o Brasil fica entre a linha do Equador e a zona temperada pouco abaixo do Trópico de Capricórnio, o que facilita o cultivo de alimentos variados (de clitemperado e tropical). O fato de nosso país ter 8 mil km de costa atlântica favorece uma atividade pesqueira bastante diversificada...”

“...Com relação ao aspecto sociológico, convém lembrar a rápida miscigenação entre índios, portugueses e negros africanos e entre os imigrantes que vieram para o Brasil a partir do século XIX, atraídos pela abertura do movimento imigratório.

Esses fatores podem justificar a pouca adesão ao consumo de verduras, uma vez que a comunidade de São Bento, pela sua via histórica, teve fortes influências da cultura indígena e, em especial, da cultura africana e portuguesa e, segundo registros históricos, a base da alimentação se constitui de alimentos fontes de carboidratos e proteínas (arroz, milho, feijão, farinha, macaxeira, inhame, carnes e peixes) e as frutas dos pomares locais (manga, jaca, caju, entre outros) (Medeiros, 2005).

Santos *et al.*, (2019) verificaram a associação entre barreiras percebidas para o consumo de frutas (CF) e de verduras ou legumes (CV/L) com características demográficas. Foi realizado estudo transversal ($n = 877$ pessoas com ≤ 44 anos de Cambé/PR). Investigaram-se 5 barreiras para o CF e CV/L. “Custo pesa no orçamento familiar” foi a barreira mais prevalente (CF 57,7%; CV/L 49,9%), com maior chance da barreira no CF nas mulheres e pessoas com menor escolaridade (0 a 4 anos de estudo) e no CV/L nas mulheres, pessoas com menor escolaridade e de nível econômico B/C. A prevalência da barreira “Família não tem hábito”, foi de 16,4% para CF e 10,9% no CV/L, com maior chance para pessoas com 50 a 59 anos no CF. “Falta de tempo para comprar alimentos frescos”, foi citada por 8,0% (CF) e 7,6% (CV/L), com maior chance da barreira no CF em mulheres e indivíduos sem companheiro. A barreira “Necessidade de preparo” teve prevalência de 7,6% para CF, com maior chance para pessoas com idade entre 44 e 59 anos e no CV/L (9,7%), maior nas mulheres. A prevalência de “Não gostar do sabor” foi de 6,2% para o CF e 6,6% CV/L, e observou-se maior chance nos negros/pardos/indígenas (para CV/L).

Quanto a esses aspectos, Silva (2011), destaca que:

“...Os fatores que influenciam as escolhas alimentares não se baseiam unicamente nas preferências de cada indivíduo. Na verdade, são influenciados por circunstâncias sociais, culturais e económicas. Políticas públicas que visem o incentivo a uma alimentação saudável e ao consumo ideal de FLV devem considerar uma estrutura multidimensional de

planejamento e atuação que fortaleça e incentive a criação de ambientes promotores de saúde...

Essa ideia é reforçada quando se perguntava: **O que é produzido aqui? O que se planta?**

“Vendo mais manga”

“Vendo manga. Tem coco, mas é difícil aparecer um tirador de coco... Fica tudo caindo.”

“Meu marido pesca. Se ele pudesse, a casa era dentro da maré... A gente não planta. Tem galinha. A gente mata a galinha pra comer. Tem ovos. Só pra gente... Não vende não. Aqui não dá pra plantar. A terra é muito salgada.”

“Tem jambo, tem manga, tem fruta-pão. Eu não gosto de fruta-pão, mas no tempo da crise eu comia muito.”

O consumo de verduras foi mencionado com menos frequência que as frutas. Em uma das falas, o consumo de verduras foi mencionado pela avó de uma criança que era a única que gostava de comer verduras, mas os demais da família não gostavam.

“Eu tenho um neto que quando a gente chega da feira ele já cai na verdura. Ele come tudo. Pode botar salada, verdura que ele come tudo. Eu acho bem legal ele comer as verduras... A gente come fubá, pão, bolacha, quarenta...”

O consumo de frutas, verduras e legumes tem sido recomendado a fim de diminuir a incidência das doenças crônicas, como câncer e doenças cardiovasculares. Entretanto, outros autores (ALVES E BOOG, 2008), têm destacado que o consumo desses alimentos está abaixo da recomendação mundial em diversos países e, no Brasil, esse consumo é menor na área rural, quando comparada à urbana. Os fatores determinantes ainda não estão plenamente esclarecidos e, por esse motivo, há necessidade de investigações que venham a contribuir para o melhor entendimento das práticas alimentares nesse contexto.

Onde são adquiridos os alimentos?

“Faço em Abreu, na feira. As vezes vou vender fruta na feira e aproveito pra comprar outros alimentos”.

“Eu sou aposentada. Quando recebo e faço feira pro mês. Vou no Atacadão em Recife.”

“Se for fruta, aqui tem. A maioria não precisa comprar... manga, jaca. Querendo outra fruta a gente já tem o dinheiro. Hoje em dia já pode comprar, antes a gente não tinha e só fazia olhar... Os outros alimentos, vou pro Atacadão, aí faço minha feira de mês. Às vezes dá até

pra dois meses. Verdura compro toda semana em Abreu. A gente compra de tudo um pouquinho... Galinha, só coxa, peito, carne, bife, peixe, fígado.”

“Eu faço minha feira no Atacadão. Faço minhas compras de mês pra eu num me aperriar. Passo o mês todinho.”

“O pãozeiro” que a gente não tinha. Quando queria pão a gente tinha que ir em Abreu. Se quisesse um botijão de gás... Eu mesmo já carreguei bujão seco até Abreu, na cabeça, lá eu enchia e o carro trazia. E agora ligo pra ele, ele traz água mineral... É pão, é bolo, é tudo... E agora tem água pertinho... Tem pãozeiro passando prá lá e pra cá. Oxente, o que é que eu quero mais? Pra mim tá tudo bem.”

O acesso a bens de consumo, tais como o gás de cozinha e a água mineral é referido como fator de melhoria das condições de vida. Há, atualmente, uma pequena mercearia que fornece esses insumos, com entrega domiciliar, por meio de uma moto.

O “pão de padaria”, apesar do baixo valor nutritivo, é muito valorizado pelos moradores e representa um avanço para essa comunidade. Esse fato reflete uma mudança de hábito alimentar em contrapartida ao consumo tradicional de fontes de carboidratos naturais e regionais (macaxeira, inhame, batata doce, milho).

Resultado de pesquisas (Costa et.al., 2013) apontam que a transição alimentar está ocorrendo no sentido da urbanização do meio rural, onde a economia de consumo e a economia de excedente estão sendo substituídas pela economia de mercado e com isso, todas as implicações socioculturais, indicando os reflexos da globalização presentes no modo de vida dessa coletividade.

Como são feitas as refeições?

“Eu mesmo faço o meu cumê...”

“De manhã, pão. No almoço feijão, arroz, macarrão... Os meninos comem tudo. Salada, o que tiver. Aqui em casa não tem luxo não.”

“De manhã como fubá, pão, bolacha... De meio dia come um arrozinho. Come carne, come galinha. Às vezes num quer galinha, come salsicha.”

“Nem todo dia tem... Tem dia que to aperiada da cabeça... Aí eu faço quarenta. Bota água no fogo pra ferver, põe uma colherzinha de manteiga. Quando tiver fervendo, pega a fubá e fica mexendo... Fica feito um angu. Depois bota lá pra ir esfriando. Vai fofando com um garfo que fica bem fofinho.”

“De manhã comi um taco de melancia e outro de melão. Quando me dá fome eu como a minha vitamina e almoço. Pra almoçar não tenho hora.”

“Como de manhã não, é muito difícil. Se tiver pão eu belisco um pãozinho... Tomo um cafezinho... Aqui em casa é tudo assim...Lá pras 8 ou 9 horas como um pãozinho e pronto.”

“Eu de primeiro tomava café de manhã. Parei, agora tomo chá. Aí vou trabalhar, vou pra maré... Quando eu vou lembrar que to com fome, já tô que não aguento mais...Aí como feijão, arroz, macarrão... O que tiver de almoço eu merendo... Não vou comer o prato cheio não.”

“No lanche, uma manga que aparece, uma banana. O que tiver a gente faz um arranjo, né? Fruta aqui tem fartura.”

“De noite eu como logo cedo... se for comida assim, inhame, batata... um negócio mais pesadinho, aí eu como mais cedo, umas 4:30 – 5:00 horas. Aí não como mais nada”

“As verduras... eu só não gosto de pimentão, nem dele nem de berinjela... Eu gosto de manga.”

“O que mais os meus meninos gostam é biscoito. Eu fico aperriado. Biscoito não é comida de ninguém, não. Um deles não gosta de verdura nenhuma. Ele só gosta de arroz, ovo e quarenta. A senhora sabe o que é quarenta, né? É fuba. Oxe, a fuba pra ele é um 10. O macarrão ele não é muito chegado. Carne, tem que pegar aquelas partes da galinha mais macicinha. Ele come, mas não é muito chegado. Agora, do molho ele gosta. Verdura não boto. Farinha ele gosta pouco. Feijão, um pouquinho de nada. Café um pouco. Banana, não gosta. Agora, o negócio que ele mais adora é biscoito. Eu vou pra Paratibe e compro 6 biscoitos do pequeno e 2 guaranás. Eles comem mais do que o cavalo.”

“O que gosto muito é peixe. A nutricionista que vem sempre aqui, com a equipe de médicos. Ela vem dar uma orientação pra quem vai fazer exame... Ela disse que é bom pra nós, que mora aqui, é comer peixe. É melhor do que galinha... Mas eu saí daqui pra comprar peixe na rua, eu não tenho tempo de me deslocar pra rua pra comprar peixe. Mas eles (os filhos menores) pescam um peixinho pequeno assim, o amoré. Eles gostam de peixe também. Eles pescam e eu asso e preparam com coco. Eles adoram.”

Durante as conversas era muito comum os moradores expressarem conhecimentos populares a respeito de quais os alimentos que “fazem mal e quais fazem bem” todos demonstraram ter conhecimento a esse respeito.

O que faz bem e o que faz mal pra saúde?

“O meu menino nasceu com 5kg porque eu comia muita besteragem quando eu ia pra rua. Todo sábado, chegava lá na feira, lanchava, lanchava de novo e às vezes nem tava com fome... Ficava comendo, comida que não é adequada. Fui engordando, engordando... Até hoje. Eu era tão magra... Tinha 49 Kg. Depois não pude recuperar meus mesmos quilos. A médica tinha me avisado. Disse que eu tinha que fazer dieta, mas não deu tempo e eu tive

ele normal. Antes de viver aqui, eu não ligava muito pra isso, não. Mesmo com pressão alta e outros problemas eu não tava nem ai... Tome gordura pra dentro e daqui a pouco tava morrendo. Depois eu fui aprendendo a comer comida saudável.

“Tem coisa que não é bom pra comer, eu não como. Eu posso comer a bolacha que o Dr. passou, o pão que o Dr. passou... Só pode comer negócio de melancia, melão, uva, maçã, o que ele passou que pode comer todo dia...”

“De vez em quando eu como um baguinho de jaca, aí passa uma semana sem comer. Manga, como uma... passo 2 ou 3 semanas sem comer outra.”

“Eu tenho diabetes e pressão alta. O que o médico manda eu fazer eu faço... Isso num pode, num pode isso, isso num pode.”

“Quando eu me acordo, a primeira coisa que eu faço é tomar logo seis qualidades de remédios. Remédio pra pressão, remédio pra colesterol, ASS pra não dar câimbra. Tomo esses seis comprimidos e aí eu tomo café, né? Eu tenho problema de labirinto e não é pra tomar nem coca, nem café, nem suco de maracujá. Eu sou feito a minha mãe. Minha mãe dizia: - Se é pra eu morrer, eu quero morrer de barriga cheia. A mesma coisa eu digo. É pra ser dieta de muita coisa, mas eu como pimenta e tá me prejudicando. Eu não tinha problemas nos rins. Tô tendo crise de rins direto, por conta da pimenta. Tá me prejudicando.”

Como é a cozinha? O que se utiliza para cozinhar? Quais os equipamentos e utensílios?

“Prefiro cozinhar em fogão de barro. Não tem o que fazer não. É só botar o barro, fazer a boca, botar ali com um bocadinho de pau em cima. Pega dois tijolos e bota em cima. Quando não tem nada no fogo eu tiro as lenha todas e bota ali pra apagar... Bota uma bolsa de plástico pra acender o fogo... Isso aí é pra eu cozinhar feijão. Eu não gosto do fogão a gás porque demora muito. Eu não tenho paciência de ficar esperando. Eu uso fogão a gás também. Sempre tive os dois. De manhã cedo eu uso pra fazer café. O gás, a gente liga e trazem na moto.”

“Ah! Eu não passo sem meu fogão de lenha, não. Eu não gosto de fogão de gás... Eu tenho porque tenho que ter. Às vezes eu acendo o fogão de lenha sem nada, só pra ver a labareda. O povo chega, a minha família chega aqui e diz: - Mas tu adora um fogo de lenha... Aí eu digo: - Eu gosto é de ver a labareda subindo.”

Em relação aos fogões a lenha, a prefeitura de Abreu e Lima doou fogões a gás a algumas dessas famílias, pois as mães alegam que a fumaça da queima da madeira provoca alergia, tosse, cansaço e vários outros problemas respiratórios, nos adultos e nas crianças. Entretanto, a renda familiar é insuficiente para a compra do gás de cozinha e, desse modo, os fogões passam a ser utilizados como mesa de apoio. Em algumas das casas, os fogões estão em mal estado de conservação, enferrujados e danificados.

“Olhe, da saúde daqui eu dificilmente vou pro médico. Eu sou hipertenso, diabético, tenho problema de colesterol, pressão alta, hérnia de disco. A hérnia de disco me incomoda, mas o médico disse que se eu não melhorasse eu ia lá pra operar. Aí no Miguel Arraes. Mas dizem que quando opera ou morre ou fica deficiente. Aí, se eu ficar deficiente, como é que eu vou cuidar dos meus meninos? Só mora eu e eles dois. Eu tenho que me deslocar daqui pra escola de Jaguaripe...é 4 km daqui pra lá.”

No contexto geral da promoção da saúde, a concepção ideal da Saúde expressa pela maioria dos participantes, pode ser considerada como biomédica – que compreende a concepção tradicional referente ao atendimento hospitalar, ao posto de saúde e ao atendimento médico.

Nesse caso, a visão acerca da saúde inclui questões referentes à: problemas no atendimento e acompanhamento médico-hospitalar; doenças (víruoses; “doenças da vista”; uso de álcool; tabagismo, diabetes, hipertensão, doença da coluna) e acesso aos serviços médicos de urgência e emergência, em especial, por motivos de falta de transporte.

Um dos entrevistados expressou uma concepção mais ampliada quando se refere ao bem estar e a disposição física e mental:

“Eu me sinto com saúde. Eu saia daqui grávida, de pé com uma sacola na cabeça e quando chegava eu fazia tudo dentro de casa. Não tinha canseira, não tinha enjoos, não tinha entojo, comia bem, dormia bem, saltava bem, ia pra mata trazer um feixe de lenha na cabeça. Às vezes eu caia no mato, aí as meninas diziam: -Ai! mulher buchuda cair... E eu respondia: - Deixa disso, mulher, a gente só perde quando Deus quer. Nunca me aperriei com nada não. Eu to com 61 anos e faço meus serviços. Fico agoniada se eu não fizer.”

Segundo Costa *et al.* (2013), a saúde está diretamente relacionada aos estados de compreensão, aceitação e adaptação às situações de vida das pessoas. A visão ampliada da saúde está presente no novo paradigma da Promoção à Saúde que tem a sociedade como foco central.

O acesso à saúde em áreas rurais é foco das atuais políticas públicas no Brasil, as quais pretendem ampliar e melhorar o atendimento à atenção primária. O cuidado com a saúde rural deve considerar os indicadores locais, a prática dos profissionais de saúde, as características do sistema e o território-processo, envolvendo as dinâmicas de cada região. (Costa *et al.*, 2013).

Em resposta à pergunta qual a função dos alimentos, no quadro 1 (anexo 1), as respostas partem de uma perspectiva biológica, focadas na função nutricional do alimento, que é manter o corpo saudável e funcionando bem, como podemos observar em uma grande parte das respostas onde os entrevistados responderam: “para comer”; “para alimentação do

corpo”; “para a sobrevivência”; “para se alimentar”; “para fortificar e para viver”; “para ter força para trabalhar e estudar”; “para ajudar na inteligência e resistência física”. As respostas partem de umas perspectiva biológica, como podemos observar em uma grande parte das respostas onde os entrevistados respondem “Para alimentação do corpo”, “Para a sobrevivência”, “Para fortificar e para viver” o que nos mostra que as respostas são focadas na função do alimento, que é manter o corpo saudável e funcionando bem, o que destaca o papel fundamental do alimento no ponto de vista da nutrição.

Quando perguntado quais os alimentos mais importantes, no quadro 2 (anexo 1) que não podem faltar, foram citados, com maior frequência: carne de boi, fígado, galinha, sururu, leite, arroz, feijão, farinha, fubá, cuscuz, macarrão, café, açúcar, verdura, acerola, abacaxi, óleo e frutas. Podemos observar nas respostas que muitas delas são repetidas pelos entrevistados. Feijão, arroz e carne foram as respostas que mais se repetiram, o que significa que eles veem alimentos essenciais e básicos como alimentos importantes e com essa repetição. Apesar da dieta básica de carboidratos e proteína, também foram citados com frequência as frutas, que compõem as necessidades dos micronutrientes, as vitaminas. Há uma certa variedade de alimentos que também foram citados como açúcar, macarrão, café, farinha, fubá, leite, verdura e frutas.

Na sequência, em resposta à pergunta do porquê da preferência dos alimentos considerados mais importantes, quadro 3 (anexo 1), responderam que os motivos são: por que é o principal da casa; são os mais consumidos; o feijão é forte e o leite é para as crianças; por causa das vitaminas e do ferro; são os mais fortes; para uma alimentação boa; porque não pode faltar em casa, mas pode faltar café com açúcar; porque tem vitaminas; por causa do “costume” de comer os alimentos. “não vivo sem café”; porque o feijão tem muito ferro e o fígado ajuda na anemia; É mais forte; porque tem ferro e são fortes; para dar força; É importante para dar sustância para o trabalho; legumes são fortes para o cabelo, pele; porque é o único que a gente tem para comer;

As respostas dadas pela comunidade foram relacionadas a “dar força” e “sustância” o que eles precisam para fazer seus afazeres do dia a dia, como a pesca. No ponto de vista nutricional esses alimentos compõem as necessidades básicas do corpo humano como a proteína e o ferro presente no feijão, as vitaminas dos legumes. Em algumas respostas também é possível notar hábitos como o do café e açúcar que em algumas respostas é dito que “não falta em casa” e “não posso ficar sem”.

Essas respostas demonstram que, apesar de não terem uma compreensão aprofundada a respeito de composição química dos alimentos, sabem o que é importante para o fortalecimento do corpo e para manter o corpo forte para o trabalho, pautados inclusive, pelo aspecto cultural, em especial quando referem alimentos que são a base das refeições nordestinas, tais como: carne, feijão, arroz, farinha. As frutas e verduras, apesar de serem citadas com menor frequência foram também lembradas.

No que se refere aos hábitos alimentares, a ingestão de frutas e hortaliças é realizada por 36,7% e 63,3% dos participantes ao menos

uma vez ao dia, respectivamente. Estes achados merecem atenção, visto que a recomendação de frutas e hortaliças é de três porções diárias/cada, e que o consumo adequado desses alimentos configura um fator protetor contra o desenvolvimento de DCNT [Doenças Crônicas Não Transmissíveis], pois são fontes de fibras e compostos bioativos, que possuem atividades antioxidantes no organismo (SILVA et al., 2014, p. 1.415, grifos nossos).

Em relação a aquisição dos alimentos, no quadro 4 (anexo 1), todos afirmaram que compram esses alimentos. A frequência de compras variou, sendo citados por alguns: semanalmente, por outros, quinzenalmente e por outros mensalmente. Apenas dois entrevistados fazem compras bimestralmente.

A frequência de compras dos alimentos considerados mais importantes por eles são variadas, porém a maioria das famílias costumam comprar semanalmente e quinzenalmente. Já têm outras respostas que são mensalmente e bimestralmente que podem indicar a dificuldade de locomoção e/ou o custo dos alimentos e/ou data de recebimento de salário, nos casos de comunitários com carteira assinada.

Nas tabelas (anexo 2, 56) foram registrados os conhecimentos e saberes populares dos moradores em relação ao uso dos alimentos. Na pesquisa, as seguintes situações foram consideradas: gestação, resguardo, amamentação, quando bebê, febre, diarréia, menstruação, fraqueza, memória e alimentos afrodisíacos.

GESTAÇÃO

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Feijão, legumes, verduras, frutas, suco e vitamina de fruta	Coca-cola, crustáceos, pimentão, gorduras, pão, massas e chás amargos

Apenas um dos entrevistados considerou que não há alimento bom e que se pode comer tudo nesse período. Dois entrevistados declararam não saber.

A coca-cola contém açúcar, extrato de noz de cola, cafeína, corante caramelo, acidulante, ácido fosfórico e aroma natural, compostos esses que se consumidos com frequência podem prejudicar no desenvolvimento do bebê. Ao ser ingerida pela gestante, a cafeína atravessa facilmente a barreira placentária, sendo detectada no líquido amniótico. O feto, por sua vez, possui uma baixa capacidade de metabolizar a cafeína e consequentemente isso implicará no seu desenvolvimento embrionário. Diante disso, algumas complicações podem ocorrer como abortamento espontâneo, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, além do risco de malformações congênitas (Alcântara et al., 2020).

Os chás de sabor amargo foram citados como abortivos. A esse respeito, Rodrigues et al. (2011) infere em suas pesquisas que:

“...o uso milenar de plantas medicinais mostrou ao longo dos anos, que determinadas plantas apresentam substâncias potencialmente perigosas. Do ponto de vista científico, algumas pesquisas mostraram que muitas dessas plantas possuem substâncias agressivas e por essa razão devem ser utilizadas com cuidado, respeitando seus riscos toxicológicos. Os efeitos mais preocupantes do uso indiscriminado de plantas medicinais são embriotóxico, teratogênico e abortivo, uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta, chegar ao feto e gerar um desses efeitos...”

As principais plantas medicinais que tem efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos comprovados, encontrados na literatura científica e que são mais frequentemente citadas por mulheres, comunitárias rurais, são: Arnica (*Arnica montana*), Artemísia (*Artemisia vulgaris*), Arruda (*Ruta chalepensis/ Ruta graveolens*), Barbatimão (*Stryphnodendron polyphyllum*), Boldo (*Vernonia condensata*). A partir deste estudo comprovou-se que para a maioria das plantas medicinais não há dados a respeito da segurança de seu uso durante a gravidez e por isso não é recomendado o uso de plantas medicinais durante a gravidez e a amamentação. (Rodrigues *et al.*, 2011).

Em relação à alimentação, as respostas foram semelhantes às das outras perguntas já feitas na entrevista, como o feijão e fígado para que a gestante não fique com anemia e frutas e verduras para que elas tenham vitaminas. As gestantes precisam suplementar ferro, pois a demanda de energia e nutrientes aumentam e, na maioria dos casos, não são supridos na dieta pois a não suplementação de ferro pode provocar intercorrências para a gestante e para o feto, como aborto espontâneo, parto prematuro peso insuficiente ao nascer, anemia para o RN e sistema imunológico baixo. (Ferraz *et al.*, 2020). Nesse sentido, Baião e Deslandes (2006), consideram que:

“...Os preceitos científicos para uma alimentação saudável são bastante difundidos e reconhecidos como essenciais às demandas nutricionais da gestação e dos eventos a ela relacionados, como o puerpério e a lactação, e visam principalmente, à saúde do binômio mãe-filho. Por outro lado, as práticas alimentares de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal podem ser influenciadas por outras lógicas...”

Por essa perspectiva faz-se necessária a reflexão sobre a dinâmica da dimensão sociocultural e das relações sociais nas práticas alimentares de gestantes e puérperas, avançando no entendimento da alimentação para além de uma leitura estritamente nutricional, biológica, majoritariamente interpretada sob a perspectiva bioestatística. Por isso, a importância de abordar as questões que permeiam a alimentação por uma ótica interdisciplinar, que permita conjugar saberes fundamentados nas Ciências Sociais e na Biomedicina, a fim de repensar políticas públicas e requalificar a prática assistencial prestada a esse grupo.

RESGUARDO

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Galinha, feijão, arroz, verduras, canja, pirão, carne, frango, peixe, fígado e cuscuz	Carne de porco, frutos do mar, jaca, macaxeira e peixe de couro

Na linguagem popular o puerpério é conhecido como o período do resguardo. Na entrevista, apenas dois entrevistados responderam que não há alimentos bons e um deles declarou não saber.

A ciência da Nutrição se ocupa em adequar as recomendações nutricionais às necessidades de nutrientes dos indivíduos nas diversas fases do ciclo da vida. Porém, estudos realizados em diferentes regiões do Brasil revelam que as práticas alimentares de mulheres, mesmo em estados fisiológicos de grande importância, sob o ponto de vista nutricional, tais como gestação, puerpério e lactação, são permeadas por crenças, prescrições e proibições (Baião e Deslandes, 2006)

Desse modo, é observado, no presente estudo, que o conhecimento científico e os saberes populares, algumas vezes podem estar em oposição, uma vez que as mulheres costumam suprimir alguns alimentos por considerarem remosos e/ou provocar hemorragias e até levar à morte. Nesse caso, os preceitos científicos se tornam impotentes frente aos valores simbólicos dos alimentos, considerando a forte influência cultural passada de geração a geração.

“...Tradicionalmente, a parturiente obedece a um regime alimentar severo, que visa garantir a recuperação da mãe e a qualidade do leite para a criança. Canja de galinha, canjica e outros alimentos são usualmente apontados como capazes de restabelecer a parturiente, mas também de produzir um leite de alto teor nutritivo porque, segundo as representações, a mãe que não se alimenta adequadamente pode até ter muito leite, mas não satisfaz a criança porque o leite é fraco...” (Baião e Deslandes, 2006).

O principal de uma boa alimentação se faz através do consumo de alimentos em natureza, seja na fase láctea ou em qualquer outra, diminuindo a ingestão de produtos industrializados, evitando o excesso de sal e de açúcares, utilizando-se de pequenas quantidades de óleos e gordura, evitando assim diversos danos à saúde como obesidade, hipertensão, diabetes, entre outros (Souza *et al.*, 2021).

Através do conhecimento das principais saberes populares que envolvem o puerpério, e a relação entre elas com a escolaridade, idade, cultura, religião, experiência e influência da família, é possível desenvolver orientações nutricionais adequadas, que atendam as necessidades das puérperas (Rigo, 2009).

O profissional nutricionista deve conhecer e entender a visão de mundo das puérperas, os saberes, valores e costumes, para poder realizar um bom trabalho de orientação nutricional, sem desprezar a cultura de cada parturiente (Rigo, 2009).

AMAMENTAÇÃO

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Suco, doce, líquidos, verdura, leite e frutas	Castanha, manga, chocolate, biscoito, álcool, sorvete, crustáceo, pimenta e coca-cola

Diante a maioria das respostas dos entrevistados, observamos que as respostas são sobre a produção de leite materno.

As exigências nutricionais durante a lactação são consideravelmente maiores do que aquelas da gravidez, e a amamentação deve ser a única fonte de nutrição até os seis meses de idade do bebê, por isso é essencial que a dieta materna esteja adequada em quantidade e qualidade. Isso porque a quantidade de nutrientes disponíveis no leite pode ser influenciada pela nutrição materna. No estudo, as mães relataram o consumo de líquido para aumentar a produção de leite, o que é de fato necessário no período de amamentação (Lima *et al.*, 2016).

Alguns tipos de alimentos podem ser evitados para que o bebê tenha uma alimentação, através do leite materno, mais nutritivo, como evitar ingestão de alimentos ultraprocessados, rico em açúcar adicionado, sódio e cafeína e não ingerir bebidas alcoólicas.

Durante a amamentação a lactante tem um aumento da necessidade de calorias diárias para suprir as necessidades dela e do bebê e uma necessidade do aumento de ingestão hídrica, que ajuda na produção do leite.

A ingestão energética da nutriz deve ser aumentada a fim de satisfazer as crescentes demandas nutricionais que a produção de leite materno requer (FALIVENE e ORDEN 2017). Portanto, recomenda-se o consumo de 500 calorias extras por dia na dieta materna para suprir essa necessidade, considerando-se que durante a gestação a mulher armazena de 2 a 4 kg com vistas na lactação (Ministério da Saúde, 2015).

BEBÊ

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
-----------------------------	------------------------------

Leite materno, papa de verduras, legumes, suco e mingau	Suco de manga, comida de panela, ovo, frutas, mingau, feijão, arroz, massas e crustáceos
---	--

Entre os alimentos considerados bons, a maioria das respostas para essa pergunta foi leite materno, expressando o conhecimento de que o leite materno é o alimento mais completo para os bebês.

Em relação à introdução de outros alimentos, as papas de verdura, legumes e sucos são consideradas saudáveis, enquanto as frutas “ofendem” a criança. Esse fato demonstra que há uma diferença de aceitação do alimento a depender da forma de preparo.

Pizzato, *et al.* (2020), observaram em pesquisas feitas com mulheres, no Maranhão, sobre aleitamento materno e introdução a alimentação complementar, que o complemento mais deficitário foi quanto à forma de preparo da papa para bebês que ainda não tem dentes. Sobre a consistência, cerca de 27,5% das mulheres entrevistadas, acreditavam que frutas devem ser ofertadas inicialmente na forma de suco. Ademais, foi identificado que a quase totalidade das mães (96,2%) consideraram sucos naturais saudáveis para crianças. 20 MÃes que consideraram sucos de frutas artificiais (em pó ou de caixinha) saudáveis para as crianças alcançaram apenas 3,2%.

Segundo manuais do Ministério da Saúde, os alimentos devem ter consistência em forma de purê desde o princípio, para estimular a mastigação e desenvolvimento dos músculos faciais, para tanto, devem ser amassados com o garfo. Recorda-se que em relação aos sucos, esta já foi uma orientação para introdução alimentar, a qual sofreu modificação, pois além do prejuízo da mastigação, a adição de água reduz o aporte energético comparando-se às frutas. Ademais, Vale ressaltar que apesar de serem saudáveis, a ingestão deve ser limitada (100 mL a partir de 6 meses e 150 mL para pré-escolares), e se possível evitada, priorizando-se a oferta das frutas in natura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida do bebê, podendo começar a receber alimentos complementares somente após este período e continuando a ingerir o leite materno até os dois anos de vida ou mais. (Boccolini *et al.*, 2017; Ministério da Saúde, 2015). Esta recomendação parte do pressuposto de que o desenvolvimento dos lactentes, bem como o desenvolvimento craniofacial, depende das propriedades nutricionais e imunológicas que apenas o leite materno pode oferecer.

Os principais benefícios para a criança englobam um melhor desenvolvimento intelectual, a prevenção contra obesidade, doenças cardíacas, contagiosas e alérgicas, alívio de cólicas, permite também o estabelecimento do peso ideal devido a inúmeros nutrientes e vitaminas (Ciampo e Ciampo, 2018).

A alimentação da criança, a partir dos seis meses de idade deve conter grande variedade de legumes e verduras, isso se deve ao fato de que a partir dessa idade, as necessidades nutricionais da criança não são mais nutridas somente com o leite materno, necessitando-se da introdução alimentar, fornecendo energia, proteínas, vitaminas e minerais (Oliveira e Avi, 2017; Brasil, 2018).

É na infância que ocorre a formação de muitos dos hábitos alimentares que se estenderão ao longo da vida. Para que a alimentação seja adequada, os alimentos consumidos precisam atender às necessidades diárias específicas de cada faixa etária em relação à energia, macro e micronutrientes (Philipi, 2015).

A decisão da mãe, seja para amamentar ou realizar a alimentação complementar adequadamente, depende do contexto social em que ela e a criança estão inseridas. Contexto este que envolve crenças, costumes locais, experiências com outros filhos, estilo de vida, influência de familiares e participação em grupos de apoio. Importante considerar que o preparo de uma alimentação de qualidade exige tempo, disponibilidade e recursos das famílias. (Pizzato *et al.*, 2020).

Apesar deste estudo focar no conhecimento dos comunitários, é importante ressaltar que tanto a amamentação quanto a alimentação da criança são de responsabilidade de toda a família, e também da sociedade e do Governo. O compartilhamento das atividades domésticas, as redes de apoio à mulher que amamenta, o cumprimento de políticas públicas que favoreçam o acesso a alimentos saudáveis em áreas vulneráveis, o subsídio a pequenos produtores, a taxação de produtos não saudáveis e a restrição da publicidade direcionada ao público infantil, destacam-se dentre as estratégias para garantir melhor nutrição às crianças.

Ampliar o número e a qualidade das pesquisas qualitativas são relevantes tanto para mães, como para os responsáveis de crianças, profissionais que atuam na promoção da saúde materno infantil e educação alimentar e nutricional. Recomenda-se mais estudos que investiguem essa importante temática, assim como aqueles que analisem a influência do conhecimento sob as práticas alimentares, a fim de subsidiar ações preventivas do desmame e introdução de alimentos precoces com intuito de alcançar melhores taxas de aleitamento materno exclusivo.

FEBRE

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
-----------------------------	------------------------------

Líquidos gelados, frutas, chá, sopa, leite, água e suco natural	Laranja, banana anã, crustáceos, sorvete, fruta, feijão, picolé, chocolate, biscoito e ovo
---	--

Diante a pergunta, muitos disseram que não existem alimentos bons para febre e os que responderam, na sua maioria, foram líquidos no geral. Quando se tem febre é recomendado que aumente a hidratação, pois acontece um aumento de transpiração e consequentemente há uma perda de líquidos, o que ajuda também nessa ingestão são frutas que contenham bastante líquidos como melancia, laranja e melão.

Algumas respostas dos entrevistados são saberes populares. Foram citadas algumas variedades de frutas como sendo alimentos ruins. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a ingestão diária de fruta seja de pelo menos 3 porções por dia. Segundo os saberes populares, ingerir líquidos ou alimentos gelados pode dar um alívio temporário da febre

DIARRÉIA

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Banana verde, inhame, goiaba, arroz, feijão, farinha, leite, maçã, vitamina de banana e soro caseiro	Coco, óleo, biscoito, gordura, doce, feijão, leite, frutas, galinha cozinhada e carne com molho

A diarréia é definida como o aumento de evacuações aquosas ou líquidas e no aumento da frequência com 3 ou mais vezes ao dia. Não há muitos estudos que objetivamente demonstram que restrições particulares da dieta melhoram a evolução dos sintomas. Algumas respostas são saberes populares, mas outras podem ter eficácia como o caso da banana verde que contém amido resistente que funciona como uma fibra insolúvel que ajuda a firmar as fezes.

Um estudo feito em Bangladesh com crianças internadas apresentando quadro de diarréia infecciosa mostrou que o amido resistente da banana verde cozida, administrado junto à terapia de reidratação oral, auxiliou na recuperação através da diminuição da perda de líquido pelas fezes e vômitos, além de diminuir de maneira importante o tempo de internação (Bianchi, 2010)

Na maioria das respostas dos alimentos considerados ruins foram citados alimentos gordurosos, esses alimentos em uma digestão mais lenta, podendo aumentar a motilidade intestinal, causando mais episódios de diarréia. As frutas não colaboraram para a piora da diarréia, porém devem ser evitados alimentos laxativos como o mamão, abacaxi, ameixa e laranja.

MENSTRUAÇÃO

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Caju, alguns tipos de peixe, carne bovina, feijão e frutas	Goiaba, abacaxi, jaca, limão, mangaba, pera, crustáceos, coca-cola, carne de porco e macaxeira rosa

A maioria das respostas para os alimentos considerados bons foram associadas com o aumento de fluxo menstrual. Na fase menstrual as mulheres perdem sangue e consequentemente perdem ferro, e em algumas delas o fluxo pode ser intenso, então o recomendado é uma dieta rica em ferro como carne vermelha, folhas escuras, miúdos e para melhor absorção associar com alimentos cítricos.

Em mulheres em idade fértil, a principal causa de deficiência de ferro é o hiperfluxo menstrual [...] Estudos têm mostrado valores médios de perdas sanguíneas entre 25 mL e 30 mL/mês para o fluxo menstrual, o que representa perda mensal entre 12,5 mg-15 mg de ferro ou ainda, 0,4 mg-0,5 mg/dia, nos 28 dias. Quando se agregam as perdas basais, a perda total de ferro devido à menstruação é cerca de 1,25 mg/dia. Isso significa que a necessidade de ferro em aproximadamente 50% de todas as mulheres é superior a esse valor. (Rodrigues e Jorge, 2010)

As respostas sobre alimentos considerados ruins são baseadas em saberes populares. No período menstrual é importante que haja um aumento na ingestão de alimentos ricos em ferro, pois pode haver uma perda significativa quando o fluxo menstrual é intenso.

Os alimentos de origem animal, principalmente carnes vermelhas e miúdos como coração, moela, fígado por exemplo, são os de maior absorção no nosso organismo. Esses alimentos são os que mais se destacam pela maior quantidade de ferro biodisponível, conhecidos como ferro heme, melhores absorvidos pelo corpo. Segundo Borba *et al.* (2022)

Semelhante ao que foi discutido em relação à gravidez, resguardo e amamentação, o nutricionista deve conhecer e entender os saberes, valores e costumes, para poder realizar um bom trabalho de orientação nutricional, sem desprezar a cultura e os saberes populares.

FRAQUEZA

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
-----------------------------	------------------------------

Verdura, mocotó, pirão, patinho, feijão, vitamina, gema, fubá, leite, sopa, cabeça de galho e etc	Frutos do mar, comidas fortes, pirão, bolacha com café e arroz
---	--

Em determinadas respostas são citadas a falta de ferro, o que associa a fraqueza com a falta de ferro. O ferro é considerado um mineral importante, porque atua na síntese das hemácias do sangue e no transporte do oxigênio para todas as células. Dentre os sinais e sintomas observados estão fraqueza, palidez, irritabilidade, intolerância ao exercício físico, geofagia, baixo crescimento e desenvolvimento, entre outros. (Yamagishi *et al.*, 2017)

As respostas dos alimentos considerados ruins não tem um embasamento científico que confirme a veracidade. Porém a bolacha é um carboidrato simples e pobre em nutrientes, o que não fornece energia para o corpo e o arroz branco sozinho se torna um carboidrato simples. Segundo Smith (2022) os carboidratos simples (frutose, sacarose e glicose) são insalubres quando consumidos em excesso. Eles provocam um rápido aumento da glicose no sangue. O que dá sensação de fraqueza.

MEMÓRIA

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Peixe, biotônico, cabeça de galinha cozida, chuchu e verdura	Cabeça de peixe

A maioria das respostas sobre os alimentos considerados bons citam o peixe que é rico em ômega 3, como a sardinha, atum e salmão.

Ácidos graxos ômega-3 (AG n-3) constituem um fator dietético com potencial de influenciar o declínio cognitivo e perda de memória durante o envelhecimento. AG n-3 do tipo ácido eicosapentaenóico (EPA) e ácido docosahexaenóico (DHA) são cruciais para o desenvolvimento e a função normal cerebral. (Campos, 2012)

Além do ômega 3, há outras vitaminas que cooperam para a prevenção da perda da memória, como a do complexo B e vitamina D. O déficit da tiamina (vitamina B1) é a mais comum. A vitamina B1 é responsável por gerar uma substância química chamada acetilcolina. Essa substância é importante para a comunicação entre as células nervosas e é essencial para o controle muscular e para a memória. (Pai, 2020)

Sabe-se que a vitamina D tem um papel importante no desenvolvimento do cérebro e maturação dos receptores de vitamina D (VDRs) que estão presentes em várias áreas do cérebro, incluindo as relacionadas à aprendizagem e funções de memória. (Santos *et al.*, 2020).

Na pergunta sobre os alimentos considerados bons, apenas uma pessoa respondeu, porém não há embasamento científico que comprove que cabeça de peixe prejudica a memória.

Em relação a febre, fraqueza, diarréia e memória, diante a valorização dos saberes populares, na manutenção e na restauração da saúde, o uso de plantas medicinais e de alimentos são considerados recursos naturais para sanar esses sintomas.

AFRODISÍACO

Alimentos considerados bons	Alimentos considerados ruins
Amendoim, mocotó, ostra, lambedor de moela de boi, castanha, ovo de codorna e pimenta	Ovo cozido

Alguns alimentos que são considerados afrodisíacos são saberes populares, não tem uma comprovação científica concreta.

Existem alimentos que aumentam a irrigação sanguínea e outros que auxiliam na produção de serotonina, responsável pelo prazer e bem estar. Alimentos ricos em triptofano, um aminoácido essencial, como chocolate amargo, arroz integral, banana, quinoa, ovos e leguminosas podem auxiliar na produção de serotonina. Essa produção acontece a partir da hidroxilação e carboxilação do triptofano. Nesse mesmo contexto, a pimenta entra na lista dos alimentos que favorecem o apetite sexual, pois ela aumenta a frequência cardíaca, estimulando a irrigação sanguínea e quando consumida em grande quantidade, pode provocar a aumento da potência sexual (Valença, 2014).

Nos alimentos considerados ruins apenas uma pessoa respondeu, porém o ovo pode ser considerado um alimento afrodisíaco por ser rico em triptofano, que é auxiliar na produção de serotonina.

Existem alimentos que não podem ser misturados?

Manga com leite/Banana com ovos/Abacaxi com manga/abacaxi com jaca/Jaca com café quente/Jaca com outras frutas/Leite com banana anã: dá dor de barriga;

Abacaxi com leite: não sabe;

Café com feijão: não combina;

Ovo com leite: o povo fala;

Manga com leite: faz mal mesmo; congestão;

Banana com jaca dura: congestão;

Leite com frutas/Ovo com frutas: faz mal;

Peixe com carne: peixe tem espinhos e carne não.

Ainda não há comprovação científica que os alimentos citados quando misturados são prejudiciais à saúde.

Em relação a essa temática, Barbosa (2019), infere:

“...Essa construção de identidade relacionada à alimentação humana como símbolo cultural e de ações sociais torna a mesma um elemento incluído em diversos sistemas alimentares. Segundo a concepção antropológica, na constituição desses sistemas, intervêm fatores de ordem ecológica, histórica, cultural, social e econômica que implicam representações e imaginários sociais envolvendo escolhas e classificações. Assim, estando a alimentação humana impregnada pela cultura, é possível pensar os sistemas alimentares como sistemas simbólicos em que códigos sociais estão presentes atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza.

Quais os alimentos que você mais gosta e quais você não gosta?

Nas respostas, observamos que os alimentos preferidos variam de pessoa para pessoa, mas a maioria gosta de feijão e arroz, enquanto outros preferem comidas mais elaboradas e consideradas não saudáveis, como pizza, bolo e coxinha, por exemplo. Essa diferença pode ser causada pela idade, pelos costumes e/ou preferência alimentar.

Alguém na sua família recebe a melhor ou maior porção?

As respostas sobre essa pergunta variam um pouco. Algumas crianças recebem a maior porção de proteína porque estão em fase de crescimento, a proteína é importante na fase da infância e da adolescência por ter o papel de crescimento e reparação do tecido, energia e saciedade. Alguns responderam por ter mais apetite e por trabalhar fora, o que tem a percepção de uma necessidade maior de ingestão de alimentos.

Quem na sua casa?

Na maior parte dos relatos há uma predominância da figura materna entre fazer e repartir os alimentos, porém em outras há uma autonomia entre os membros da família onde cada um serve a sua refeição, o que pode indicar uma evolução nas relações familiares e na divisão de responsabilidades domésticas.

Quais as refeições que sua família faz no dia?

Todas as famílias fazem as três refeições principais, que são o desjejum, almoço e jantar, algumas não fazem o lanche entre as refeições, o que pode indicar hábitos alimentares, rotina específica, preferência e/ou cultural.

Qual a refeição do dia mais importante?

As refeições consideradas mais importantes para os entrevistados foi o almoço. Segundo Barbosa (2007) essa importância atribuída ao almoço advém da sensação de saciedade e de ‘peso no estômago’ pelo fato de ser entendido como a refeição de maior sustância alimentar. A valoração atribuída ao almoço está associada a uma questão alimentar e nutricional da refeição ligada à correria do dia a dia, fornecer energia para um dia de trabalho, comer para ter nutrientes e permanecer saudável.

Alguém da sua família deixa de fazer essas refeições?

A maioria das pessoas que deixam de fazer alguma refeição no dia é o desjejum, podem ter alguns fatores que motivam esse hábito como a rotina apressada, o horário que acorda ou a falta de apetite matutina.

Alguns sofrem com o alcoolismo, que pode afetar o metabolismo colaborando com a falta de apetite. Considerado um dos maiores problemas de saúde pública e de etiologia multifatorial, o transtorno por uso de álcool existe desde a antiguidade e está associado a efeitos nocivos sobre a saúde do indivíduo e suas relações familiares e sociais. Do ponto de vista nutricional, há alterações nos hábitos alimentares e no estado nutricional por interferir no apetite, ingestão, absorção e metabolismo dos nutrientes. (Balbinotti *et al.*, 2020)

Sua família recebe alguma doação de alimentos?

Apenas uma família recebe doação de alimentos, o que pode indicar que as outras famílias podem escolher os alimentos que consomem, que podem ter mais variedade e qualidade nos alimentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realidade desse grupo populacional, o presente trabalho foi de fundamental importância, uma vez que a pesquisa qualitativa possibilitou uma constante reflexão sobre os saberes e práticas de saúde e alimentação dos participantes no seu contexto sócio-cultural; a compreensão dos participantes sobre essas práticas e a contextualização da situação alimentar. Sendo assim, o presente trabalho possibilitou: anunciar alguns princípios para compreender a pesquisa qualitativa, não só como método de investigação, mas como estratégia de conhecimento teórico-prático; servir de instrumento norteador para a elaboração e desenvolvimento de futuras práticas educativas, de forma mais conscientes e coerentes com a realidade dos atores envolvidos, numa construção compartilhada que transcenda a abordagem e a prática assistencialista e estabelecer a um maior número de pessoas a concepção do acesso à alimentação como direito de cidadãos, disseminando formas de intervenções em SAN. Além disso, os resultados aqui apresentados e discutidos poderão contribuir para a orientação de políticas públicas para a promoção da saúde.

Esse trabalho teve como objetivo ampliar a compreensão a respeito dos fenômenos relativos aos conhecimentos e saberes tradicionais no âmbito da Medicina Popular, focados na sabedoria popular da saúde e no ato de comer. Na pesquisa realizada, observamos os

conhecimentos das pessoas sobre alimentação em algumas situações sugeridas e sobre a medicina popular.

Elas aplicaram seus conhecimentos sobre tais assuntos passado de geração para geração. Esses saberes são importantes para a população pois são soluções adaptadas sobre o contexto em que se vivem, além de manter sua identidade cultural. Alguns saberes populares ainda não foram comprovados cientificamente, pois ainda não tiveram estudos suficientes para comprová-los ou não.

O consumo alimentar está relacionado às crenças que foram construídas por uma sociedade ao longo de sua história, as quais nem sempre estão ajustadas à ciência e à razão e, como consequência, inúmeros programas que visavam mudar hábitos alimentares fracassaram, por desconsiderar preceitos e proibições religiosas, bem como a cultura alimentar local. (Baião e Deslandes, 2006)

Segundo Barbosa (2019), a cultura e as escolhas alimentares não devem ser entendidas somente segundo a racionalidade técnico-científica, mas também como formas explicativas e singulares de cada indivíduo e de cada grupo. Nesse sentido, é essencial que a capacidade, o potencial e o desejo de mudança sejam incorporados e considerados no encontro entre profissionais da saúde e usuários e que as “intervenções” possam oferecer flexibilidade a fim de possibilitar o equilíbrio entre a “nutrição” e a “comida”, ou seja, a satisfação de necessidades nutricionais, emocionais e sociais e, principalmente, a compreensão dos indivíduos como sujeitos constituídos por um corpo não somente biológico, mas também simbólico.

No campo da Antropologia e Sociologia da Alimentação são muitas as linhas de pesquisa, abarcando desde o âmbito religioso e cultural, de identidade, turismo, medicina, até territorialidade, memória e patrimônio. Muitos foram os teóricos que se debruçaram sobre o tema, porém pouco explorado na antropologia até determinada época: Além desses aspectos que envolvem o alimento e o comer, outros poderiam ser mencionados, evidenciando uma complexidade que se tem mostrado instigante à medida em que a temática passou a ser abordada pela antropologia, ganhou impulso nos anos 1980 e consolidou-se a partir daí, em tempos de globalização, abarcando o interesse por um amplo leque de práticas e sentidos que permitem explorar desde a produção do alimento até seu consumo (Barbosa, 2019). Na realidade, a contribuição dos estudos antropológicos têm-se caracterizado por evidenciar como as diferentes formas de produção e consumo de alimentos constituem uma articulação entre as dimensões materiais e simbólicas, revelando práticas e representações associadas a esses processos que nos oferecem formas de tratar questões de identidade, uma vez que expressam relações sociais e de poder; nos permitem rever noções como tradicional, autêntico, saudável; além de diferenças observadas entre etnias, gêneros e gerações. (Collaço; Menasche, 2015; Barbosa, 2019).

Chama-se atenção a necessidade de mais estudos sobre tais saberes populares abordados no trabalho, pois muitos deles são usados não só pela comunidade onde foi realizada a

pesquisa, mas também por um parte da população, principalmente no nordeste do Brasil.

É fundamental para a Saúde Pública buscar compreender as reflexões dos diversos grupos sociais acerca da saúde-doença-cuidado e, em especial, sobre o uso dos recursos terapêuticos disponíveis, uma vez que isso influencia consideravelmente as opções terapêuticas. A mediação entre os saberes é urgente e delicada. Ampliar esse espaço de diálogo entre profissionais e usuários dos serviços, além de articular os diferentes saberes, torna-se essencial e possível. Tal opção está presente na estruturação e realização deste trabalho, pois decorre da atitude de respeito pela sabedoria popular inseparável do ato do conhecimento.

Além de ouvir, registrar e analisar as narrativas sobre os saberes e práticas populares em saúde e alimentação, a participação dos comunitários e o vínculo afetivo gerado, possibilitaram a reflexão a respeito da inserção dos saberes populares na formação do ensino superior.

Diante o exposto na pesquisa, conclui-se que os saberes e práticas populares em saúde e alimentação estão presentes nas experiências de vida dos comunitários do Sítio São Bento que com propriedade, transmitem, elaboram e atualizam esses saberes, sendo os principais agentes dessa cultura. Por isso a importância do fortalecimento de Políticas Públicas que garantam subsídios para que esses detentores dos saberes tenham condições de dar continuidade às suas práticas em saúde.

A Universidade, por sua vez, pode e deve, auxiliar a garantir o desenvolvimento da cultura promovendo e fortalecendo a interculturalidade, através de espaços de diálogos entre os saberes e conhecimentos populares e acadêmicos.

7 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, B. F. S. et al. Desfechos neonatais do consumo de cafeína na gestação: scoping review. Revista Portal: Saúde e Sociedade, p. 55-66, 2020.

ALMEIDA, M. Z. Plantas medicinais: abordagem histórico-contemporânea. In: Plantas Medicinais [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 34-66. ISBN 978-85-232-1216-2.

ALONSO, R. R. P. Estudo etno farmacognóstico de plantas medicinais popularmente indicadas para tratamento de doenças tropicais em nove comunidades ribeirinhas do rio Solimões no trecho Coari-Manaus-AM / Ressiliane Ribeiro Prata Alonso. --- Manaus: [s.n.], 2011. x, 93 f. : il. color. Tese (doutorado) --- INPA, Manaus, 2011.

AZEVEDO, E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. Sociologias, Porto Alegre, ano 19, no 44, jan/abr 2017, p. 276-307.

BADKE, M. R. et al. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 1, p. 132-139, 2011.

BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares sobre o cuidado à saúde com plantas medicinais. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. 2, pág. 363-70, 2012.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. *Revista de Nutrição*, v. 19, n. 2, p. 245-253, 2006.

BIANCHI, M. Banana Verde-Propriedades e Benefícios. 2010.

BORGES, L. E. P.; OLIVEIRA, C. A de; BARRETO, A. M. F. Análise diafratomética da matéria-prima usada na construção da Igreja de São Bento – Abreu e Lima-PE – Brasil. *Clio Arqueológica*, n. 21, Vol. 2, 181-194, 2006.

BRAGA, M. S.; GONÇALVES, M. S.; AUGUSTO, C. R. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. *Brazilian journal of development*, v. 6, n. 9, p. 70250-70261, 2020.

BRANCA, S. M. C. P. et al. A influência dos alimentos afrodisíacos no desejo sexual: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e364101622823-e364101622823, 2021.

BRANDT, K. G.; et al. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. *Jornal de Pediatria*, v. 91, n. 6 Suppl 1, p. S36-S43, 2015.

BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no 'Programa de Saúde da Família', Governador Valadares, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

BRASIL. Decreto No 6.323, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a agricultura orgânica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, P.2, 28 Dez, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão participativa. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2007.

CARVALHO, J. L. S. et al. O uso de recursos lúdicos como estratégia de estímulo ao consumo de frutas e verduras: uma experiência com escolares em João Pessoa-PB. 2018.

CAMPOS, L. N. Qual é a influência que o ácido graxo ômega-3 tem sobre a atenção cognitiva e memória?.

CHASSOT, A. Fazendo Educação em Ciências em um Curso de Pedagogia com Inclusão de Saberes Populares no Currículo. *Química Nova na Escola*, São Paulo, n. 27, p. 9-12, fev. 2008a.

CIRILO, A. M. F. et al. Importância do aleitamento materno e introdução alimentar. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 15, p. e381111537510-e381111537510, 2022.

CRUZ, S. Saberes e estratégias de cuidado na medicina popular – uma revisão epidemiológica em medicina popular ou fitoterapia. *Revista Cathedral*, v. 2, n. 3, p. 157–169, 2020.

DAVID, P. R. *Integrative Medicine*. Editora Elsevier Health Sciences. Brasil, 2022.

COSTA, T. A. Medicina popular entre jovens e velhos: saberes terapêuticos da comunidade Bom Jesus I, Belém-Pará, 2017.

DE OLIVEIRA, A. A. et al. Protocolo de suplementação de ferro na gestação: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 39816-39827, 2022.

DE SOUZA, T. F. et al. A influência da alimentação da mãe sobre o aleitamento materno. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 12, n. 2 Especial, p. 132-136, 2021.

DOS SANTOS, A. C.; DAS GRAÇAS CAMPOLINA, Maria. Medicina popular e saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 11, n. 21, p. 126, 2015.

FERRO, D. História da Fitoterapia. In: FERRO, D. et al. *Fitoterapia: conceitos clínicos*. São Paulo: Atheneu, 2008. Cap. 1. p. 1-8.

França, I. S. X, et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Rev Bras Enferm, Brasília 2008. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 201-8.*

FRANCESCHINI FILHO, S. *Plantas terapêuticas*. São Paulo: Organização Andrei, 2004. p. 334.

GAZOLLA, M.; VIECELLI, P. Refeições e comportamentos à mesa: um estudo a partir de consumidoras urbanas. **Redes. Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 25, n. 2, p. 482-505, 2020.

GONDIM, M. S. C. A inter-relação entre saberes científicos e saberes populares na escola: uma proposta interdisciplinar baseada em saberes das artesãs do Triângulo Mineiro. 2007.

174 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Ensino de Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

HOFFMANN, R.; ANJOS, M.C.R. Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular. Guaju, Matinhos, v. 4, n. 2, p. 142-163, 18 dez. 2018. Universidade Federal do Paraná.

HOFFMANN, J. F. et al. Dietary patterns during pregnancy and the association with sociodemographic characteristics among women attending general practices in southern Brazil: the ECCAGe Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. *Revista esc. enferm. USP* 46(3) 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>.

LEAL, F. J. P. S. et al. Orientação nutricional no pré-natal: estudo com nutrizes no pós-parto hospitalizadas em uma maternidade pública. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 1, p. 25-39, 2020.

LIMA, M. M. L. et al. A influência de crenças e tabus alimentares na amamentação. **O mundo da saúde**, v. 40, n. 2, p. 221-229, 2016.

LUNA, Dom Joaquim, G. de. Os monges beneditinos no Brasil. Rio de Janeiro. Edições “Lumen Christ”, 1947.

MEDEIROS, M. C. de. **Reconstituição de uma fazenda colonial: estudo de caso Fazenda de São Bento de Jaguaribe**. 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

MORAES, V. P. F. Elaboração de um instrumento de triagem nutricional e de dificuldade na amamentação para puérperas. 2023.

MORALES, A. L. *Medicine Stories: Essays for Radicals*. Duke University Press, 2019.

MOREIRA, S. A. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. *Cienc. Cult.* vol.62 no.4 São Paulo Oct. 2010.

MORO, A.; INVERNIZZI, N. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.24, n.3, jul.-set. 2017, p.603- 622.

NUNES, S. I. F. A pesca artesanal como mediação da relação homem-natureza

ODENT, M. O renascimento do parto. In: **O renascimento do parto**. 2012. p. 134-134.

OLIVEIRA, E. R. O que é benzeção. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OPAS, OMS. Medicinas tradicionais, complementares e integrativas. <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>, 2024.

PINHEIRO, P. C.; GIORDAN, M. O preparo de sabão de cinzas em Minas Gerais, Brasil: do status de etnociência à sua mediação para a sala de aula utilizando um sistema hipermédia etnográfico. *Investigações em Ensino de Ciências*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 355-383, ago. 2010.

Pizzatto, P.; Dalabona, C. C.; Correa, M. L.; Neumann, N. A.; Cesar, J. A. Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís, Maranhão, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 20 (1): 181-191 jan-mar., 2020.

RAMALHO, C. W. N. *Embarcadiços do Encantamento: Trabalho como Arte, Estética e Liberdade na pesca artesanal de Suape, PE*. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UNICAMP, 2007. Dissertação (Doutorado).

RECINE, E.; RADAELLI, P. *Alimentação e Cultura*. Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/ UnB). Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SPS/MS), [s.d.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf . Acesso em: 1 jul. 2022.

RICARDO, L. M.; STOTZI, E. N. Educação Popular como método de análise: relações entre medicina popular e a “situação limite” vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra. *Rev APS*. 15(4): 435-442, 2012.

RIGO, K. *Alimentação da puérpera: Crenças, mitos e verdades*. Seminário Científico de Nutrição, n. 1, 2009.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, Silvia Regina PF. Deficiência de ferro na mulher adulta. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32, p. 49-52, 2010.

SANTOS, J. M. et al., Organizadora. *Educação nutricional e ecologia por uma cultura de paz*. Recife: Editora universitária - UFPE, 2012

SANTOS, G. M. G. C.; Silva, A. M. R.; De Carvalho, W. O.; Rech, C. R.; Loch MR. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (7): 2461-2470, 2019.

SANTOS, C. S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.

Silva, A. S. Consumo adequado de frutas, legumes e verduras: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde. [dissertação de mestrado na internet]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2011 [acesso em 22 ago 2012]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/9217>

W.H.O. Tradicional Medicine Strategy 2002-2005. Geneve: WHO, 2002. 65p.

YAMAGISHI, J. A. et al. Anemia ferropriva: diagnóstico e tratamento. Revista científica da faculdade de educação e meio ambiente, v. 8, n. 1, p. 99-110, 2017.

8 ANEXO 1 - QUADROS

Quadro 1. Função dos alimentos

Código	Na sua opinião, para que serve o alimento?
01	Para comer
02	Para a sobrevivência
03	Para fortificar e para viver
04	Para se alimentar
05	Para saúde
06	Para as pessoas se alimentarem
07	Para as pessoas se alimentarem, sem ele a gente não vive
08	Para ter força para trabalhar e estudar, ajuda na inteligência e resistência física
09	-
10	-
11	Para alimentação do corpo
12	Ajudar no crescimento, alguns alimentos também ajudam na memória
13	Sem alimento ninguém vive
14	Fortificar
15	Alimentar e viver
16	-

17	Para comer, dar força
18	Para ficar com saúde
19	Sem alimento não se vive
20	Sem alimento não se vive, tenho medo de morrer de fome
21	Para fortalecimento do corpo e para trabalhar
22	Para se alimentar, sobreviver e não morrer
23	Para alimentar o corpo físico
24	Para nutrir, sem o alimento, como vai ter força para trabalhar?
25	Para sobreviver, pois sem o alimento, não dá para viver
26	Para sobrevivência do ser humano
27	Para viver

Quadro 2. Alimentos mais importantes

Código	Cite cinco alimentos que você considera importantes				
01	Feijão	Farinha	Carne	Açúcar	Café
02	Feijão	Fubá	Leite	Carne	Arroz
03	Feijão	Carne	Arroz	Açúcar	Leite/Fubá
04	Feijão	Carne	Arroz	Verdura	Farinha
05	Cuscuz	Feijão	Arroz	Macarrão	
06	Feijão	Farinha	Fubá	Galinha	Sururu
07	Feijão	Arroz	Carne	Café	Açúcar
08	Feijão	Carne	Frango	Abacaxi	Acerola
09	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
11	Feijão	Arroz	Farinha	Café	Açúcar
12	Feijão	Leite	Fubá	Carne de boi	Fígado
13	Feijão	Verdura	Arroz	Carne	Farinha
14	Arroz	Feijão	Macarrão	Carne vermelha	Açúcar

15	Feijão	Arroz	Frango	Macarrão	Leite
16	-	-	-	-	-
17	Feijão	Arroz	Macarrão	Fubá	Pão
18	Macarrão	Arroz	Feijão	Carne	-
19	Feijão	Arroz	Cuscuz	Carne	Verdura
20	Legumes	Fruta	Feijão	Arroz	Carne
21	Feijão	Macarrão	Carne	Arroz	Fubá
22	Carne	Feijão	Arroz	Café	Açúcar
23	Arroz	Feijão	Carne	Leite	Óleo
24	Feijão	Arroz	Fubá	Carne	Fruta
25	Feijão	Arroz	Carne	Leite	Açúcar
26	Feijão	Arroz	verdura	Fruta	Carne
27	Feijão	Macarrão	Arroz	Fubá	Carne

Quadro 3. Motivos da prioridade dos alimentos considerados mais importantes

Código	Porque os alimentos citados acima são importantes?
01	É o principal da casa
02	Porque são os mais consumidos
03	Feijão porque é forte e leite para crianças
04	Por causa das vitaminas e do ferro
05	São os mais fortes
06	Para uma alimentação boa
07	Porque não pode faltar em uma casa, mas pode faltar café com açúcar
08	Porque tem vitaminas
09	-
10	-
11	Por causa do “costume” de comer os alimentos. “não vivo sem café”.

12	Porque o feijão tem muito ferro e o fígado ajuda na anemia
13	É mais forte
14	Porque nos torna mais forte
15	Porque tem ferro e são fortes
16	-
17	Para dar força
18	Porque tem vitaminas
19	É importante para dar substância para o trabalho
20	Legumes são fortes para o cabelo, pele. Feijão tem muito ferro
21	São fortes
22	Porque é o único que a gente tem para comer
23	Porque não pode faltar, pois dá sustância
24	Feijão tem ferro principalmente quem pega no pesado. Fruta é mais saudável
25	São mais utilizados no dia a dia
26	Verdura tem muitas vitaminas e o feijão não pode faltar porque tem ferro
27	Não sabe

Quadro 4. Aquisição dos alimentos considerados importantes

Código	Sua família costuma comprar esses alimentos importantes?	De quanto em quanto tempo?
01	SIM	8 em 8 dias
02	SIM	30 em 30 dias
03	SIM	8 em 8 dias
04	SIM	15 em 15 dias
05	SIM	8 em 8 dias
06	SIM	8 em 8 dias
07	SIM	8 em 8 dias

08	SIM	15 em 15 dias
09	-	
10	-	
11	SIM	7 em 7 dias
12	SIM	15 em 15 dias
13	SIM	8 em 8 dias
14	SIM	8 em 8 dias
15	SIM	7 em 7 dias
16	-	
17	SIM	15 em 15 dias
18	SIM	30 em 30 dias
19	SIM	2 em 2 meses
20	SIM	30 em 30 dias
21	SIM	30 em 30 dias
22	SIM	30 em 30 dias
23	SIM	30 em 30 dias
24	SIM	15 em 15 dias
25	SIM	2 em 2 meses
26	SIM	30 em 30 dias
27	SIM	30 em 30 dias

9 ANEXO 2 - Tabelas

9.1 Gestantes

GESTANTES - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Feijão	Por causa do ferro
02	1	Feijão	Por causa do ferro e da

			anemia
03	1	Feijão	Ferro dá mais força
04	1	Frutas, verduras e feijão	Porque são fortes
05	1	Legumes e se alimentar bem	Sempre os médicos recomendam
06	2	-	Pode comer tudo
07	1	Feijão	Para evitar anemia
08	1	Vitamina de fruta	Para fortalecer a mãe e a criança
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Feijão e frutas	Anemia e Cálcio
12	1	Fígado	Para prevenir a anemia
13	1	Com ferro, feijão	Fica fraca se não comer
14	1	Frutas e sucos	Porque faz bem para o bebê
15	1	Verduras e feijão	Faz bem para o bebê
16	-	-	-
17	1	Não sei	-
18	Não sabe	-	-
19	1	Feijão, verduras e frutas	Para evitar anemia
20	1	Frutas, líquido e feijão	Ferro e vitaminas para o bebê
21	1	Verdura, fígado e suco	Porque produz mais leite
22	Não sabe	-	-
23	1	Verdura e feijão	Porque tem ferro
24	1	Verdura, fruta, feijão e arroz	Ferro para gestação e para criança
25	1	Verdura	Faz bem para a saúde

26	1	Peixe, fruta, verdura e feijão	Feijão é importante para evitar anemia
27	2	-	-

GESTANTE - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	Pode comer de tudo
07	2	-	Comer de tudo
08	1	Coca-cola	Tem muita cafeína
09	-	-	-
10	-	-	-
11	2	-	Pode comer de tudo
12	2	-	-
13	2	-	Se não houver riscos
14	1	Siri e sururu	Enjoa
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Pimentão	Não sei
18	2	-	-
19	1	Gordura	Engorda
20	1	Massa	Engorda muito
21	1	Todo chá amargo	Mata o bebê, aborto
22	2	-	-

23	1	Crustáceo	Não faz bem
24	2	-	-
25	1	Pão e massas	Recomendação do enfermeiro
26	1	Ostra	Não ajuda na cicatrização
27	1	Macarrão	Acima do peso, gorda

9.2 Resguardo

RESGUARDO - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Galinha	Carne mais "fria", mais barata
02	2	-	-
03	1	Inhame e bolacha	Porque são os que têm e não faz mal
04	1	Feijão, arroz, suco e verdura	Porque são fortes
05	2	-	-
06	1	Carne	Para ficar forte
07	1	Galinha, arroz e macarrão	Os mais importantes
08	1	Pirão de farinha	Para fortalecer
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Frutas, maçã e mamão	Ficar mais forte
12	1	Canja e arroz	Para ajudar a defecar e evitar gases
13	1	Arroz, comida leve, pão e bolacha	Para não dar problema ou complicações
14	1	Carne, peixe e frango	Outras coisas além dessas não se pode comer

15	1	Comida normal	Faz bem
16	-	-	-
17	1	Arroz e carne assada	Porque é leve
18	1	Arroz branco e fígado	Não sabe
19	1	Não sabe	-
20	1	Arroz, feijão e galinha	Para a sua saúde
21	1	Arroz e carne	Para não comer coisa que prejudica
22	1	Frango e peixe de qualidade	Para não morrer
23	1	Arroz e fígado	Porque não prejudica
24	1	Galinha	“A mãe dizia assim”
25	1	Cuscuz com leite	É forte e faz mais leite
26	1	Não sabe	Dão força
27	2	-	-

RESGUARDO - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Carne de porco	Porque é remosa
02	1	Peixe de couro	-
03	1	Frutos do mar, macaxeira, batata, porco e coco	São comidas carregadas
04	1	Camarão, siri, sururu, peixe remoso	Prejudica/inflama os pontos e pode causar hemorragias
05	1	Crustáceo e peixe de couro	Por causa da inflamação
06	1	Crustáceo	Hemorragia

07	1	Crustáceo, siri/caranguejo, carne de boi e peixe de couro	Remosos
08	2	-	-
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Tamarindo, manga, jaca e limão	Se comer, adoece
12	1	Crustáceo e macaxeira	Prejudica no resguardo
13	1	Macaxeira , crustáceo e carne de porco	Pode chegar até morrer
14	1	Siri e sururu	Abre os pontos
15	1	Carne de porco e pato	Não faz bem
16	-	-	-
17	1	Camarão, caranguejo, siri e carne de porco	Porque inflama
18	2	-	-
19	2	-	-
20	1	Carne de porco e marisco	Da inflamação
21	1	Todo tipo de crustáceo	Inflama
22	1	Pato, peixe, limão e abacaxi	Mata
23	1	Peixe	Inflama
24	1	Pato, carne de porco, macaxeira e crustáceo	-
25	1	Peixe de couro	Causa hemorragia
26	1	Jaca dura	Causa hemorragia

27	1	Caranguejo, ostra e carne de porco	Inflama
----	---	------------------------------------	---------

9.3 Amamentação

AMAMENTAÇÃO - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Suco	Para ficar forte e ter leite
02	1	Doce	Por causa do leite
03	1	Doce e suco	Estimula o leite
04	2	-	-
05	1	Líquidos e sucos	Para manter o leite
06	1	Doces	Para aumentar o leite
07	1	Suco de fruta e doce	Para produção de leite
08	1	Comer normalmente	Para ter leite
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Comer coisas doces	Para produção de leite
12	1	Bastante doce	Para produzir leite
13	1	Suco doce	Para não faltar leite
14	1	Leite	Porque serve para criança
15	1	Comida normal com verdura	Tem vitaminas
16	-	-	-
17	1	Não sei	-
18	1	Doce	Não sabe
19	1	Não sabe	-
20	1	Frutas	Pois tem muito líquido. Açúcar.

21	1	Doce	Gera leite
22	1	Coisa doce	Para aumentar o leite
23	1	Coisa doce	Aumenta a quantidade de leite
24	1	Doce, suco, água e laranja	Aumenta o leite
25	1	Doce	Dá mais leite
26	1	Fruta com líquido, melancia	Produz mais leite
27	1	Água de coco, suco de acerola e laranja	Dá mais leite

AMAMENTAÇÃO - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM / 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Castanha e manga	Fica no leite e a criança fica com o olho "remelento"
02	2	-	-
03	2	-	-
04	1	Chocolate, biscoito recheado e café	Prende o intestino da criança
05	1	Sorvete, álcool e comida remosa	Prejudica a criança
06	1	Crustáceo e bebidas alcoólicas	Criança fica com olhos remelados - alergia
07	1	Crustáceo, picolé, comida gelada e bebidas alcoólicas	Fazer mal a criança
08	1	Manga e frutas ácidas	Porque é ácida
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Castanha	Ofende crianças

12	1	Chocolate	Porque tudo que a mãe se alimenta vai para o bebê
13	1	Pimenta	Prejudica o bebê
14	1	Esqueceu	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-
18	2	-	-
19	1	Não sabe	-
20	1	Chocolate e milho	Faz mal ao bebê
21	1	Milho verde, chocolate e manga	-
22	1	Não lembra	-
23	1	Chocolate e coca-cola	A criança fica doente
24	1	Pato, carne de porco, macaxeira e crustáceo	-
25	2	-	-
26	2	-	-
27	1	Caranguejo	Não sabe

9.4 Bebê

BEBÊ - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Leite materno e verdura	Principalmente para completar a alimentação
02	1	Leite do peito	É o mais certo
03	1	Leite da mãe	Ideal para a criança
04	1	Aleitamento, papa	São saudáveis para o bebê

		de verduras e legumes, suco e leite	
05	1	Tudo, suco, verdura machucada	Após cinco meses se fortalece
06	1	Leite da mãe	-
07	1	Leite da mãe e mingau	Para ter cálcio e ficar forte
08	1	Mingau	Para ser sadio
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Leite e mingau	Porque tem que ser essa
12	1	Leite materno	Porque ajuda no crescimento, e a criança cresce com saúde
13	1	Leite da mãe	Até os seis meses, é o melhor alimento porque é forte
14	1	Biscoito, leite e água	-
15	1	Leite materno	Evitar doenças
16	-	-	-
17	1	Leite materno	Para dar saúde
18	1	Leite materno	Não sabe
19	1	Leite materno	Saúde para meninos
20	1	Leite materno	Saúde
21	1	Leite materno	Proporciona mais saúde
22	1	Leite materno	Para a criança não ter doença
23	1	Leite materno	Dá mais saúde
24	1	Leite do peito	Evita doenças

25	1	Leite materno	É forte e importante
26	1	Leite materno	É melhor para o bebê
27	1	Mamar	-

BEBÊ - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Suco de maracujá	Que é muito forte
02	1	Comida de panela	O organismo é fraco e não aguenta
03	1	Comida de panela	Ofende o intestino
04	1	Goiaba e ovos	ofende o intestino
05	1	Feijão e arroz	Engasga
06	1	Mingau	Diarréia
07	1	Só deve beber leite e mingau	-
08	1	Manga e frutas ácidas	Porque é ácida
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Nenhuma fruta antes de 1 ano	Ofende a saúde da criança
12	1	Suco e mingau	Porque o recomendado pelos médicos é o leite materno
13	1	Manga e jaca	Dor intestinal
14	1	Biscoito, pão e abacaxi	-
15	1	Feijão, arroz, carne	Engasgo
16	-	-	-
17	1	Não sei	-

18	1	Porco	-
19	1	Massa	Porque o bom é o leite materno
20	1	Massa	Engorda
21	2	-	-
22	1	Mingau e leite de peito	O resto faz mal
23	2	-	-
24	1	Crustáceo	É pesado para criança, dá alergia
25	2	-	-
26	2	-	-
27	1	Salsicha e carne de porco	É o que dizem

9.5 Febre

FEBRE - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	1	Tomar líquido muito gelado	Para conter a febre
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Melão e melancia	Baixa a febre

12	1	Suco e chá	Para baixar a febre
13	2	-	-
14	1	Sopa e leite	As pessoas dizem que devem ser esses
15	2	-	Remédio
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-
18	1	Fruta	-
19	1	Água	Líquido baixa a febre
20	1	Suco natural	Hidrata
21	1	Hortelã e erva doce	Baixa a febre
22	2	-	-
23	2	-	-
24	2	-	-
25	2	-	-
26	2	-	-
27	2	-	-

FEBRE - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	1	Laranja	“Ouvi dizer”
03	2	-	-
04	1	Banana anã	Perigosa para febre
05	1	Crustáceo e sorvete	Aumenta a febre
06	2	-	-

07	1	Frutos do mar e crustáceos	Não infecciar
08	1	Feijão	Só se for no liquidificador que é bom para o ferro
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Jaca, goiaba e manga	Aumenta a febre
12	2	-	-
13	1	Nenhuma fruta	Aumenta a febre
14	1	Leite e biscoito	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-
18	1	Manga	Porque é ácido
19	1	Fruta ácida	Aumenta a febre
20	1	Manga, chocolate e água gelada	-
21	1	Chocolate, danone e picolé	Inflama mais a febre e não passa
22	1	Não lembra	-
23	2	-	-
24	1	Picolé	Gelo
25	1	Biscoito recheado de chocolate	Médico pede para evitar
26	1	Ovo cozido	Alguém falou
27	2	-	-

9.6 Diarréia

DIARRÉIA - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS

Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Banana	Prende a diarréia
02	1	Inhame e arroz	Prende o intestino
03	2	-	-
04	1	Banana	Para prender
05	1	Banana verde	Suspende a diarréia
06	2	-	-
07	1	Farinha, arroz, vitamina de banana, leite e banana	parar a diarréia
08	1	Vitamina de banana (fraca)	Prende a diarréia
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Maçã, banana, fundo do inhame	Para a diarréia
12	1	Banana e goiaba	Para cessar a diarréia
13	1	Maçã e banana	Parar a diarréia
14	1	Arroz e feijão	Porque não tem óleo
15	1	Farinha, água e soro	Para cessar
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-
18	1	Chá de boldo	-
19	1	Soro caseiro	-
20	1	Banana maçã	Prende o intestino
21	1	Folha de goiaba, pitanga e tamarindo	-

22	1	Inhame, maçã, banana e arroz	Parar a diarréia
23	1	Inhame e arroz	Prende o intestino
24	1	Soro caseiro e bastante líquido	Porque hidrata
25	1	Inhame e arroz	Acaba com a diarréia
26	2	-	-
27	2	-	-

DIARRÉIA - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM / 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Coco e comida de óleo	Aumenta a diarréia
02	1	Comida gordurosa	
03	1	Comida gordurosa	
04	1	Gordura e biscoito	Aumenta a diarréia
05	1	Comida com gordura e frito	Aumenta a diarréia
06	2	-	-
07	1	Não comer nada, só banana e água	-
08	1	Doce	Aumenta a diarréia
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Só deve comer fruta, maçã e chá	-
12	1	Alimentos doces como chocolate	Aumenta a diarréia
13	1	Comida gordurosa	Risco de hemorragia
14	2	-	-
15	1	Comida com óleo de coco	Aumenta a diarréia

16	-	-	-
17	1	Óleo, coco e laranja	Aumenta a diarréia
18	1	Manga doce	-
19	1	Não sabe	-
20	1	Galinha cozinhada e comida gordurosa	Faz muito mal, aumenta a doença
21	1	Feijão, leite, pipoca e salgadinho	Aumenta a diarréia
22	1	Frutas	Aumenta a diarréia
23	1	Comidas gordurosas	Aumenta a diarréia
24	1	Mamão	É o que o médico passa
25	1	Carne com molho	Piora a diarréia
26	1	Doce	Aumenta a diarréia
27	2	-	-

9.7 Menstruação

MENSTRUAÇÃO - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	1	-	“Esqueceu”
09	-	-	-
10	-	-	-

11	1	Caju	Não sabe
12	2	-	-
13	2	-	-
14	1	Alguns tipos de Peixe e carne de boi	Porque não deixa a menstruação voltar
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Feijão	Porque tem ferro
18	2	-	-
19	2	Não sabe	-
20	1	Frutas	-
21	2	-	-
22	2	-	-
23	1	Não sabe	-
24	2	-	-
25	2	-	-
26	1	Frutas	Fazem bem
27	2	-	-

MENSTRUAÇÃO - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Goiaba, abacaxi, jaca dura e limão	Aumenta a menstruação
02	1	Mangaba	Aumenta a menstruação
03	1	Abacaxi, goiaba e limão	Aumenta a menstruação e demora a ir embora
04	1	Abacaxi, goiaba e banana anã	Dá hemorragia
05	1	Crustáceo, abacaxi e	Aumenta a menstruação

		repolho	
06	2	-	-
07	2	-	-
08	1	Frutas como manga e mamão	Faz mal
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Nenhuma fruta	-
12	1	Goiaba	Aumenta o fluxo
13	1	Pera, goiaba, abacaxi e crustáceo	Risco de hemorragia
14	2	-	-
15	1	Limão e araçá	Aumenta o fluxo
16	-	-	-
17	1	Carne de porco	Porque é inflamatório
18	1	Manga, jaca e laranja	Porque é ácido
19	1	Abacaxi, goiaba e marisco	Faz mal
20	2	-	-
21	1	Abacaxi, goiaba e coca-cola	Aumenta o fluxo
22	1	Macaxeira rosa	Fica o útero espinhoso
23	1	Limão e abacaxi	Aumenta o fluxo
24	1	Abacaxi	Aumenta o fluxo
25	1	Crustáceo	Aumenta o fluxo
26	1	Abacaxi	Aumenta o fluxo
27	1	Abacaxi e crustáceo	Vinha mais

9.8 Fraqueza

FRAQUEZA - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Verdura	Pra ficar forte
02	2	-	-
03	1	Mocotó e patinho	Fica forte
04	1	Leite, feijão e papa	Ferro
05	2	-	-
06	1	Feijão	Tem ferro e a fraqueza vai passando
07	1	Tem que comprar vitamina	-
08	1	Vitamina, gema de ovo de capoeira e refrigerante	Para ficar forte
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Cenoura (Suco ou cozida), ostra e caranguejo	Tira a fraqueza, o caranguejo é rico em proteína
12	1	Feijão e crustáceos	Ajuda porque o feijão é forte e ferro
13	1	Cabeça de gallo	Passa a fome sustenta
14	1	Arroz, leite, bolacha e fubá	A fubá é mais importante porque dá mais força
15	1	Feijão e verdura	Porque tem ferro
16	-	-	-
17	1	Suco de beterraba, laranja	Porque é bom, se sente bem
18	2	-	-
19	1	Feijão	Tem ferro
20	1	Sopa de feijão, pirão e fígado	É bom para o sangue

21	1	Chá de lacre	Fortalece
22	1	Vitamina	-
23	1	Feijão preto	Tem muito ferro
24	1	Pirão de mocotó	É forte
25	2	-	-
26	1	Feijão	É forte
27	2	-	-

FRAQUEZA - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	-
07	1	Frutos do mar	Bater na fraqueza
08	1	Comida forte, pião de carne	Porque começa a suar
09	-	-	-
10	-	-	-
11	2	-	-
12	2	-	-
13	1	Pirão de carne verde	“Bate as botas”
14	2	-	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-

18	2	-	-
19	1	Não sabe	-
20	1	Bolacha com café	Não é forte
21	2	-	-
22	2	-	-
23	1	-	-
24	2	-	-
25	2	-	-
26	1	Arroz	É fraco sozinho
27	2	-	-

9.9 Memória

MEMÓRIA - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	1	Peixe	Não sabe
02	2	-	-
03	2	-	-
04	1	Peixe	Vitaminas e proteínas do peixe
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	1	Biotonico	Ficar forte e é bom para memória
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Peixe, sururu e ostra	-
12	2	-	-

13	1	Cabeça de galinha cozida	Por causa do cerébro
14	1	Não sabe	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Chuchu	Porque é bom
18	2	-	-
19	1	Peixe	Tem substância boa
20	2	-	-
21	2	-	-
22	1	Peixe	Tem um negócio bom
23	1	Não sabe	-
24	1	Peixe	Mais saudável
25	2	-	-
26	1	Verdura	Verdura ajuda para não esquecer
27	2	-	-

MEMÓRIA - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	2	-	-
09	-	-	-

10	-	-	-
11	2	-	-
12	2	-	-
13	2	-	-
14	2	-	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	1	Não sabe	-
18	2	-	-
19	1	Não sabe	-
20	2	-	-
21	2	-	-
22	2	-	-
23	2	-	-
24	2	-	-
25	2	-	-
26	1	Cabeça de peixe	Dizem que deixa mais esquecido
27	2	-	-

9.10 Afrodisíaco

AFRODISÍACO (aumenta o fogo) - ALIMENTOS CONSIDERADOS BONS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	1	Amendoim	Não sei, o povo é que fala
03	1	Mocotó e ostra	Não sabe
04	1	Amendoim	Fortificante (não sabe mais)
05	1	Amendoim	Não sabe

06	2	-	-
07	2	-	tem que trabalhar e fazer as coisas, melhorar o astral
08	1	Lambedor de moela de boi	Ficar forte
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	Não sabe	-
12	1	Castanha e amendoim	Ajuda a aumentar o apetite sexual
13	1	Ovo de codorna e caldo mocotó	Dá mais energia, fica mais alegre
14	1	Não lembra	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	2	-	-
18	2	-	-
19	2	-	-
20	2	-	-
21	1	Chá de erva cidreira e verde	-
22	1	Pimenta	Esquenta
23	1	Não sabe	-
24	1	Ostra	É concentrado
25	1	Ovo de codorna	“O povo fala, né?!”
26	2	-	-
27	2	-	-

AFRODISÍACO (aumenta o fogo) - ALIMENTOS CONSIDERADOS RUINS			
Código	1. SIM/ 2. NÃO	Alimento	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	2	-	-
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	2	-	-
09	-	-	-
10	-	-	-
11	2	-	-
12	2	-	-
13	1	Ovo cozido	
14	2	-	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	2	-	-
18	2	-	-
19	1	Não sabe	-
20	2	-	-
21	2	-	-
22	2	-	-
23	2	-	-
24	2	-	-
25	2	-	-

26	2	-	-
27	2	-	-

9.11 Existem alimentos que não podem ser misturados?

Código	Mistura	Por quê?
01	Banana com ovos	Causa mal estar e dor de barriga forte
02	Abacaxi com leite	Não sabe
03	Abacaxi com banana, ovos ou goiaba	Dá dor de barriga
04	Ovos com mamão ou goiaba	Dá dor de barriga
	Jaca com goiaba e com banana	
05	Manga com leite	Dá dor de barriga
	Abacaxi com manga	
	Jaca com café quente	
	Abacaxi com jaca	
06	-	-
07	Café com feijão	Não combina
	Ovo com leite	O povo fala que é assim
	Manga com leite	Esse faz mal mesmo
08	Jaca com manga	Jaca tem leite e manga tem ácido
	Abacaxi com goiaba	abacaxi é “infestivo”
09	-	-
10	-	-
11	Manga com leite	Faz mal para a barriga
12	Banana e jaca dura	Congestão
	Manga e leite	Da dor e congestão
	Abacaxi com goiaba	

13	Jaca com outras frutas	Dor de barriga
14	-	-
15	-	-
16	-	-
17	Jaca dura com leite	Causa dor
18	Leite com fruta Ovos com frutas	Faz mal
19	Ovos com abacaxi Ovos com leite	-
20	-	-
21	-	-
22	-	-
23	-	-
24	Leite com banana anã	Dá dor de barriga abdominal
25	-	-
26	Peixe com carne	Peixe tem espinho e carne não
27	Jaca com abacaxi	Da dor

9.12 Quais os alimentos que você mais gosta e quais você não gosta?

Código	Alimentos que gosta	Alimentos que não gosta	Por quê?
01	Galinha	Miúdo de boi	-
02	Pizza e hamburguer	Coxinha, pastel, melão e melancia	Enjoo, faz pra vender
03	Macarrão	-	-
04	Cuscuz e ovos	Suco, batata, inhame e macaxeira	Fica empachado, não se sente bem
05	Feijão	Cuscuz com leite e munguzá	Tem nojo de leite

06	Feijão e farinha	Come tudo	-
07	Feijão com farinha e macarrão	-	-
08	Feijão, macarrão, arroz e feijoada	Pepino	Ainda não provou
09	-	-	-
10	-	-	-
11	Peixe	Miúdo (só come a carne e o fígado de boi) e carne de bode	-
12	Feijão, macarrão e frango	Verduras	Acha o sabor desagradável
13	Pão e bolo	Leite e papa	Enjoa
14	-	-	-
15	Feijão e arroz	Macarrão	Não gosta do formato
16	-	-	-
17	Tomate, cebola, fruta e pão	Pimentão	Porque arde
18	Carne, uva e melão	Peixe	Abusou
19	Frutas, verduras, arroz e feijão	Beterraba, macarrão, repolho, maxixe e quiabo	São muito ruins
20	Galinha cozida com arroz e feijão	Torta salgada	Não gosta
21	Macarrão	Comida de milho	Tem nojo
22	Inhame	Beterraba	Tem gosto ruim
23	Crustáceo, comida de maré e feijão	Carne de soja e fubá	Não consegue comer
24	Melancia	Sucrilhos	Não gosta do sabor
25	Pão de leite	Fígado	Cheiro esquisito e gosto ruim
26	Pizza, lasanha, bolo	Macaxeira e inhame	Não tem preferência

	e chocolate		
27	Coxinha e bolo	Sururu	Fica com dor no estômago

9.13 Alguém na sua família recebe a melhor ou maior porção?

Código	1. SIM/ 2. NÃO	Quem?	Por quê?
01	2	-	-
02	2	-	-
03	2	-	-
04	1	As crianças	Aceitação diferente
05	2	-	-
06	2	-	-
07	2	-	-
08	1	Patricia	Fase de crescimento
09	-	-	-
10	-	-	-
11	1	João (filho)	Só vem uma vez por semana
12	1	O chefe	Porque gosta
13	1	Everanio (filho)	Sente mais fome
14	-	-	-
15	2	-	-
16	-	-	-
17	2	-	-
18	2	-	-
19	1	O marido	Gosta de certas partes da carne
20	1	Filho e marido	Porque trabalham
21	2	-	-

22	2	-	-
23	2	-	-
24	2	-	-
25	2	-	-
26	1	Filho mais velho	Ele come mais para encher a barriga
27	1	Filho	Tem mais apetite

9.14 Quem na sua casa?

Quem na sua casa?		
Código	Prepara a comida	Reparte as refeições
01	Mãe	-
02	Mãe	Mãe
03	Mãe e filhos	Cada um coloca o seu
04	Mãe	Mãe
05	Mãe	-
06	Mãe	Mãe
07	Mãe	Cada um coloca o seu
08	O chefe	Cada um se serve
09	-	-
10	-	-
11	Mãe	Cada um tira o seu
12	Mãe	Mãe
13	Dona da casa	Dona da casa
14	-	-
15	Dona da casa	Dona da casa
16	-	-
17	Mãe	Cada um pega o seu

18	Mãe	Mãe e tia
19	Mãe e filha	As crianças
20	Mãe	A mãe serve o almoço e no jantar cada um se serve
21	Mãe	A sobrinha
22	Mãe	Mãe
23	Mãe e filha	Cada um pega o seu
24	Filha	Cada um faz seu prato
25	Mãe	Cada um faz o seu
26	Mãe e sobrinho	Cada um faz seu prato
27	Mãe e filha	Cunhado

2.15 Quais as refeições que sua família faz no dia?

Código	Desjejum	Almoço	Jantar	Merenda	Quantas vezes?
01	x	x	x	-	-
02	x	x	x	-	-
03	x	x	x	x	-
04	x	x	x	-	-
05	x	x	x	-	-
06	x	x	x	-	-
07	x	x	x	-	-
08	x	x	x	-	-
09	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
11	x	x	x	x	-
12	x	x	x	x	2
13	x	x	x	x	2
14	-	-	-	-	-

15	x	x	x	x	-
16	-	-	-	-	-
17	x	x	x	x	1
18	x	x	x	x	1
19	x	x	x	x	-
20	x	x	x	x	-
21	x	x	x	x	1
22	x	x	x	-	-
23	x	x	x	-	-
24	x	x	x	x	4
25	x	x	x	x	-
26	x	x	x	x	3
27	x	x	x	x	1

2.16 Qual a refeição do dia mais importante?

Código	Refeição	Por quê?
01	Almoço	Refeição principal
02	Café da manhã	Porque é a primeira refeição
03	Almoço	Não aguenta a fome
04	Todos	-
05	Café da manhã	Para ter força para trabalhar
06	Almoço	Ta com mais fome e é a hora que está mais fraco
07	Almoço	É quando a pessoa mais se alimenta
08	Almoço	Prepara o corpo para o resto do dia
09	-	-
10	-	-

11	Almoço	-
12	Almoço	Porque tem uma variedade maior de alimentos
13	Café da manhã	Para começar o dia
14	-	-
15	Desjejum	Ficar mais forte para o dia todo
16	-	-
17	Café da manhã	Porque da força
18	Almoço	-
19	-	-
20	Desjejum	Porque é o primeiro alimento
21	Desjejum e almoço	Porque trabalhamos durante o dia e precisamos da sustância
22	Almoço	É o certo, os outros a gente pode tapear
23	Café da manhã	O médico ensinou, para não pegar fraqueza
24	Café da manhã e almoço	Pique do dia, a noite a vai dormir e não vai precisar de muita coisa
25	Café da manhã	Porque é bom, se não fizer passa mal
26	Almoço	Tem todo tipo de alimento
27	Almoço	-

2.17 Alguém da sua família deixa de fazer essas refeições?

Código	1.Sim / 2.Não	Quem?	Qual refeição?	Por quê?
01	1	Eliane	Desjejum	Não sente fome
02	2	-	-	-
03	2	-	-	-
04	2	-	-	-

05	1	Wellington (Esposo)	Café da manhã	Bebe álcool e fica com dor de cabeça e ressaca
06	2	-	-	-
07	2	-	-	-
08	2	-	-	-
09	-	-	-	-
10	-	-	-	-
11	2	-	-	-
12	2	-	-	-
13	1	Edileuza (dona da casa)	Café da manhã	Não sente fome
14	2	-	-	-
15	-	-	-	-
16	-	-	-	-
17	2	-	-	-
18	-	-	-	-
19	-	-	-	-
20	1	Filha	Desjejum	Não tem fome
21	2	-	-	-
22	1			
23	2	-	-	-
24	1	Pai	Café da manhã	Sem apetite
25	1	Filha mais velha	Desjejum	Não sente vontade
26	1	Marido	Almoço, café da manhã, jantar	Por causa da bebida

2.18 Sua família recebe alguma doação de alimentos?

Código	1.Sim / 2.Não	Quem?	Qual refeição?	Por quê?

01	2	-	-	-
02	2	-	-	-
03	2	-	-	-
04	2	-	-	-
05	2	-	-	-
06	2	-	-	-
07	2	-	-	-
08	2	-	-	-
09	-	-	-	-
10	-	-	-	-
11	2	-	-	-
12	2	-	-	-
13	2	-	-	-
14	2	-	-	-
15	-	-	-	-
16	-	-	-	-
17	2	-	-	-
18	-	-	-	-
19	-	-	-	-
20	2	-	-	-
21	2	-	-	-
22	2	-	-	-
23	1	Cesta básica	Centro espírita	mensalmente
24	2	-	-	-
25	2	-	-	-
26	2	-	-	-
27	2	-	-	-