

Universidade Federal de São Carlos – Campus Sorocaba

Luiz Henrique Franco Mendonça

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE UMA
COMUNIDADE CAIÇARA**

Luiz Henrique Franco Mendonça – Pesquisador

Marcos Roberto Vieira Garcia - Orientador

Sorocaba

2023

Luiz Henrique Franco Mendonça

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE UMA
COMUNIDADE CAIÇARA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana da Universidade Federal de São Carlos para exame de qualificação sob orientação do Professor Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia

Sorocaba

2023

Franco Mendonça, Luiz Henrique

Caracterização das práticas de cuidado em Saúde Mental de uma comunidade Caiçara / Luiz Henrique Franco Mendonça -- 2023.
86f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba
Orientador (a): Marcos Roberto Vieira da Silva
Banca Examinadora: Valdir Frigo Denardin, Taís Bleicher
Bibliografia

1. Saúde Mental. 2. Comunidades Tradicionais. 3. Práticas de Cuidado. I. Franco Mendonça, Luiz Henrique. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano -
CRB/8 6979



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Humanas e Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Luiz Henrique Franco Mendonça, realizada em 28/08/2023.

Comissão Julgadora:

prof_ Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia (IJFSCar)

Prof. Dr. Valdir Frigo Denardin (IJFPR)

Profa. Dra. Taís Bleicher (UFscar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana,

DEDICATÓRIA

Ao amor da minha vida, Mariana, pela paciência, pelo conforto que me deu, pelas trocas de ideias mais enriquecedoras e principalmente pelo afeto.

À Mailis, fruto de nosso amor e poesia de nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Guilherme, Cintia, Lilian e minha sobrinha Flora, que irradiam de longe esperança e fé.

À minha mãe, Miriam, que abriu o caminho para que eu seguisse seguro minha jornada nesta existência, e que dedicou parte de sua vida para que realizássemos nossos sonhos mais ambiciosos.

Ao meu orientador, que sem dúvidas, soube me guiar e me lembrou o significado da palavra Professor.

Às Comunidades Tradicionais da Enseada da Baleia e Marujá, pelas portas abertas e pela satisfação das prosas e vivências adquiridas.

Ao grupo de estudo Saúde Mental e Sociedade, pelas contribuições e discussões enriquecedoras.

RESUMO

O Parque Estadual da Ilha do Cardoso se situa no extremo sul do estado de São Paulo, no município de Cananéia. Tem cerca de 140 unidades habitacionais, divididas em comunidades específicas do povo tradicional caiçara, dentre as quais a Enseada da Baleia e o Marujá. Mudanças geológicas e geopolíticas, além da recente pandemia do novo coronavírus alteraram substancialmente o modo de vida das comunidades, impactando na saúde e no seu desenvolvimento. Após um estudo preliminar em que se levantou a atual Rede de Atenção Psicossocial do município, a presente pesquisa objetivou analisar as práticas de cuidado em saúde mental que as comunidades possuem, utilizando como método a observação participante ativa de Rodas de Conversa nas comunidades da Enseada e do Marujá. A análise qualitativa dos dados revelou a ausência do poder público, seja na inexistência de serviços especializados ou na dificuldade em manter as equipes fluviais, seja na falta de apoio à superação das situações-limite. Na Comunidade do Marujá, onde muitas famílias isoladas não possuem vínculo associativo e dependem exclusivamente do trabalho informal e dos benefícios socioassistenciais, observamos principalmente práticas de cuidado mais individualizantes, voltadas para a espiritualidade e o uso de medicamentos prescritos. Na comunidade da Enseada, a organização da comunidade e o contínuo enfoque na sua reconstrução após a mudança compulsória de local - o que interpretamos como um processo de elaboração de um trauma psicossocial – gerou a construção de práticas mais coletivas, como a Oficina de Peixe Seco (que funciona nos moldes da Economia Solidária) e o artesanato, e que se mostraram como práticas protetivas para a saúde mental das pessoas dali. Em ambas as comunidades o cuidado é uma prática predominante das mulheres, gerando uma sobrecarga de atividades, o que reflete as desigualdades de gênero observada por outras pesquisadoras no Brasil e no mundo.

Palavras-chave: Políticas públicas, Povos Tradicionais, caiçaras, Saúde Mental, Práticas de Cuidado

SUMMARY

Ilha do Cardoso State Park is located in the extreme south of the state of São Paulo, in the municipality of Cananéia. It has about 140 housing units, divided into specific communities of the traditional caiçara people, including Enseada da Baleia and Marujá. Geological and geopolitical changes, in addition to the recent pandemic of the new coronavirus, have altered communities' way of life, impacting their health and development. After a preliminary study using the current Psychosocial Care Network in the municipality, this research aimed to analyze the mental health care practices that the communities have, using the method of active participant observation of Rodas de Conversa in the communities of Enseada

and Marujá. The qualitative analysis of the public data revealed the absence of public institutions, either in the lack of specialized services, the difficulty in maintaining the river teams, or the lack of support to overcome limited situations. In the community of Enseada, the organization of the society and the continuous approach in its reconstruction after the compulsory change of location - which we interpret as a process of elaboration of a psychosocial trauma - generated the construction of more collective practices, such as the Dry Fish Workshop (which works along the lines of the Solidarity Economy) and the handicrafts, and which were appreciated as protective practices for the mental health of the people there. Such community care practices were not observed in the Community of Marujá, where many families do not have an associative bond and depend exclusively on informal work and social assistance benefits, leaving people more vulnerable concerning mental health problems. In both communities, care is predominantly exercised by women, generating an overload of activities, which reflects the gender inequalities observed by other researchers in Brazil and worldwide.

Keywords: Public policies, Traditional People, caiçaras, Mental Health, Care Practices.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL NUMA VISÃO HISTÓRICA.....	12
1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	14
1.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	17
1.4 PSICOLOGIA COMUNITÁRIA, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O SABER POPULAR COMO PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	19
1.5 COMUNIDADES TRADICIONAIS E SUA INTERDEPENDÊNCIA POLÍTICO- ECONÔMICA.....	23
1.6 RESISTÊNCIA DA COMUNIDADE DA ENSEADA.....	25
1.7 A PANDEMIA E A PRODUÇÃO DE PEIXE SECO PARA AS FAVELAS E COMUNIDADES CARENTES.....	28
1.8 DESENVOLVIMENTO COMO EXPANSÃO DE CAPACIDADES.....	29
1.9 SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA.....	31
2. OBJETIVOS	33
3. HIPÓTESE E JUSTIFICATIVA	34
4. METODOLOGIA	35
a. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO.....	35
b. RODAS DE CONVERSA, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E FOTOS.....	38
5. RESULTADOS	43
5.1 ENSEADA E MARUJÁ– registro das Rodas de Conversa.....	43
5.2 REGISTROS FOTOGRÁFICOS.....	54
6. ANÁLISE	59
6.1 ABANDONO E DESCASO DO PODER PÚBLICO.....	59

6.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADO – DO PEIXE SECO AO CROCHÊ.....	62
6.3 CUIDADO E GÊNERO.....	68
7. CONCLUSÕES.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO I.....	84

APRESENTAÇÃO

Enquanto psicólogo e pesquisador, na minha práxis estou em constante posicionamento crítico ao modo de atuar e pensar da Psicologia dominante. Minha formação se deu em uma graduação bastante acomodada com as metodologias e técnicas criadas pelo norte global, com insuficiente crítica a respeito deste modo de atuar. Em minha vida pessoal, percorri os caminhos da pedagogia da libertação, sendo cria de mãe solo, pobre e portadora de transtorno mental grave, mãe que me deu a possibilidade de estudar que ela não teve, para não perpetuar o ciclo familiar de insegurança alimentar, habitacional e afetiva. Embora não tivesse finalizado o ensino médio, sua consciência de classe e militância política fizeram-na uma boa professora de seus três filhos, e assim fui caminhando até o campo da saúde mental. Após viver diversas experiências positivas e negativas profissionais, de funções precarizadas, ao fim da graduação me encontrei em um coletivo de Redução de Danos, um braço do Centro de Convivência É de Lei em São Paulo. Ali conheci profissionais incríveis e um sentimento mútuo de transformação social que viria do convívio com as populações marginalizadas, de um questionamento constante sobre as práticas hegemônicas e de perpetuação de violências que infelizmente todos nós acabamos aprendendo durante anos de nossas graduações. Incomoda-me servir enquanto instrumento para a adequação dos corpos e mentes ao modo de vida desigual, opressor e sufocante do capitalismo, e por esta e outras inquietações, passei a buscar compreender as relações desiguais, as estruturas de violência, e as relações de poder que estão em jogo na sociedade para pensar junto com as pessoas que acompanho novas possibilidades que não recaiam na normalidade. Recentemente passei a trabalhar na saúde pública em uma Unidade Básica de Saúde de Cananéia, litoral Sul de São Paulo. Outras realidades me foram apresentadas, e o percurso segue com as mesmas inquietações, agora voltadas para as Comunidades Tradicionais aqui existentes e seus modos de vida.

1 - INTRODUÇÃO

Pretende-se nesta introdução apresentar ao leitor os conceitos e questionamentos que serão elementares nesta pesquisa, seja acerca do processo saúde-doença mental e os modos como foram tratados e compreendidos pela humanidade ao longo da história ocidental, também indagando em que ponto a saúde pública no Brasil alcançou os objetivos almejados de reforma psiquiátrica, quais as noções de cuidado e sua intersecção com gênero, as diferentes perspectivas de saúde mental e psicologia social que buscam compreender os processos vividos pelas comunidades e sociedades a partir de uma visão epistemológica não eurocêntrica, quem são as comunidades caiçaras, os efeitos geopolíticos e sociais de grande escala em torno da existência de comunidades tradicionais no Parque Estadual da Ilha do Cardoso, a concepção multifatorial de desenvolvimento na qual este trabalho se baseia para compreender os graus de desenvolvimento das comunidades e, por último e não menos importante, a convergência entre Saúde Mental e Economia Solidária.

1.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL EM UMA VISÃO HISTÓRICA

O conceito de saúde-doença tem evoluído ao longo da história da humanidade, passando por diferentes abordagens e entendimentos. Segundo Bleicher (2015), na antiguidade ocidental, as doenças eram associadas a punições divinas ou a forças sobrenaturais, e o tratamento era feito por meio de práticas mágicas ou religiosas. Com o advento da Medicina grega, o conceito de saúde começou a ser associado a um estado de equilíbrio e harmonia entre corpo e mente e a Medicina passou a ser vista como uma ciência natural. Ainda de acordo com Bleicher, já na Idade Média, a Igreja Católica exerceu grande influência na Medicina, que se baseava em princípios religiosos e na teoria dos humores. A saúde era vista como um dom divino, e as doenças eram atribuídas a pecados ou a influências malignas. Com o Renascimento, houve uma retomada dos princípios da Medicina grega, com o estudo da anatomia e da fisiologia, e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas. Já no século XVIII, com o Iluminismo, surgiu uma visão mais racionalista e científica da Medicina, que passou a ser vista como uma disciplina autônoma, separada da filosofia e da religião. Assim também ocorreram transformações na noção de doença mental. Na antiguidade ocidental, as doenças mentais eram atribuídas a forças sobrenaturais ou a possessões demoníacas,

e o tratamento era feito por meio de práticas mágicas ou religiosas. Com o surgimento da filosofia grega, a saúde mental começou a ser vista como resultado de um equilíbrio entre corpo e mente, e a filosofia passou a ser usada como forma de terapia. Na Idade Média, a Igreja Católica exerceu grande influência na definição da loucura, que era considerada como uma manifestação do pecado ou da possessão demoníaca, sendo a loucura vista como uma manifestação da ira divina. O tratamento era feito por meio de exorcismos, torturas e confinamento em hospitais ou em asilos. No século XVIII, com o advento do Iluminismo, surgiu uma nova abordagem para a loucura. Foucault (1978) chamou essa abordagem de "a grande internação", que consistia na criação de asilos para confinar os loucos. No início do século XIX, a Psiquiatria é criada como especialidade médica, encarregando-se da gestão dos espaços destinados aos loucos, agora considerados hospitais psiquiátricos.

A partir do século XIX, com o desenvolvimento da Bacteriologia e da Microbiologia, a Medicina se tornou mais focada no diagnóstico e no tratamento das doenças. No século XX, surgiram novas abordagens da saúde e da doença, como a Medicina psicossomática, que relaciona fatores psicológicos e emocionais com a saúde física, e a Medicina holística, que considera o indivíduo como um todo, integrando aspectos físicos, mentais e espirituais. Também surgiram movimentos de saúde pública e de Medicina preventiva, que buscam promover a saúde e prevenir as doenças por meio de políticas e ações coletivas. No final dos anos 1970, a Organização Mundial da Saúde passa a utilizar a definição de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. (ALMA-ATA, 1978). Mais recentemente, pesquisadores, trabalhadores e usuários da saúde pública no Brasil têm questionado esta definição estritamente técnica e buscado compreender a saúde nos aspectos éticos e políticos, orientados pelos valores democráticos e pautados na busca constante da felicidade (AYRES, 2004).

No campo da saúde mental, os manicômios foram progressivamente criticados pelo seu caráter de “instituição total” (GOFFMAN, 1987), e denunciadas por seus métodos de tortura e confinamento e finalidades eugenistas, racistas e misóginas (FANON, 1983). Embora permanecesse no centro do poder, foram perdendo força com iniciativas variadas, como a Psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, a Psiquiatria de setor na França e a reforma psiquiátrica italiana. Apesar das contínuas transformações direcionando os modelos de cuidado em Saúde Mental para fora das instituições asilares, o exercício do controle dos corpos evoluiu em

sua forma, e a Psiquiatria se fortaleceu no século XX e XXI no refinamento de diagnósticos e medicalização da população em sofrimento psíquico (FREITAS e AMARANTE, 2015; GARCIA et al., 2022) Cada vez mais o sofrimento é tratado com terapias medicamentosas aliadas a técnicas psicoterapêuticas sem juízo crítico, o que dessensibiliza a sociedade para transformações dos reais determinantes do processo saúde-doença mental.

1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A exclusão da anormalidade no Brasil ocorreu desde o período colonial, na criação das Santas Casas e prisões e, posteriormente, com a criação do Hospício Pedro II em 1852 (AMARANTE, 2011, MARTINS, 2020). Foram séculos de exclusão e genocídio, que deixaram para o país a herança de milhares de pessoas confinadas e institucionalizadas. A reforma psiquiátrica brasileira, inspirada principalmente pela Psiquiatria Democrática italiana, se iniciou com o movimento de trabalhadores da área, denunciando as instituições manicomiais. Em 1990, com a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, em Caracas, foram desenvolvidas diversas estratégias para a realização da reforma no Brasil, uma delas foi disponibilizar técnicos da Itália, Espanha e Suécia para auxiliar neste processo (BLEICHER, 2015).

Ao longo das últimas décadas o Brasil vem passando por mudanças significativas em direção à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental (DESVIAT, 1999). Essas mudanças surgiram a partir da luta por uma saúde pública universal, ganhando força com o fim da ditadura e na Constituinte de 1988, pautando as Conferências Nacionais de Saúde das décadas de 1980 e 1990, bem como os fóruns de debates e as greves da classe médica. Conhecido como Luta Antimanicomial, o movimento teve seu início partir de ampla mobilização social, fortalecendo-se na década de 1980 com o Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Manifesto de Bauru, 1987) e teve seu marco na promulgação da lei 10.216 de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001). Entre os princípios e direitos garantidos aos portadores de transtorno mental estão o de autonomia, o direito a ser tratado pelos melhores meios possíveis, o direito a ser internado somente caso esgotado todos os meios de cuidado em regime comunitário, o direito ao conhecimento do máximo de informações possíveis a respeito do seu tratamento e diagnóstico, entre outros. A Lei 10.216 também redireciona o modelo assistencial proibindo a

criação de novos leitos psiquiátricos e promovendo o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. Em seus lugares, seria necessária a criação de um sistema de saúde mental comunitário que atendesse as demandas da população. A lei, apesar de mudar radicalmente a forma como se constituía o cuidado e o tratamento da loucura, ainda resguarda resquícios do modelo manicomial (MARTINS, 2020). A partir de sua promulgação, o país começa a seguir em direção a extinção dos hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de base comunitária e não asilar. Em 2011, uma década depois, reconheceu-se a importância de uma rede de atenção à saúde mental que cumprisse os projetos propostos pela Luta, que foi aprovada pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 3088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

No artigo 2 da portaria, são descritas as diretrizes para o funcionamento da rede:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Entre os objetivos gerais estão a promoção do acesso às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos da rede no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento. Entre os objetivos específicos, ressalta-se a promoção do cuidado principalmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenção do consumo ou dependência de crack, álcool e outras drogas; redução dos danos provocados por este consumo; desenvolvimento de ações intersetoriais.

Ainda de acordo com a portaria, a RAPS se constitui dos seguintes componentes (Art. 5):

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial.

Essa perspectiva de saúde pública e saúde mental foi sendo atacada continuamente pelos governos até o início de 2023, retirando recursos e minando as políticas afirmativas, justificando com isso a ineficácia de dispositivos da saúde diante de problemas complexos, oferecendo soluções neoliberais e excludentes, de viés psiquiátrico e higienista (CRUZ et. al, 2020). A partir de 2016 foram publicadas portarias que, apesar de utilizarem termos da Reforma Psiquiátrica Brasileira como justificativas, o que dificulta a constatação de um retrocesso, se aproximam da práxis manicomial (PASSARINHO, 2022). Por exemplo, em 2016, através da portaria 1.482 do MS (BRASIL, 2016) foram inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) as comunidades terapêuticas, o que facilita seu financiamento com recursos públicos. Em 2017, a

Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2017a) elaborou novos critérios de monitoramento e avaliação da RAPS. com a inclusão dos Hospitais Psiquiátricos pela primeira vez na RAPS. No mesmo documento há o compromisso de se fortalecer o apoio às Comunidades Terapêuticas. Já na portaria 3588 de 2017 (BRASIL, 2017b) foi incluído na RAPS o CAPS AD IV, cujo caráter de urgência, emergência e excessivo número de leitos (até 30), além de uma definição de território limitante, faz do CAPS um intermediário entre a atenção psicossocial e o modelo asilar das comunidades terapêuticas (PASSARINHO, 2022). Mais recentemente, por meio da portaria 596/2022, o governo federal revogou portarias importantes relacionadas à desinstitucionalização e deslocou a verba dos serviços de modelo territorial para os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, causando um engessamento dos serviços criados através da reforma psiquiátrica.

1.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Pensar as práticas que norteiam um cuidado em saúde mental passa pela desconstrução dos modelos manicomiais e centralizados na Psiquiatria para modelos descentralizados e interdisciplinares. A passos lentos estas mudanças foram se tornando experiências reais de serviços de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial e os NAPS, nos quais o cuidado se tornou mais humanizado e horizontal, possibilitando que os usuários destes serviços tomassem frente ao processo de saúde-doença mental. Mas ainda há que se repensar o cuidado apenas pela ótica técnica e aprofundarmos no sentido existencial do termo.

Ao tratarmos do conceito de cuidado neste trabalho, utilizaremos a noção Heideggeriana de cuidado desenvolvida em seu livro *Ser e Tempo* (1995), no qual o ato de cuidar diz respeito a uma atitude, a um modo prático de “ser-no-mundo”, “ser-com”, “ser-em-relação”, adotado pelo ser humano em relação à sua ação e ao fenômeno da vida em sua totalidade. Neste sentido, cuidar antecede o agir humano, estando na base de toda atitude, e enquanto solicitude ou preocupação, este possibilitaria uma existência autêntica. O oposto seria o cuidado utilizado como dominação, paternalismo, e Heidegger definiria este como uma existência inautêntica (GAZABIM, 2010). Discorrendo um pouco mais a este respeito, Ayres (2004) descreve o cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”

(p.22). Cabe diferenciar o cuidado na sua dimensão técnica, que seria o que se convencionou chamar de clínica, de onde partem diferentes abordagens tanto dominadoras quanto transformadoras das relações entre paciente e cuidador. Neste estudo focaremos a dimensão ética e filosófica do cuidado. Ao analisar as práticas de cuidado de uma comunidade que é territorialmente distante dos serviços e práticas de saúde institucionalizadas, acreditamos que as práticas de cuidado realizadas nestes contextos são enriquecedoras e reais opositoras dos obstáculos à felicidade, e que estas práticas são também fruto da vida em comum, e só coletivamente seria possível construir respostas para superá-los (p.27).

A associação do cuidado com o gênero feminino é uma construção social e cultural que varia ao longo do tempo e entre diferentes sociedades (hooks, 2000). Embora haja uma tendência histórica de atribuir às mulheres a responsabilidade pelo cuidado de crianças, idosos e doentes, é importante ressaltar que essa não é uma característica intrínseca ao gênero feminino. Existem várias teorias e estudos acadêmicos que exploram as razões por trás dessa associação. Alguns argumentam que ela está relacionada a papéis de gênero historicamente atribuídos às mulheres, onde a maternidade e a criação dos filhos são consideradas responsabilidades femininas. Para hooks,

A questão-chave é como devemos ir além de nossa socialização sexista para desafiar uma cultura que continua a definir as mulheres como cuidadoras primárias, ou seja, seres humanos que se acredita terem uma natureza maternal que as faz adequadas para serem as únicas responsáveis pelo cuidado e pelo bem-estar emocional das pessoas (hooks, 2000, p. 35).

Há um movimento crescente que busca desafiar essa associação e promover uma maior igualdade no compartilhamento das tarefas de cuidado. Reconhecer que o cuidado é uma responsabilidade compartilhada é fundamental para desconstruir estereótipos de gênero e promover uma sociedade mais igualitária.

Ainda é possível uma saúde pública e uma política de saúde mental progressista? Para isso é necessário um avanço no posicionamento crítico das ciências da saúde, avançando na desconstrução das desigualdades estruturais, institucionais e profissionais, reconhecendo os saberes tradicionais das múltiplas faces culturais do país. Para isso, é necessário reconhecer, compreender o exercício de poder do estado e da Psiquiatria sobre o conceito de saúde e consequentemente da saúde mental, vislumbrar as linhas de fuga e trazer à tona os saberes

tradicionais que oferecem cuidado, suporte psíquico, acolhimento e reconhecimento da diversidade pertencente ao território. Os recursos necessários para a proteção da saúde das comunidades são produtos da vida social, coletivamente construídos e em constante transformação (AYRES, 2004). O complexo campo da Saúde Mental pressupõe uma perspectiva interdisciplinar. De diversos núcleos de saber partem os conceitos e paradigmas suscitados para compreender a dinâmica desse campo que não tem margens desenhadas com precisão (CAMPOS, 2000). O campo da saúde mental foi atacado continuamente pelos últimos governos, com a debandada de portarias, recursos e estancamento financeiro, minando os dispositivos de saúde mental públicos e justificando com isso a ineficácia de dispositivos da saúde diante de problemas complexos, oferecendo soluções neoliberais e excludentes, de viés psiquiátrico e higienista (CRUZ et. al, 2020). É necessário um avanço no posicionamento crítico das ciências da saúde, avançando na desconstrução das desigualdades estruturais, institucionais e profissionais, reconhecendo os saberes tradicionais das múltiplas faces culturais do país., para produzir uma saúde mental não colonizadora (PRIYA, 2021). Partimos da premissa de uma saúde pública progressista, pautada no reconhecimento de um sujeito de direitos, onde se defende a humanização (BRASIL, 2004), com cogestão e cuidado compartilhado.

1.4 PSICOLOGIA COMUNITÁRIA, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O SABER POPULAR COMO PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A Psicologia Comunitária ressalta a importância de entendermos a comunidade e a participação ativa dos indivíduos nesta. Desenvolvida como uma resposta às limitações da psicologia tradicional em abordar as questões sociais e a necessidade de inclusão de grupos marginalizados, essa perspectiva enfatiza a importância de compreender a subjetividade humana em relação ao ambiente em que as pessoas vivem e interagem. Ela tem suas origens na década de 1960, emergindo como um movimento crítico às abordagens individualistas da psicologia tradicional (MONTERO; SERRANO-GARCIA, 2011). Seu desenvolvimento ocorreu em paralelo aos movimentos sociais de direitos civis, igualdade de gênero e lutas antirracistas, nos quais a comunidade e a participação coletiva foram reconhecidas como forças motrizes para a mudança social. A Psicologia Comunitária critica a abordagem reducionista da Psicologia tradicional, que

foca predominantemente no indivíduo e desconsidera os aspectos contextuais e comunitários que influenciam o comportamento humano (ARENDR, 1997). Essa abordagem apolítica e centrada no tratamento de indivíduos desconsidera o impacto das desigualdades sociais e das estruturas de poder na saúde mental e no bem-estar das pessoas. Alguns conceitos-chave desta teoria, podem contribuir para auxiliar na compreensão dos possíveis resultados desta pesquisa, como o empoderamento e a participação comunitária. O empoderamento refere-se ao processo de fortalecimento dos indivíduos e comunidades, permitindo que elas identifiquem e enfrentem desafios e desenvolvam recursos para a superação das adversidades (KLEBA e WENDAUSEN, 2009). A participação comunitária é um elemento fundamental, que envolve a atuação ativa dos membros da comunidade na tomada de decisões e na criação de soluções para seus próprios problemas (ARENDR, 1997).

Já a Psicologia da Libertação surge no contexto de ditaduras militares em vários países da América Latina e se vincula às lutas de resistência contra a opressão e a repressão política. Seu maior desenvolvimento se deu pelos estudos de Martin-Baró (1996), influenciado por Paulo Freire (1979) e outros acadêmicos, preocupados com as lutas sociais e efeitos do totalitarismo nos grupos sociais. A teoria é fundamentada em conceitos-chave, como opressão, conscientização e libertação. A opressão é entendida como um processo de dominação que submete grupos sociais a condições de desigualdade e violência, causando impactos em sua saúde psicológica e bem-estar. A conscientização, por sua vez, refere-se ao processo de tomar consciência das condições opressivas e das estruturas de poder que perpetuam a injustiça. A libertação, por fim, é a busca pela transformação das condições opressivas, permitindo que os indivíduos e comunidades alcancem autonomia, dignidade e justiça social.

Será necessário aprofundarmos um pouco em dois conceitos-chave do psicólogo social Martin-Baró, que podem nos trazer um entendimento maior acerca dos processos de mudança ocorridos na Enseada. Ignacio Martin-Baró viveu durante a Guerra Civil em El Salvador e sua militância e estudos sobre a Psicologia da Libertação trouxeram uma visão distinta do trauma, conceito central nas disciplinas hegemônicas da Saúde Mental, como Psicanálise e Psiquiatria. Para a Psicanálise, “o trauma pode ser considerado um evento hiperintenso que extrapola a capacidade representacional e que arrebatou o sujeito, antes que ele possa resolvê-lo psicicamente” (MOREIRA e GUZZO, 2015, p. 571). Embora o avanço da teoria do trauma tenha colocado o

sujeito como parte do processo de adoecimento, diferente do que fazia a Medicina e Psiquiatria, que obluía a participação da pessoa neste processo, para a psicanálise o trauma ainda acomete o interior do sujeito, seu aparelho psíquico, e o afeta retirando-lhe a capacidade de se adequar ao meio. A antipsiquiatria e a reforma psiquiátrica trouxeram para a teoria do trauma a importância, senão a prevalência do caráter social e cultural do trauma, a partir de autores como Goffman, Foucault, Szasz, entre outros. Frayze-Pereira dá um passo adiante e propõem que a doença mental seria essencialmente relacional (id. *ibid.*, p. 573). Martin-Baró segue nesta linha e, a partir de suas vivências durante a Guerra Civil, evento que escancara as desigualdades sociais e o caráter destrutivo do modo de vida dominante, defende que o “o trauma não define um sujeito doente, ao contrário define a especificidade de uma relação entre a sociedade e seus indivíduos, para além de parâmetros de normalidade e anormalidade tão caros à tradição da ciência psicológica.” (id. *ibid.* p. 575). E para sustentar a ideia de o trauma psicossocial não ser necessariamente um deslocamento para o patológico, descreve o que chama de situação-limite

Segundo sua perspectiva, as situações-limite são aquelas situações cotidianas que desvelam o contraponto da relação entre o sujeito e a sociedade, revelam a constituição da subjetividade a partir de circunstâncias objetivas e anunciam as máximas possibilidades singulares constituídas pelo coletivo. (id. *ibid.*, p. 574)

Para Martin Baró, uma forma fundamental que a psicologia pode contribuir para os povos latino-americanos que lutam por um mundo novo é contribuindo para que as pessoas elaborem um novo saber sobre si mesmas e seu próprio mundo, ideia que se encontra no conceito de consciência freiriana (DIAS, 2020), deixando de lado um fatalismo psicologizante que barra a transformação diante das experiências vividas. Este pensamento corrobora a visão psicossocial já escrutinada neste trabalho de que o saber popular deve ser respeitado em sua legitimidade (CORREA-URQUIZA, 2009).

Já a Atenção Psicossocial, talvez seja o campo mais emergente nas propostas e experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que busca compreender e intervir nas questões relacionadas ao sofrimento psíquico, considerando o contexto social, cultural, político, o território e suas tecituras (AMARANTE, 2011). Um dos aspectos fundamentais desse campo é a valorização do saber popular, que propõe uma visão crítica em relação ao conhecimento hegemônico produzido pelas

instituições formais, como a Medicina e a Psiquiatria. O saber popular é um conhecimento construído a partir da vivência cotidiana das pessoas, especialmente daquelas que são marginalizadas ou excluídas socialmente. Esse conhecimento é baseado em experiências práticas e empíricas, transmitidas oralmente ou por tradição cultural, e pode oferecer uma compreensão valiosa dos problemas de saúde mental e das formas de lidar com eles (CORREA-URQUIZA, 2009). Ao considerar o saber popular, a Atenção Psicossocial busca combater a hierarquia de saberes, que coloca o conhecimento científico acima de outras formas de conhecimento. Reconhece-se que as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico têm uma experiência singular sobre suas próprias vivências, e seus relatos devem ser valorizados e considerados como práticas de cuidado. Ao trazer à tona esses saberes, busca-se promover uma maior democratização do conhecimento e uma maior participação das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico nos processos de tomada de decisão e formulação de políticas públicas de saúde mental.

Esta pesquisa incidirá sobre duas comunidades caiçaras no Parque Estadual da Ilha do Cardoso, em um município da região do Vale do Ribeira, no estado de São Paulo. Para Diegues (2000, p.42) os caiçaras constituem

Aquelas comunidades formadas pela mescla da contribuição étnico-cultural dos indígenas, dos colonizadores portugueses e, em menor grau, dos escravos africanos. Os caiçaras apresentam uma forma de vida baseada em atividades de agricultura itinerante, de pequena pesca, de extrativismo vegetal e do artesanato. Essa cultura se desenvolveu principalmente nas áreas costeiras dos atuais estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e norte de Santa Catarina (DIEGUES, 2000, p. 42).

Ao longo dos séculos, os caiçaras da região do Vale do Ribeira se ocuparam prioritariamente da subsistência através da agricultura, pesca, coleta e artesanato, como mencionado acima. As diversas fases de desenvolvimento econômico global interferiram nas condições de existência dos povos caiçaras. Entre o período colonial e imperial, o arroz foi amplamente produzido no litoral Sul do estado de São Paulo, porém em propriedades dos colonizadores europeus, enquanto os caiçaras desempenharam papel periférico na manutenção da economia, servindo os proprietários com o alimento (principalmente mandioca e peixe) e manutenção das plantações. Com a perda do poder econômico do arroz, houve um período de baixa econômica e interiorização do país. A pesca se tornou a motor e industrial e, com a vinda

dos japoneses, a urbanização, a construção de modernas estradas, a agricultura foi perdendo espaço para a grilagem de terras. A partir da implantação das Unidades de Conservação, em meados do século XX, muitas famílias se viram sem condições de manter o extrativismo, a agricultura e a pesca artesanal, passando a trabalhar para o setor de serviços ou pesca industrial (ADAMS, 2002).

Com estes efeitos é possível também perceber um grande número de famílias em situação de vulnerabilidade, pouco acesso à serviços de saúde e socioassistenciais, poucas oportunidades de qualificação profissional, afunilando os caminhos que as comunidades poderiam trilhar para mudar o *status quo*.

1.5 COMUNIDADES TRADICIONAIS E SUA INTERDEPENDÊNCIA POLÍTICO-ECONÔMICA

Em seu livro *Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil* (2000), Antonio Carlos Diegues traz o arcabouço da biologia para demonstrar a relação entre as comunidades tradicionais e a biodiversidade, de forma crítica às posições hegemônica da biologia do século XX, como a ecologia conservacionista e a ecologia profunda, descrita pelo autor como o mito moderno da natureza intocada, *wilderness*, de que quanto menor o contato do ser humano com a natureza, quanto menor a intervenção humana, maior a garantia de sua preservação. Estas correntes foram a base para políticas globais e locais de preservação ambiental, como os Parques Nacionais nos Estados Unidos da América e as Unidades de Conservação no Brasil. A lei 9.985 de julho de 2000 do Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza (BRASIL, 2000), instituída para regulamentar o artigo 255, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, entende por unidade de conservação (Art 2º, inciso I): "espaço territorial e seus recursos ambientais [...] com características naturais relevantes, legalmente instituído pelo Poder Público, com objetivos de conservação e limites definidos, sob regime especial de administração, ao qual se aplicam garantias adequadas de proteção", e como conservação da natureza, em seu inciso II:

O manejo do uso humano da natureza, compreendendo a preservação, a manutenção, a utilização sustentável, a restauração e a recuperação do ambiente natural, para que possa produzir o maior benefício, em bases sustentáveis, às atuais gerações, mantendo seu potencial de satisfazer as necessidades e aspirações das gerações futuras, e garantindo a sobrevivência dos seres vivos em geral. (BRASIL, 2000, sn)

Esta postura de natureza intocada, baseada em preposições como as de Thoreau e John Muir, coloca o ser humano distinto da natureza como um predador desta, sempre na posição de causador da destruição e degradação do que seria natural. Diegues aponta como nos países em desenvolvimento essa estratégia de proteção ambiental culminou em conflitos com as comunidades que viviam nos territórios demarcados. A lei 9.985/2000, em seu artigo 2o, inciso VI, define “proteção integral: manutenção dos ecossistemas livres de alterações causadas por interferência humana, admitido apenas o uso indireto dos seus atributos naturais”. Diegues apresenta em seu texto a relação entre as comunidades denominadas tradicionais com a rica biodiversidade do Brasil, demonstrando sua interrelação. Em um estudo recente apresentado pelo jornal El País (2017) a pesquisadora Carolina Levis e seus colegas descobriram que até 20% (vinte por cento) da biodiversidade da Floresta Amazônica é resultado das primeiras atividades humanas na região. Embora as comunidades tradicionais tenham influência importante na preservação da biodiversidade, seja qual for o ecossistema em que elas pertençam, estudos mais recentes focados nas relações econômicas e culturais ao longo da história de diversas comunidades apontam que o fato de a comunidade ser tradicional não é sinônimo de sustentabilidade (ADAMS, 2000). Para o artigo 20º da lei 9.985/2000:

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável é uma área natural que abriga populações tradicionais, cuja existência baseia-se em sistemas sustentáveis de exploração dos recursos naturais, desenvolvidos ao longo de gerações e adaptados às condições ecológicas locais e que desempenham um papel fundamental na proteção da natureza e na manutenção da diversidade biológica. (BRASIL, 2000, sn)

Tanto Diegues como vários outros pesquisadores das comunidades tradicionais, não se atentaram para o diacronismo nas análises históricas das comunidades, donde concluíram que a permanência destas comunidades em áreas protegidas se baseava em um conhecimento inerente de suas experiências ancestrais sobre ecologia das espécies e tecnologias apropriadas para uma relação equilibrada entre as práticas de manejo e o meio ambiente (SANCHES, 1997). No caso dos caiçaras, cuja população se distribuiu desde o norte do estado do Paraná ao sul do Rio de Janeiro, fica claro como é complexa a relação das comunidades com a biodiversidade, e como essas comunidades dependem das demandas de uma economia global para manterem suas características

culturais e econômicas (ADAMS, 2002). Ao longo dos séculos, os caiçaras passaram de agricultores à lavradores-pescadores, e destes a prioritariamente pescadores e atualmente hoteleiros, tanto em parte pela introdução do barco à motor, mas também por conta da interiorização do Brasil, e também, pela introdução de Unidades de Conservação, que estreitaram o território que poderia ser de alguma maneira explorado economicamente (ADAMS, 2000). A pesca artesanal cedeu lugar a práticas predatórias da pesca industrial (ADAMS, 2002). A coleta de alimentos ficou restrita àquelas comunidades que possuem autorização para usufruir dos territórios em que vivem, e a agricultura, que era forte no período colonial, foi perdendo lugar para a economia do interior do país. Ao menos em parte, existem inúmeros exemplos de comunidades tradicionais cuja relação com o meio ambiente é harmoniosa e sustentável, mas é impossível generalizar tal afirmação. Neste caso em particular, é possível distinguir os efeitos da economia global justamente pela crise econômica desencadeada pela pandemia do novo coronavírus.

1.6 RESISTÊNCIA DA COMUNIDADE DA ENSEADA

Segundo o Governo Federal (2021), a região do Vale do Ribeira possui 443.231 habitantes, sendo 74% em zona urbana. Há cerca de 6.993 estabelecimentos de agricultura familiar. Dentre os 25 municípios no Vale, o mais populoso é Registro, com mais de 50 mil habitantes. Cananéia se situa no extremo sul da região, possuindo 12.216 habitantes. Toda a região possui baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), sendo a do município 5.3. Em Cananéia 5.67% da população é considerada extremamente pobre e 59.36% vulnerável à pobreza. Como dito anteriormente, os modos de produção e existência no Vale do Ribeira alteraram-se diversas vezes devido a mudanças políticas e econômicas nacionais e internacionais. A título de exemplo da relação entre comunidades tradicionais e a macroeconomia, Queiroz (2006), em seu trabalho Caipiras Negros do Vale do Ribeira, detalha como a comunidade do Quilombo de Ivaporunduva, localizado no território de Eldorado, também no Vale do Ribeira, manteve forte relação com centros urbanos em determinado período de sua história, devido a extração de minérios. O seu isolamento se deu posteriormente à fase de extração mineral. Sabe-se que uma boa parcela das comunidades quilombolas não reproduz o mesmo modelo do Quilombo dos Palmares, havendo forte interação com a sociedade (SILVA; NASCIMENTO, 2012). Há uma falsa suposição de que pelo seu isolamento e por uma relação inerente com a natureza, estas comunidades independem

das relações econômicas nacionais ou globais (ADAMS, 2002). O equívoco começa por tratá-las como isoladas. A análise diacrônica das comunidades camponesas no Brasil aponta que estas sempre tiveram momentos de isolamentos pontuais, devido à fatores históricos específicos, porém se relacionaram constantemente com o exterior pela necessidade da época (MURRIETA, 1994). Este fenômeno acontece também entre os caiçaras (SETTI, 1985).

Dentre as comunidades caiçaras do estado de São Paulo se encontra a Enseada da Baleia, no extremo sul da Ilha do Cardoso, localizada no município de Cananéia, último município antes do Paraná. A Ilha do Cardoso possui cerca 389 moradores em 140 unidades habitacionais (CARVALHO; SCHMIT, 2012). A população que reside na Ilha do Cardoso passou por diversos processos de lutas e resistências, desde sua chegada há mais de dois séculos, embora existam registros de ocupação desde o século XV. Atualmente na Ilha existem nove comunidades, sendo oito caiçaras e uma indígena (YAMAOKA, 2021). Até 1960 a produção na Ilha era predominantemente a agricultura, com o uso de coivara. Já que a Ilha sempre foi muito abundante em recursos naturais, era fácil o cultivo de alimentos, como mandioca e arroz. A pesca era na época somente complementar à agricultura. Em 1960 com a criação do Parque Estadual da Ilha do Cardoso (PEIC), houve a interdição da agricultura pelo estado. Ao sentirem-se pressionados a abandonarem a Ilha, as famílias passam a recorrer a outra forma de produção, o artesanato e a pesca comercial. Reação frente ao exercício do poder governamental, que de longe demarcava o que seria possível produzir no território, e quem teria o direito de lá morar. Ainda de acordo com Carvalho e Schmit (2012), na década de 1970 a Marinha passa a forçar uma desocupação integral da Ilha, devido ao interesse em utilizar o território para ações militares, havendo até uma suspeita de que seria instalada uma usina nuclear no local. Líderes comunitários, como o padre João Trinta, se esforçaram no sentido de dar visibilidade à população da Ilha, mapeando a história dos moradores, suas genealogias, documentos de posse, certidões, contratos, práticas culturais e produtivas. Após certo tempo de luta dos moradores e líderes comunitários a Marinha acabou por retirar suas intenções. Em 2000, com a implantação da Lei Federal 9.985/2000, foi instituído o Sistema Nacional de Unidades de Conservação, onde se previu a criação de unidades de conservação da natureza específicas para a proteção do patrimônio cultural do qual as comunidades tradicionais são depositárias. Assim, as famílias tradicionais teriam garantida sua permanência no território. Para Yamaoka (2019)

No caso específico da comunidade caiçara da Enseada da Baleia, o vetor de pressão que os obrigou a realocação foi um acentuado processo erosivo que ocorreu nas últimas décadas na área onde estava situada, levando à realocação das famílias em 2017. A ausência de instrumentos legais que lhes garantissem a terra foi atenuada pela presença de um plano de manejo que reconhecia as comunidades tradicionais, mesmo que em uma unidade de conservação (UC) de proteção integral, que legalmente restringe a permanência de moradores. Obteve-se a licença para desmate, mas para que a realocação ocorresse de fato e cumprisse com os anseios das famílias, foram percorridas diversas vias de resistência que dessem conta do processo de realocação para uma nova área dentro do PEIC, que vem sendo chamada de Nova Enseada. (Yamaoka, 2019, p.3)

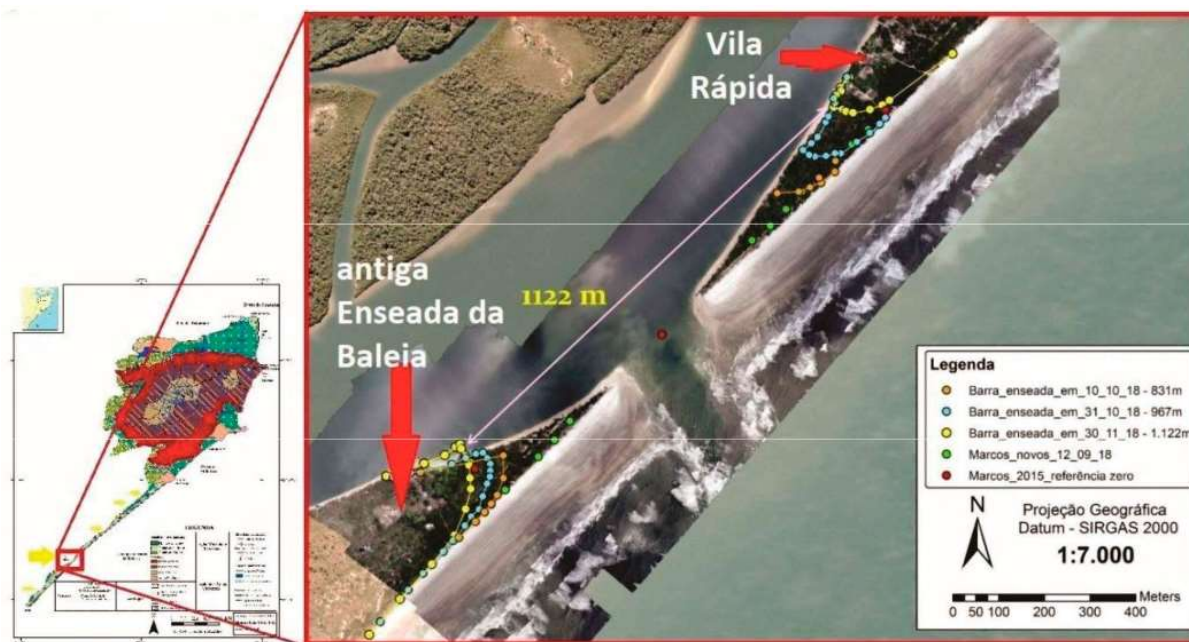


Figura 1. Abertura do esporão arenoso do Ararapira e a Nova Barra (set. a nov./2018). Fonte: Yamaoka, Cardoso e Gini (2021, p. 33)

Ainda segundo Yamaoka (2019), a Nova Enseada tinha novos desafios, como garantir o alimento e manutenção da comunidade. Um grupo de mulheres organizou-se em 2010, após o falecimento do patriarca da comunidade (Senhor Malaquias), nos moldes de uma cooperativa de economia solidária para produzir artesanato, com resíduos recolhidos na orla da praia, como redes de pesca que acabavam sendo jogadas fora por barcos pesqueiros. Formou-se o grupo de Mulheres Artesãs da Enseada da Baleia (MAE). Este grupo foi elemento importante na realocação em 2017, pois garantia à comunidade meios de subsistência sustentáveis, visto que a legislação ambiental atual relaciona às comunidades tradicionais a noção de sustentabilidade, para que estas tenham garantido seu direito à terra. Além do artesanato, a pesca artesanal continuava sendo executada de

forma complementar pelos homens da comunidade, e o turismo e hotelaria garantia, em época de temporada – períodos de maior movimento turístico –, uma renda satisfatória.

1.7 A PANDEMIA E A PRODUÇÃO DE PEIXE SECO PARA AS FAVELAS E COMUNIDADES CARENTES

Ao final de 2019, começou a pandemia do novo coronavírus do outro lado do globo. Na comunidade,

O ano [início de 2020] prometia ser promissor para os pescadores caiçaras da Enseada. Eles haviam fechado um negócio para dobrar a oferta de pescado para escolas privadas em São Paulo. Como explica Tatiana, ‘isso geraria uma renda bem importante para toda a comunidade. Contudo, veio a pandemia e a onda de dificuldades’” (STEVANIM, 2020).

Houve um isolamento da comunidade durante o período mais crítico da pandemia, por consenso das comunidades da Ilha de que os riscos de o vírus se espalhar eram muito altos. Porém, tanto o isolamento como a queda das vendas de peixe seco e artesanato, impactaram diretamente a economia local. Ainda segundo Stevanim (2020), a venda do peixe seco depende do Programa de Aquisição de Alimentos, do governo federal, política pública que destina a alimentação para merenda escolar, entre outros, e este programa vem recebendo cada vez menos recursos. Uma alternativa encontrada pela comunidade durante a pandemia foi a parceria com o Instituto Socioambiental (ISA) e o Instituto Linha D’Água, através de um programa de cestas básicas, cujo peixe seco faz parte, distribuída em comunidades carentes do Vale do Ribeira e da capital do estado de São Paulo. Os institutos cuidaram também do transporte do peixe seco, evitando assim um outro prejuízo, atrelado ao aumento dos combustíveis.

Observou-se através dos estudos realizados tanto em comunidades quilombolas (SILVA; NASCIMENTO, 2012; QUEIROZ, 2006), como em comunidades caiçaras (SETTI, 1985; SANCHES, 1997) que a conservação da biodiversidade no território não é uma característica independente de fatores externos à comunidade, não sendo uma constante, mas fenômeno que ocorre em parte das comunidades tradicionais, em determinado momento histórico. Como descreve ADAMS (2000), a maioria dos estudos voltados aos caiçaras e outras comunidades tradicionais ignoraram uma análise diacrônica para a construção de seus argumentos. A autora

aponta que para superar este problema seriam necessárias abordagens interdisciplinares, como a Antropologia Ecológica. Boaventura de Souza Santos (2010) nos convoca a pensar a interdisciplinaridade para além do pensamento eurocêntrico, não impondo uma metodologia que desconhece a realidade local, como ocorreu com Unidades de Conservação aos moldes norte-americanos (BRASIL, 2000). Acrescento que para compreender a relação entre o universal e o particular, entre o capitalismo e o território específico, é preciso pensar de forma complexa (MORIN, 2003). Milton Santos questiona a universalização de características locais, sem perder a sua relação com global (2003). Ao longo dos séculos, os caiçaras da região do Vale do Ribeira se ocuparam prioritariamente da subsistência através da agricultura, pesca, coleta e artesanato, como mencionado anteriormente. As diversas fases de desenvolvimento nacional e global interferiram nas condições de existência dos povos caiçaras. A pesca se tornou a motor e industrial, muitas vezes operando nos locais onde os pescadores artesanais tinham uma relação de harmonia com a biodiversidade. A agricultura familiar foi reduzindo devido ao estabelecimento das Unidades de Conservação, e também perderam espaço para a grilagem e o latifúndio, sobrevivendo apenas em comunidades cujas práticas eram compatíveis com a legislação ambiental. Contudo, existem exemplos de resistência como o da Enseada da Baleia, seja contra os efeitos das mudanças climáticas, consideradas localmente uma das possíveis causas da abertura da barra (YAMAOKA, 2021), seja contra a crise econômica global advinda da pandemia em andamento (BHUIYAN et. Al., 2021). Organizando-se em cooperativa solidária, o Grupo de Mulheres Artesãs da Enseada fizeram do lixo, arte, e da pesca artesanal, alimento básico para outras comunidades.

1.8 DESENVOLVIMENTO COMO EXPANSÃO DE CAPACIDADES

A concepção de desenvolvimento neste trabalho refere-se à abordagem das "capacidades" de Amartya Sen (2010). Esse autor argumenta que o desenvolvimento humano não pode ser medido apenas por indicadores econômicos, como o Produto Interno Bruto (PIB), mas também deve levar em consideração a ampliação das capacidades e oportunidades das pessoas. A principal ideia de Sen é que o desenvolvimento não é apenas sobre o crescimento econômico, mas sim sobre a expansão das liberdades reais que as pessoas têm para viver a vida que valorizam. Ele argumenta que a liberdade é central para o desenvolvimento humano e que o objetivo do desenvolvimento deve ser capacitar as pessoas a terem mais liberdades e oportunidades. Sen enfatiza a importância

de olhar para as capacidades e funcionamentos das pessoas. As liberdades instrumentais referem-se às oportunidades que as pessoas têm de realizar diferentes tipos de funcionamentos, como ter acesso à educação, saúde, moradia adequada, emprego digno, participação política e assim por diante. Os funcionamentos, por sua vez, são as realizações reais das pessoas, como ser educado, ser saudável, ter uma vida longa, ter uma voz ativa na sociedade, realizar as tarefas do cotidiano, chamadas também de liberdades substantivas. A abordagem das capacidades de Sen também destaca a importância de levar em consideração as desigualdades sociais na análise do desenvolvimento. Ele argumenta que o foco deve ser colocado nas pessoas mais desfavorecidas e nas barreiras que as impedem de ter acesso a oportunidades e de realizar suas capacidades. Portanto, políticas públicas e intervenções devem ser orientadas para a promoção da igualdade e da justiça social. Além disso, Sen enfatiza a importância da participação e do empoderamento das pessoas no processo de desenvolvimento. Ele defende a democracia e a inclusão política como elementos essenciais para a expansão das liberdades e capacidades das pessoas. É possível desvelar as condições para o pleno desenvolvimento de comunidades tradicionais a partir de uma concepção multifatorial como a acima descrita. A distância geográfica, as dificuldades de acesso, a fragilidade do sistema de saúde público, as mudanças climáticas e a pandemia afetam diretamente o desenvolvimento das comunidades, assim como as formas de produção e relação comunitária, as estratégias de cuidado em saúde e as alianças com entidades não governamentais e governamentais: todas estas relações podem potencializar ou fragilizar as liberdades substantivas da população destas comunidades. A distância entre a comunidade e a unidade de saúde mais próxima, onde eu e outros profissionais de saúde mental estamos alocados, é considerável, e o custo de combustível é muito alto, impedindo por motivos econômicos e climáticos que os membros da comunidade acessem o serviço ambulatorial. A pandemia, por sua vez, limitou o deslocamento de pessoas, inclusive no turismo, setor de importância para as comunidades da Ilha do Cardoso. A educação e segurança, por sua vez, dependem igualmente de transportes fluviais e das mudanças climáticas, e frequentemente as comunidades precisam tomar decisões que prejudicam um aspecto do desenvolvimento, como o econômico ou educacional, para sua segurança.

Ainda assim, é possível desvelar aspectos comunitários que apontam para um desenvolvimento, como na gestão do trabalho – que com os anos foi se moldando e hoje, na

Enseada, é mais democrática e horizontal – e nas estratégias de promoção e proteção da saúde da comunidade e seus membros, através de elementos que serão estudados nesta pesquisa.

1.9 SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA

A economia solidária (EcoSol) é um modelo econômico baseado em princípios de cooperação, autogestão, solidariedade e democracia participativa. É caracterizada pela organização de empreendimentos coletivos, como cooperativas de produção e consumo, associações de catadores de materiais recicláveis, bancos comunitários e outras formas de organização econômica que visam promover a inclusão social, a sustentabilidade e a justiça econômica (SINGER, 2002). A EcoSol surge como uma alternativa aos modelos tradicionais de economia baseados na competição, acumulação de capital e concentração de poder. Seu objetivo é superar as desigualdades socioeconômicas, promover o desenvolvimento local e fortalecer a participação e o protagonismo dos trabalhadores e comunidades envolvidas. De acordo com Singer (2002), a EcoSol possui raízes históricas e culturais em diferentes países e contextos. Ela se baseia na ideia de que é possível construir relações econômicas mais justas, solidárias e sustentáveis, por meio da cooperação e da autogestão. Laville (2009) descreve seus princípios fundamentais, incluindo a cooperação, que implica na colaboração e na construção conjunta de soluções; a autogestão, que envolve a participação democrática e a tomada de decisões coletivas; a solidariedade, que busca o cuidado mútuo e o compartilhamento de recursos; e a democracia participativa, que valoriza a participação ativa de todos os envolvidos nas decisões e nos processos econômicos. A EcoSol tem demonstrado potencialidades e impactos positivos, inclusive no campo da Saúde Mental (SINGER, 2005). Além disso, Gorz (1999) ressalta que ela pode contribuir para o desenvolvimento local, fortalecendo as economias regionais e a sustentabilidade ambiental. No entanto, a economia solidária também enfrenta desafios. Sen (2010) aponta a necessidade de reconhecimento institucional e de políticas públicas que apoiem e promovam a economia solidária.

Em suma, a economia solidária representa uma abordagem alternativa e transformadora no campo econômico, promovendo a justiça social, a inclusão e a sustentabilidade. Seu potencial reside na capacidade de construir relações mais igualitárias e solidárias, fortalecendo a participação e o protagonismo das pessoas envolvidas nos processos econômicos.

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade. (SINGER apud. BRASIL, 2005)

Neste sentido, a proposta de transformação que a EcoSol se propõe a fazer converge com a da Reforma Psiquiátrica e a da Saúde Mental crítica, pois fomenta a redução do estigma e da discriminação, das desigualdades estruturais, promove um modelo de produção sustentável onde o empoderamento e a autonomia são, assim como no campo de Saúde Mental crítica, elementos centrais. Há inúmeras iniciativas no Brasil de cooperativas solidárias bem sucedidas de pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005), cooperativas criadas a partir de usuários de serviços de saúde mental, a partir de iniciativas não governamentais, outras criadas pelos movimentos sociais mais diversos. A Oficina de Produção de Peixe Seco da Enseada é organizada e estruturada como cooperativa solidária, aos moldes da EcoSol, e deve, talvez por este motivo, trazer ao processo saúde-doença mental da comunidade um espaço protetor, promovedor de saúde, autonomia e empoderamento.

2. OBJETIVOS

Como objetivo primário, buscamos compreender as práticas de cuidado em saúde mental entre moradores das comunidades Tradicionais Enseada da Baleia e Marujá, ambas no Parque Estadual da Ilha do Cardoso/SP.

Como objetivos secundários, pretendemos:

- Avaliar os processos psicossociais de produção do sofrimento psíquico nas comunidades focadas.
- Investigar os recursos comunitários utilizados para mitigar esse sofrimento psíquico.

3. HIPÓTESE E JUSTIFICATIVA

Acreditamos que as características da organização comunitária, bem como da produção econômica e cultural desta comunidade específica no Parque Estadual da Ilha do Cardoso produzam estratégias de promoção de saúde mental diante dos fenômenos macrossociais e naturais. . Enquanto pesquisador participante, espero contribuir com a reflexão sobre práticas de cuidado na comunidade e auxiliar na compreensão dos processos de sofrimento psíquico, para que as comunidades desenvolvam maior autonomia e, de forma paralela, este estudo forneça dados para que sejam delineadas políticas públicas eficazes. A presente pesquisa atende também demanda da comunidade, que solicitou no início de 2022, enquanto organizavam a reabertura do acesso à Ilha, atendimento em saúde integral, e em específico de saúde mental, pois estavam não apenas desgastados com a pandemia, como queixavam-se de sofrimento psíquico devido ao histórico da comunidade. Já alguns moradores passavam por atendimento comigo na Unidade Básica de Saúde, na construção da relação terapeuta-comunidade foi que surgiu a ideia desta pesquisa. Em se tratando de política pública, o presente projeto também pretende atender ao proposto na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (BRASIL, 2013), reduzindo a distância de acesso à saúde integral da comunidade tradicional, considerando suas características distintas que dificultam este acesso.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

Nos grandes centros urbanos da Região Sudeste a RAPS foi estruturada de maneira mais homogênea e completa, com mecanismos regulatórios e mobilização da sociedade civil, com participação dos usuários, mesmo que com retrocessos durante gestões neoliberais ou conservadoras de governo locais e nacionais. Concomitante ao desenvolvimento nos grandes centros, as periferias não acompanharam na mesma velocidade as mudanças das implementações das políticas públicas voltadas à saúde mental, acumulando os retrocessos e sendo absorvidas pelo hiato entre o que promovem as políticas públicas e o que é de fato posto em prática na margem da sociedade. A descentralização do poder é princípio da lei orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1980), porém permanecem discrepâncias regionais e resíduos da centralização do poder de antes da LOS. Para Luz (2001), a descentralização no mundo neoliberal em que vivemos, “tem consistido em transferir (“delegar”) funções para unidades estatais territorialmente menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível.” (p.25)

Ainda para Luz (2001), pode-se dizer que o que houve até aquele momento foi uma descentralização incompleta, que às vezes “chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, o funcionamento de programas e serviços locais, sobrecarregando os profissionais de saúde e responsabilizando-os [...] pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde.” (p.28)

Em relação ao município da Cananéia, esta faz parte do Departamento Regional de Saúde de Registro (DRS XII), e possui escassos elementos da RAPS, sendo estes:

Atenção Básica de Saúde	Atenção psicossocial especializada	Atenção de urgência e emergência	Atenção residencial de caráter transitório
- Unidade Básica de Saúde (UBS) - Estratégia em Saúde da Família		- Pronto Socorro (PS) - Leito de psiquiatria em Hospital Geral (em Registro/SP) – 2 vagas	- Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêutica ¹)

Por seu número de habitantes o município não é elegível para o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), estando cerca de 3 mil habitantes abaixo do critério (15 mil). Embora faça parte da DRS de Registro, região onde existem diversos CAPS, o modelo de funcionamento dos CAPS segue a lógica do território (§ 2º do Art. 1, BRASIL, 2002) e, portanto, não recebe pacientes do município de Cananéia. Apesar de ser possível estabelecer acordos entre municípios para o funcionamento de um serviço especializado regional, a distância de Cananéia com os outros municípios do Vale do Ribeira distanciaria usuários e seu território, o que inviabiliza a proposta dos CAPS. Sendo assim, o fluxo de pacientes graves no município tem sido da atenção básica para a urgência ou alas psiquiátricas de hospitais gerais em municípios maiores ou para internação em comunidade terapêutica em município a 265km de Cananéia, conveniada com a prefeitura do município.

É necessário apontar a estreita relação entre as comunidades terapêuticas e o discurso e práticas manicomiais de exclusão, isolamento, tratamento degradante e de cunho religioso, como afirma Passarinho (2022). Para o município de Cananéia, há aproximadamente 30 (trinta) vagas ocupadas em comunidade terapêutica mensalmente, sendo a grande maioria internações compulsórias ou involuntárias, o que aponta para um fluxo de internações alto e sem o atendimento à premissa de excepcionalidade da internação dada pela lei 10.216, o que se deve provavelmente à ausência de serviços especializados de base comunitária e ao preconceito dos gestores, profissionais da saúde e familiares que, desconhecendo ou não legitimando outras formas de cuidado, recorrem à exclusão da pessoa que sofre. O/A usuário/a da saúde, quando chega na porta

¹ Em convênio com a Prefeitura, existe uma comunidade terapêutica que atende aos casos de dependência química em uma cidade no interior do estado (265km de distância).

de entrada, que seriam as SFs (Estratégia em Saúde da Família), ou “postinhos”, buscando cuidar da saúde mental, acabam sendo direcionado/a para especialidades que atuam separadamente (psicologia, psiquiatria, assistência social) e, no modelo ambulatorial, e deixam de ser referência da unidade em que chegaram. Não há acompanhamento contínuo em todos os níveis, o que desestimula a continuidade do/a usuário/a nos serviços e geralmente o/a usuário/a acaba recorrendo ao Pronto Socorro, quando o problema já está em um nível de agravo muito maior. O usuário pode permanecer algum tempo em atendimento no Pronto Socorro, unidade sem recursos para acolher pessoas em quadro grave de saúde mental, e então é liberado para retornar ao domicílio, ou é encaminhado para a comunidade terapêutica ou hospital psiquiátrico em outro município.

Em pesquisa exploratória recentemente feito por mim enquanto profissional da saúde mental do município, através de análise de dados do Departamento Municipal de Saúde, é possível observar um aumento expressivo no número de internações nos últimos dois anos (tabela e gráfico abaixo), quase dobrando o número de internados de 2020 para 2022, aumento que permanece no ano de 2023.

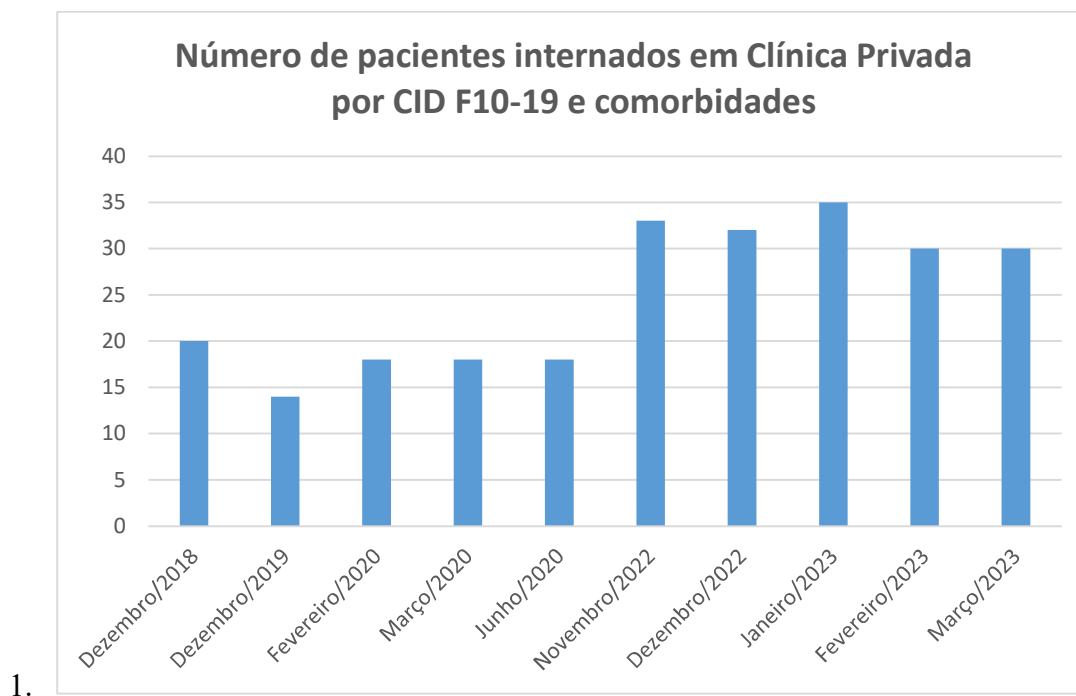


Figura 1 Número absoluto de internações em CT de municípios de Cananéia, entre 2018 e 2023.

Número de pacientes internados em Clínica Privada por CID F10-19 e comorbidades	
mês/ano	Internados
Dezembro/2018	20
Dezembro/2019	14
Fevereiro/2020	18
Março/2020	18
Junho/2020	18
Novembro/2022	33
Dezembro/2022	32
Janeiro/2023	35
Fevereiro/2023	30
Março/2023	30

Tabela 1 Número absoluto de internações em CT de municípios de Cananéia, entre 2018 e 2023.

Fonte: Departamento Municipal de Saúde e Saneamento de Cananéia

Em se tratando de encaminhamentos para a psiquiatria, existem atualmente 115 usuários aguardando atendimento (demanda reprimida) e 280 em atendimento por apenas dois psicólogos (40h semanais cada) e um psiquiatra (12h semanais). Alguns destes pacientes em demanda reprimida acabam por serem internados pela insuficiência no atendimento, e muitos são reincidentes, ou seja, retornam duas vezes ou mais para a clínica após um período de internação. Diante destes dados, evidenciam-se as consequências dos retrocessos implantados na esfera federal no território de Cananéia, além da reprodução do modelo manicomial e hospitalocêntrico no senso comum da população e na organização da saúde pública do município.

4.2 RODAS DE CONVERSA, OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E FOTOS

Ao buscar compreender as representações e práticas de cuidado em uma comunidade, os dados que emergiram desta pesquisa são, pela subjetividade implicada no que se investiga, de

natureza qualitativa. Optei pela triangulação metodológica para atender aos objetivos. Esta referência à utilização de duas ou mais metodologias de pesquisa para compreender fenômenos sociais complexos, e conferir maior rigor na análise dos dados observados (SANTOS, 2020). Como fonte primária de dados foi utilizada a metodologia da Roda de Conversa (MOURA, 2014), abordagem que possibilita a compreensão do sentido que o grupo oferece ao fenômeno estudado. Para Moura

As Rodas de Conversa consistem em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo. Um dos seus objetivos é de socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta (p.101)

Enquanto participante da Roda de Conversa e também profissional da saúde mental preocupado com o desenvolvimento da autonomia do cuidado na comunidade, utilizei referenciais da metodologia Observação Participante Ativa (WILLIAMSON, 2002). Como define o autor, a observação participante ativa não reduz o pesquisador somente a um observador externo, também construindo o conhecimento com a comunidade e, enquanto interage com esta, produz novas perspectivas a partir desta interação. Ademais, utilizou-se de registros fotográficos e um breve Diário de Campo, registrando a passagem pelas comunidades e as conversas que ocorreram no formato de uma narrativa. Para a execução desta pesquisa, foi utilizada a amostragem voluntária, não utilizando listas ou grupos para a seleção, pois o interesse dos sujeitos de pesquisa no tema influenciaria diretamente nos assuntos abordados. O convite para a pesquisa foi realizado através de mensagens esclarecendo o formato das atividades e compartilhado, através de dispositivo móvel, pela liderança comunitária aos demais moradores. Qualquer morador maior de 18 (dezoito) anos que sentisse desejo de participar seria aceito, pois poderia contribuir com suas vivências dentro da comunidade. Seriam inicialmente quatro visitas e Rodas de Conversa sobre saúde mental da comunidade, porém, no decorrer da pesquisa, foi necessário acrescentar uma visita adicional devido à proposta da comunidade de realizar a mesma atividade na comunidade tradicional do Marujá, adjacente à Enseada. Paralelamente, eu realizei atendimentos individuais com parte dos membros da comunidade, como apoio para estas pessoas que passavam por sofrimento agudo ou gostariam de um espaço individualizado para uma conversa, registrando os atendimentos como

serviços prestados pelo SUS. Optei por não utilizar estes dados nesta pesquisa por entender que traria desconforto para estas pessoas, que por mais que se mantenha um sigilo das informações, o conteúdo das mesmas poderia ser reconhecido pelos demais membros na publicação do trabalho.

Os convidados foram informados sobre a adesão por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre o que será esperado do participante: autorização para observação do ambiente físico da comunidade, participação nas Rodas de Conversa, que durarão aproximadamente 1:30h, e autorização para registro em diário de campo dos diálogos, além de serem informados que seus dados serão mantidos sob sigilo e outras informações importantes (TCLE em anexo). O contato e agendamento das Rodas foi realizado por meio de aplicativo de comunicação móvel (Whatsapp) entre a líder comunitária e eu. Os procedimentos éticos adotados para a execução da pesquisa seguem as normas previstas na Resolução CNS nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016). As Rodas de Conversa são o cerne da pesquisa, pois envolverão a temática de saúde mental e de busca por estratégias de enfrentamento aos processos de adoecimento. Busquei compreender os fenômenos envolvidos no sofrimento psíquico expresso pelo grupo, por meio da fala de cada participante, e auxiliei na compreensão da noção de saúde mental existente na própria comunidade, em um ambiente reconhecido pelos moradores como espaço de convivência (a área externa de uma das casas), onde ficavam mesas e cadeiras onde comumente os moradores tomavam café e conversavam. Além disso, em uma das Rodas realizei uma dinâmica conhecida como dinâmica da teia, onde cada pessoa em sua vez, segurando um rolo de lã, dizia uma prática de cuidado em saúde mental que realizava, e passava o rolo de lã, mantendo consigo a linha, e ao final era possível visualizar a rede construída pelos relatos de cada participante, com uma reflexão sobre a necessidade de se trabalhar em rede para superar os desafios. No início de cada Roda de Conversa, eu apresentava o objetivo da pesquisa e pedia que os participantes contassem como entendiam o sofrimento psíquico a partir de suas vivências ali no território, assim como, no decorrer das Rodas, sintetizava as falas para ajudar na reflexão e realizava alguns apontamentos que em minha percepção poderiam fornecer caminhos na compreensão do fenômeno, não deixando o meu saber técnico se sobrepor ao dos participantes. Nas Rodas seguintes, sempre no início relembrava aos participantes as conversas anteriores. Optei pelo eixo-temático “práticas de cuidado em saúde mental” em todas as Rodas com exceção da realizada no Marujá, onde inicialmente deixei que a demanda da comunidade fosse exposta e tentei atender a necessidade local num primeiro momento, somente da metade da Roda para o fim orientando a discussão para

o eixo-temático. Algumas questões foram utilizadas para estimular a conversa: “Que ações individuais e coletivas vocês consideram que tem efeito positivo na saúde mental?”, “Houve até então apoio da saúde na atenção psicossocial da comunidade?”, “O que vocês consideram práticas que promovem o bem-estar e a felicidade?”. Após a realização de cada Roda, registrei as informações obtidas em um diário de campo, com a inclusão de observações sobre o espaço físico obtidas entre a Roda e o horário de chegada e saída da comunidade, que, devido às condições meteorológicas, usualmente acontecem em intervalos variados. O diário de campo consistiu em um registro com a data da visita à comunidade, tempo de duração da mesma, número de participantes e uma descrição detalhada das observações do pesquisador durante a visita.

A análise qualitativa das Rodas de Conversa será feita por meio da proposta de Michelat (1987), que parte da hipótese de que cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas às quais pertence e que é representativo delas, compreendendo por cultura o conjunto das representações, das valorizações efetivas, dos hábitos, das regras sociais, dos códigos simbólicos. Por meio dessa proposta, é possível observar modelos culturais vividos pelos indivíduos, sob as formas concretas e particulares mais típicas e significativas (Michelat, 1987). A análise deve abordar cada aspecto observado nas Rodas e no contexto das visitas, atentando-se para os detalhes, buscando encontrar conexões entre a teoria e a prática. Na análise foi necessário ler e reler os registros do Diário de campo até atingir a impregnação, para elaborar interpretações suficientes que dessem conta dos objetivos propostos, deixando evidentes, inclusive, ambivalências encontradas nas falas dos membros das comunidades. A costura entre a teoria e a prática, no âmbito da interpretação, levará em conta a bibliografia estudada e sua relação com os dados observados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer número 5.557.428), pelo Instituto de Pesquisas Ambientais do Estado de São Paulo (processo número 11700/2022) e pelas lideranças comunitárias do Parque Estadual da Ilha do Cardoso em reunião de conselho. Este estudo pode apresentar riscos relacionados a desconfortos que podem emergir no momento da realização do grupo, devido à temática da pesquisa poder rememorar vivências de sofrimento psíquico no contexto da comunidade. Com o intuito de evitar quaisquer incômodos dos participantes, enfatizei o caráter confidencial e sigiloso dos grupos e que o conteúdo será utilizado exclusivamente para a pesquisa, sendo que os dados serão apresentados sem citar nomes e sem nenhuma referência que leve a

identificação dos participantes. Também, importante ressaltar que, como alguns são moradores que já receberam acompanhamento psicológico pelo pesquisador, entende-se que já exista uma aproximação entre ambos, gerando um conforto maior ao participante.

5. RESULTADOS

5.1 ENSEADA E MARUJÁ– registro das Rodas de Conversa

O ano de 2022 foi de difícil passagem pela comunidade da Enseada e as demais comunidades tradicionais da Ilha do Cardoso. A geração de renda dependia quase integralmente da pesca, e talvez por isso, devido à retomada das atividades turísticas no período de atenuação da pandemia do novo covid-19, as comunidades deram prioridade à geração de renda e o cronograma planejado entre o pesquisador e a comunidade foi alterado substancialmente. Duas visitas que seriam realizadas no primeiro mês foram suspensas devido a visita turística de escolas da capital do estado. Além da importância da retomada do turismo, outras datas em que seria possível visitar a comunidade durante a semana foram preenchidas de clima ruim para viagens de barco, com chuva intensa e ventos fortes, o que impedia o piloto de realizar a viagem no trajeto, que leva mais de cinquenta minutos. Por fim, além das dificuldades apontadas, até a comunidade reabrir o acesso de visitantes, pesquisadores e profissionais da saúde, o que ocorreu no mês de maio do mesmo ano, foi necessário aguardar para submeter o projeto ao comitê de ética em pesquisa, o que atrasou o início do trabalho de campo.

Foram realizados cinco encontros, com duração de aproximadamente uma hora e meia. No meio do percurso entre as rodas de conversa, a líder comunitária solicitou que o pesquisador fosse até a comunidade tradicional do Marujá, vizinha da Enseada da Baleia, para realizar rodas de conversa e compreender as necessidades em saúde mental. Este pedido veio após reuniões dos líderes comunitários em que identificaram a necessidade de apoio na comunidade. Aceitei o pedido, compreendendo sua validade dentro da metodologia proposta, pois enquanto participante da pesquisa, também ofereço apoio na construção de práticas de saúde mental no contexto mais amplo do Parque Estadual, que inclui outras comunidades tradicionais caiçaras e indígenas. Abaixo foram reproduzidos os diários de campo das visitas realizadas.

Diário de Campo

Data da visita: 25/08/2022 10h – Enseada da Baleia

Duração: 1h30min

Participantes: 10 mulheres 1 homem

A equipe, composta por mim e uma assistente social da equipe de saúde mental da Unidade Básica de Saúde do município embarcou na lancha no cais da Avenida Beira Mar, que fica imediatamente em frente ao Mar de Dentro (ou canal, como os moradores locais chamam), e encontra na margem oposta deste canal a Ilha Comprida. O marinheiro iniciou a viagem às 9h da manhã, percorrendo o canal sentido sul, passando pelo encontro do mar e a Baía dos Golfinhos, onde se concentra o berço do boto cinza na região. Do outro lado do berçário já era visível a parte norte da Ilha do Cardoso (FIGURA 2), perímetro de montanhas volumosas e altas, com a praia da comunidade tradicional Pererinha, que fica defronte ao berçário, e se estendia até a saída para o mar aberto. O perímetro urbano de Cananéia já não estava mais visível pois era coberto pelo Morro do São João. O canal continuava adentro, separando a Ilha do Cardoso da área continental de Cananéia, às vezes tornando-se largo o suficiente para ser difícil distinguir o que se via nas margens de cada lado, às vezes curto o suficiente que poderiam passar animais nadando. Ao longo do trecho foi possível observar diversos grupos de famílias de golfinhos emergindo das águas, o que apontava para a tranquilidade que encontravam para ter esse comportamento ali perto da lancha. Aproximadamente na metade do trajeto as montanhas deixaram de desenhar a paisagem e a Ilha começou sua extensa área de restinga, onde só se via mangue e mata baixa, com pequenas saídas de rios e cais que davam para as demais comunidades tradicionais. Chegamos por volta das 9:45h na comunidade da Enseada da Baleia. Ao chegar, encontrei um pequeno vilarejo, com casas de madeira recentemente construídas, um bar-restaurant, um campo com rede de vôlei (FIGURA 4, 5, 7 e 11) e pousadas anexas à algumas destas casas. Na esquerda do cais havia a oficina de peixe seco: uma construção mais robusta, de alvenaria, com um espaço coberto externo com uma mesa comprida onde eram realizados os preparos dos peixes (FIGURA 3), e um centro comunitário em construção, também de alvenaria, ao lado direito da oficina. Aos poucos fomos entrando na comunidade, cumprimentando alguns moradores que se aproximavam e percebendo o entorno. O espaço físico era organizado de forma que as casas estavam construídas ao redor de um espaço a céu aberto com uma grande rede de pesca presa entre quatro coqueiros, usada como rede de descanso (FIGURA 5). Ao lado havia uma vendinha com artesanatos à mostra, feita por crianças pequenas. Também se viam várias redes penduradas em árvores ao redor. Em algumas casas havia uma área externa, que segundo as moradoras eram os refeitórios. Uma destas áreas de alimentação

foi organizada com cadeiras de madeira para que os membros da comunidade se sentassem junto da equipe para a roda de conversa inicial.

A proposta da atividade desta visita, acordada entre a líder comunitária, T, e eu, foi a de reconhecer o território, a população que nele vive e iniciar um diálogo entre os atores da saúde mental do SUS e da comunidade caixara para a promoção de saúde mental. Os moradores da comunidade foram chegando e se sentando nas cadeiras. Iniciei a roda de conversa estimulando o diálogo a partir da exposição dos propósitos do trabalho e da pesquisa. Durante a roda houveram algumas entradas espontâneas de crianças e cachorros. Foi possível contabilizar 10 (dez) participantes, sem contar estas crianças.

A primeira mulher a falar foi T. Lembrou que até antes da catástrofe que os fez se mudarem para a Nova Enseada já havia um sofrimento forte ligado à sensação de que tudo iria acabar, de falta de esperança. A barra que abria aos poucos ia levando consigo as expectativas, pois o governo estava dificultando a autorização para a mudança geográfica da comunidade. Quando sua mãe começou a falar, lembrou que aquele período foi tão difícil que precisou passar no médico após ter tido o que chamou crises de profunda tristeza. Contou que o médico disse que “a única forma de vocês conseguirem seguir em frente vai ser colocando a mão na massa” (sic mãe de T). Então, por um momento ela chorou, as outras participantes fizeram uma pausa em respeito ao sofrimento dela e após uns segundos, continuou. Disse que trabalharam constantemente para reconstruir as casas e recomeçar a recuperação econômica. Uma outra mulher relatou que a produção de peixe seco foi e é espaço de resistência, entrosamento, lazer e passagem da tradição, o que foi corroborado pelos “sim” de outras mulheres na roda. Quanto eu perguntei o que hoje era uma dificuldade para a saúde mental da comunidade, algumas mulheres relataram que ainda restava saudades da antiga Enseada e dos mais anciãos, que segundo elas eram quem oferecia segurança e esperança. Mas também “veio a pandemia e as preocupações de novo”, com o autoisolamento e a decisão de não receber turistas. Reclamaram que mesmo após todo o trabalho de isolamento, no início da reabertura, muitas pessoas da comunidade foram infectadas, então sentiam-se frustradas por terem feito o que achavam que era melhor e não ter tido o resultado esperado. Do meio para o fim da roda, foi relatado pelas mulheres que estavam muito gratas pela visita da equipe de saúde mental, algo que precisava continuar e havia muito já sentiam que precisava ser feito. Também foi trazido diversas vezes a demanda por atendimentos individualizados para serem trabalhadas

questões particulares de cada membro da comunidade. Três das participantes (entre elas uma Agente Comunitária de Saúde) sentiram tristeza ao relembrar das questões das mudanças e perdas, chegando a chorar enquanto relatavam a saudade. Uma das mais jovens foi apontada como pessoa que necessitava de atendimento visto que ela perdeu a mãe e a avó, e que foi criada por todas as mulheres da comunidade. Após alguns comentários ficou evidente que pensavam que por ela “ter muitas mães”, alguma coisa no cuidado dela poderia ter sido afetado. Ainda assim, como havia acabado de se mudar para uma casa sozinha, e estava adquirindo maior independência, ela estaria vivendo um momento melhor.

Perguntei se possuíam alguma religião ou espiritualidade. Foi unânime a resposta de serem católicas, e duas das mulheres relataram ter experiências e conexão com o espiritismo também. Uma senhora de mais de 70 anos (G) contou que toda a força que ela retirava para enfrentar todas as dificuldades era Jesus Cristo, que fazia orações constantes e se fortalecia na sua crença. Relatou que sua filha possuía epilepsia e com 38 anos ainda necessitava de cuidados intensos, sentindo-se sobrecarregada. Neste momento algumas mulheres ficaram em silêncio, e a T. comentou que esta moradora (filha de G) deveria estar na roda naquele momento, mas por questões de saúde mental não conseguiu comparecer.

Ao final, uma mulher da comunidade lembrou da infância que tiveram onde muitas vezes ela e as outras mulheres ali acompanhavam suas mães na produção do peixe seco, pequenas, brincando e passando aquele tempo juntas, lembrança que teve com um sorriso que aparentava nostalgia. Outras mulheres concordaram com seu relato, sorridentes. Perguntei se as crianças de hoje também faziam isso, e elas relataram que sim, algumas concordando com um aceno da cabeça após um breve intervalo de reflexão. Eu percebi que já havia passado um bom tempo do início da roda e que elas estavam precisando se ausentar para preparar o almoço, e dei por encerrada a atividade.

Ficou combinado entre nós e a comunidade que faríamos visitas uma vez por mês, utilizando parte do tempo para o grupo e outra parte para atendimentos individuais em uma sala adequada cedida pela comunidade. Fomos convidados gentilmente a almoçar, mas como já havíamos organizado com a prefeitura que almoçaríamos na comunidade do Marujá, em um restaurante, agradecemos a oferta e pegamos o barco para voltar para casa.

Data da visita: 29/09/2022 12h – Enseada da Baleia

Duração: 1h30min

Participantes: 6 mulheres

Ao chegar na comunidade, percebemos que a comunidade estava calma e fomos até a oficina de secagem de peixes. Ao atravessar o campo de vôlei vimos que as mulheres estavam trabalhando. Uma das moradoras se deslocou e nos cumprimentou, orientando sobre onde eu atenderia alguns moradores individualmente (em uma das casas dos moradores onde havia uma espécie de escritório). Após atendimentos individuais, que apesar da relevância, não serão descritos nesta pesquisa, fui ao espaço anteriormente utilizado para realizar o primeiro grupo e aguardamos a chegada das demais participantes, que estavam naquele momento trabalhando. Ao iniciar o grupo, desta vez reduzido em quantidade devido a algumas participantes estarem na ilha de Cananéia e os homens estarem trabalhando na construção do centro comunitário, realizei uma dinâmica conhecida como dinâmica da teia, onde cada pessoa em sua vez, segurando um rolo de lã, dizia uma prática de cuidado em saúde mental que realizava, e passava o rolo de lã, mantendo consigo a linha (FIGURA 10). Ao final da dinâmica, as linhas seguradas formaram uma rede, que foi utilizada como analogia ao cuidado da comunidade como um todo, e com a sociedade afora. As palavras que apareceram foram oração, artesanato, crochê, ficar com os filhos. Após a dinâmica, eu trouxe os assuntos que foram conversados na roda anterior, para estimular participação. A participante que anteriormente havia sido mais ativa no grupo, a porta-voz, não estava neste dia, e uma outra participante encontrou um espaço de fala aberto e se tornou a porta-voz. L começou refletindo sobre o papel do cuidado com a beleza, com a própria autoimagem, como algo que muitas vezes é deixado de lado com a “correria”. Por correria elas deixaram entendido o trabalho com a limpeza e salga dos peixes, o cuidado das crianças, do alimento e da comunidade. Na sequência foi discutido o quanto a espiritualidade influenciava na saúde mental. A maioria das mulheres relatou não participar das missas que havia no local, por não se sentirem confortáveis, mas praticavam a religião dentro de suas próprias casas, geralmente com missas ao vivo na internet. Perguntei se poderiam explicar o motivo dessa decisão, e após alguns segundos de silêncio, L relatou que não concordavam com alguns costumes que os mais velhos e o padre insistiam que ela e as outras seguissem, como, por exemplo, as vestimentas mais conservadoras, o olhar mais subalterno da mulher dentro da Igreja, e até mesmo a crítica quando uma delas praticava outra religião que não fosse a católica. Uma das participantes, mais velha, era participante da missa

local, e não quis comentar. Sem que eu solicitasse, as mulheres continuaram a falar de papéis de gênero, de como a sobrecarga influenciava na saúde delas. Observei que a maioria das mulheres iam concordando com acenos e gestos cada vez que era colocada a questão do gênero. Eu perguntei então se, seguindo esta linha de raciocínio, haveria uma queixa em relação aos homens da comunidade. Concordaram, mas também refletiram que os homens da comunidade tinham bastante consciência da desigualdade de gênero e participavam muito da vida comunitária. Havia uma divisão do trabalho por gênero, mas que consideravam justa. Os homens trabalhavam nas obras (Centro Comunitário, Capela, Casas, Oficina, etc.), no transporte de barco de turistas e na pesca, enquanto as mulheres preparavam o peixe seco, administravam do turismo e cuidavam das crianças e da saúde e educação da comunidade. Comentaram que a comunidade há muito tempo havia construído um certo grau de respeito pelas mulheres, principalmente por causa da matriarca, chamada “avó”, que antes do falecimento contribuiu muito liderando a comunidade. Se lembravam novamente da antiga Enseada e algumas mulheres deixaram escorrer lágrimas. M disse que ainda hoje as pessoas vão até os a antiga Enseada para rememorar os velhos tempos, onde hoje só restam escombros, e que nessas visitas (ela) lembrava do passado e ganhava forças para o futuro. Novamente o grupo foi se encerrando próximo do horário de almoço, que já estava um pouco atrasado. Ficou combinado nosso próximo encontro.

Ao finalizar a roda, eu e a assistente social fomos conhecer a capela de que falaram (FIGURA 8 e 9), era simples, com janelas de vidro, bancos novos e uma claridade interna bem confortável, acredito que caberia ali no máximo cinquenta pessoas. Nos despedimos das mulheres e pegamos o barco para voltar para casa.

Data da visita: 21/10/2022 9h - Marujá

Duração: 2h00min

Participantes: 6 mulheres e 2 homens

Diferentemente da Enseada, o Marujá apresenta extensão maior de território, que se estende por vários portos, sendo o que fomos direcionados o porto da escola. Ao chegar no local, fomos (eu e a Assistente Social) recebidos por duas moradoras, uma que trabalhava como merendeira na escola pública de Marujá e outra que era líder comunitária local. Elas nos guiaram

até a escola da comunidade, onde estavam outros membros da comunidade. No caminho haviam algumas casinhas de alvenaria, outras de madeira, de aparência mais antiga. Várias placas solares espalhavam-se entre as casas. Passamos do lado de um campo de futebol com uma linda árvore ao lado, e avistamos a escola. O espaço era uma área externa coberta, com três cômodos que davam diretamente para esta área, que tinha duas mesas compridas e bancos, com toalhas de mesa. Dava para identificar esta área como o refeitório das crianças. Um dos três cômodos era o banheiro, outro era a cozinha e o terceiro era a sala de aula, onde, no momento da chegada, estava a professora com aproximadamente 15 crianças. O ambiente era bem agradável. A professora pediu aos alunos que continuassem a atividade e saiu para o refeitório para iniciar a roda de conversa. Apresentou-se e apresentou os outros membros da comunidade, alguns pais de crianças que estavam em aula, outros apenas representantes da comunidade. Contou que nos últimos meses a comunidade estava à deriva de atendimentos na área da saúde, por diversos motivos justificados pelo poder público, como falta de barco, de equipe, de combustível, e até de carro para transportar o barco para o mar. Descreveu algumas dificuldades que tinham em relação ao atendimento das crianças com sofrimento psíquico, dentre elas o difícil acesso pela distância da comunidade e o modelo ambulatorial de atendimentos. Solicitou a nós que ajudássemos a entender e resolver algumas destas questões. Um dos casos se tratava de uma medicação que estava em falta para uma criança diagnosticada com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sendo que após breve diálogo com a assistente social, que entrou em contato com a farmacêutica da prefeitura através do celular e questionou sobre o caso, ficou esclarecido que havia um desentendimento da dosagem administrada e da distribuição do medicamento de forma gratuita pelo município. A equipe acolheu os membros, tentando identificar as demandas e buscar alternativas, e ficou transparente a necessidade de um atendimento mais prioritário de saúde na comunidade, assim como feito na Enseada da Baleia. Eu aproveitei para sugerir as rodas de conversa com a comunidade, nos moldes em que estava acontecendo na Enseada, e acredito que contemplei com esta atividade um ponto importante em questão. Um dos homens presentes comentou que era necessário encontros como este para a comunidade poder expor suas dificuldades em coletivo e buscar soluções. Uma das líderes comunitárias, a que nos recebeu no porto, concordou com sua fala, complementando que na comunidade antes da pandemia aconteciam estas rodas, mas que com a pandemia as famílias se isolaram e isso dificultou muito a comunicação e a solução de problemas. Ficou acordado ao final da roda, que eu faria encontros mensais, na mesma data que faria na Enseada, para auxiliar nas

demandas de saúde mental, com rodas de conversa assim como alguns atendimentos individuais. A comunidade agradeceu a atividade e nos convidaram para tomar um chá, junto com as crianças. As crianças se espalharam pelo refeitório e começaram a se alimentar, pareciam muito tranquilas com nossa presença ali. Uma delas veio me oferecer um biscoito, aceitei e agradei sorridente. A professora me convidou para conhecer a sala de aula. Lá dentro observei uma riqueza de materiais didáticos, carteiras novas, aparelho televisor, livros, brinquedos e recursos visuais. Ela contou que tudo foi conquistado após muito esforço, que antes não havia nada, inclusive faltavam livros. Comentou que as crianças são de diferentes unidades seriais mas que, por não serem muitas, a turma é dividida em grupos e cada grupo é guiado através de atividades diferentes, sendo que nos grupos costumavam ter crianças de diferentes séries. Retirei-me da sala e após me despedir dos membros da comunidade, fomos até o porto e retornamos para casa.

Data da visita: 12/12/2022 9h - Marujá

Duração: 1h00min

Participantes: 3 mulheres.

Para a organização desta roda, a líder comunitária T. solicitou que não participasse a professora da creche, pois foi relatado pelos participantes da primeira roda que ela tomou a frente e acabou direcionando as demandas que considerava prioridade, deixando alguns membros desconfortáveis para fazer críticas direcionadas à própria professora. Cabe ressaltar que o primeiro encontro foi uma demanda da comunidade do Marujá em relação à saúde mental das crianças e a postura da professora afetava diretamente a questão, ou seja, uma disparidade de impressões sobre a saúde mental das crianças entre a professora - que não é da comunidade, mas trabalha enquanto funcionária pública nela, - e os pais das crianças que ela educa. Ao chegar na comunidade, desta vez sozinho e em outro local, o “Bar do Rodrigo”, fui recebido por uma das mães que participaram da outra roda. Ela comentou que, provavelmente por ter sido organizada esta roda em local diferente e sem a participação da professora, a comunicação entre os membros ficou restrita, pois eles costumam se comunicar em um grupo de Whatsapp, do qual participa também a professora. Isso, aliado ao dia da visita ser numa segunda-feira, acabou reduzindo o número de participantes

desta roda. Após vinte minutos aproximadamente aguardando os outros membros - tempo em que conversei com um membro da comunidade, que não quis se identificar, mas estava trazendo queixas referentes à ausência de atendimento médico na comunidade - estávamos na roda em um total de 5 pessoas, incluindo eu, três mulheres e uma criança, filha de uma das mulheres.

Iniciei a roda recapitulando as discussões do primeiro encontro, e a mesma mãe que me recebeu foi quem ativamente falou enquanto porta-voz, com as outras duas participantes ficando em silêncio durante quase toda a conversa. N relatou que ficou bastante desconfortável com um comentário que a professora fez no primeiro encontro, de que ela não achava necessário que uma das crianças recebesse um benefício do governo, chamado Benefício de Prestação Continuada (BPC), mesmo concordando que ele tivesse diagnóstico de transtorno de desenvolvimento e que sua presença, quando em momentos de agressividade, era fator de encerramento da aula. N comentou que não sabia que as pessoas com transtorno mental tinham esse direito, e ficou contente que nós trouxemos essa informação na primeira roda. N relatou que tinha três filhos e na sua casa era só ela e sua mãe pra cuidar dos três, e sabia quão difícil é cuidar de uma criança com transtorno mental, e que, portanto, era importante poder receber um benefício. Discorri sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, assim como sobre o conceito de equidade e a diferença entre equidade e igualdade, para demonstrar como o benefício se tratava de um dever do Estado para com pessoas em situação de vulnerabilidade. Neste momento, N relatou que a equipe de Estratégia Saúde da Família que é responsável pela comunidade, por muito tempo dificultou o acesso dos membros da comunidade a serviços de saúde mental, não realizando encaminhamento para psicólogos ou psiquiatras, mesmo quando era necessário, segundo a opinião compartilhada da comunidade. Aproveitei para discorrer sobre as dificuldades de as políticas públicas serem implementadas em sua integralidade em territórios e comunidades tradicionais, mas ao mesmo tempo apontando para possíveis saídas, como estas rodas de conversa. Questionei se a comunidade realizava atividades coletivas, como práticas religiosas, de geração de renda, culturais. Outra mulher, a G, comentou que eles possuem uma capela para missas católicas, e que alguns membros da comunidade eram evangélicos e fazem seus cultos em um espaço comunitário. Sobre geração de renda, a N disse que “aqui é cada um por si, cada família dá seu jeito”, e sobre as atividades culturais, não se recordou de fazerem. Ela comentou que durante a pandemia a comunidade passou por momentos muito difíceis, embora não tenham chegado a passar fome, e que quanto mais para o sul morasse a família, menos eram as chances de eles receberem turistas nos feriados, o que

tornava mais escassa a geração de renda no extremo sul da comunidade. Ao final do encontro combinamos de nos encontrarmos novamente em início de fevereiro, pois o final do ano e janeiro seria um período movimentado de turistas, com provavelmente baixa adesão à roda. Já voltando para a lancha, a assistente social que me acompanhava corroborou a fala de N a respeito do cuidado dos filhos, e disse que o pai das crianças a abandonou, mas que haviam outras questões de violência envolvidas. Percebi que havia na fala da assistente social uma carga intensa de sofrimento, devido ao constante aparecimento de casos como este em seu trabalho. Tomamos a lancha e voltamos para a ilha de Cananéia.

Data da visita: 3/2/2023 10h – Enseada da Baleia

Duração: 1h00min

Participantes: 7 mulheres e 2 homens.

A roda se iniciou com uma apresentação formal dos recém-integrantes da equipe de saúde, dois dentistas e um orientador social, com a apresentação dos trabalhos que estes fariam com a comunidade. Após a apresentação, o orientador social pediu que a líder comunitária, T, fizesse um levantamento das famílias sem e com Cadastro Único (um tipo de inscrição no serviço socioassistencial, mais geral, no qual é possível se eleger em programas de assistência social do governo federal) na comunidade e articulasse com as outras comunidades este mesmo levantamento. Explicou quais benefícios estão atualmente em vigência e critérios para a inclusão de famílias nestes benefícios. Algumas mulheres demonstraram-se felizes pela explicação, e T explicou que a maioria das famílias ali não conseguiam benefícios pois eram associadas na colônia de pescadores, e por isso tinham uma renda que ultrapassava o critério. Mas outros pescadores dali e da região, segundo ela, não possuíam esta renda e nem eram inscritos em algum modo formal de produção, e que estes talvez pudessem ter seus benefícios aprovados. D, mãe de J, portadora de epilepsia, comentou que a filha possuía benefício de prestação continuada, mas tinham outros moradores, como L, que sofre de depressão e ansiedade, que não conseguia nenhum benefício, nem pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), que segundo ela, nos últimos anos tem piorado muito o atendimento e recusado repetidamente afastamentos ou aposentadorias de pessoas da comunidade em sofrimento mental, e que eram por esse motivo incapazes de trabalhar. Após

este diálogo, eu retomei alguns aspectos de promoção de saúde mental que a comunidade possuía e perguntei se haviam outras comunidades cujas práticas se assemelhavam e que ainda não conhecia. A T então passou a relatar sobre as dificuldades das comunidades do Pontal do Leste, Vila Rápida e Cambriú. Lá, disse ela, o abandono pelo poder público era muito gritante, e algumas dessas comunidades estavam se recrudescendo e se isolando pela raiva e ressentimento que haviam acumulado devido a este abandono. A comunidade do Pontal do Leste, por exemplo, que fica após o canal que se abriu, atualmente não tem recebido apoio do poder público (disse que neste momento calcula-se que a abertura alcançou aproximadamente 4 quilômetros de distância, o que dificulta o acesso), tendo fortes indícios de problemas de saúde, fome e desassistência no geral. A Vila Rápida é outra comunidade tradicional próxima da abertura, e as águas já estão atingindo o seu território. O Cambriú situa-se na região norte da Ilha, do lado do mar de fora, e é permeada por montanhas de difícil acesso. Nesta comunidade, T relatou que uma mudança na delimitação das áreas de pesca pelas Unidades de Conservação impediu que um morador pudesse praticar sua pesca artesanal, que é praticada por sua família há décadas no único lugar possível ali. Deste modo, ele tem sido autuado e multado pela Marinha ao ser descoberto praticando a pesca, e segundo T, na última vez que ela o viu, percebeu que ele se encontrava psiquicamente muito desestabilizado. Após este relato, D pediu para voltar ao assunto da assistência social, para tirar uma dúvida. Perguntou à assistente social se era possível que ela tivesse algum apoio na questão de estadia durante a cirurgia que realizaria sua filha J, ainda este mês, pois a cirurgia seria em outro município. A assistente social explicou que sim, era possível, e como seria o procedimento. Ao final desta roda, eu agradei a participação de todos e todas, me ofereci para planejar as próximas visitas, inclusive pensando em como acessar as outras comunidades tradicionais

5.2 REGISTROS FOTOGRÁFICOS



Figura 2 Baía dos Golfinhos, com vista para as montanhas da região norte da Ilha do Cardoso.



Figura 3 Área externa da oficina de peixe seco



Figura 4 Entrada da comunidade: vê-se um bar à esquerda, à direita um campo de volei e no fundo o cais do mar de dentro.



Figura 5 Rede de pesca reutilizada para descanso, na região central da comunidade. Atrás, vê-se um bicicletário com uma lojinha de artesanato feita por crianças na frente.

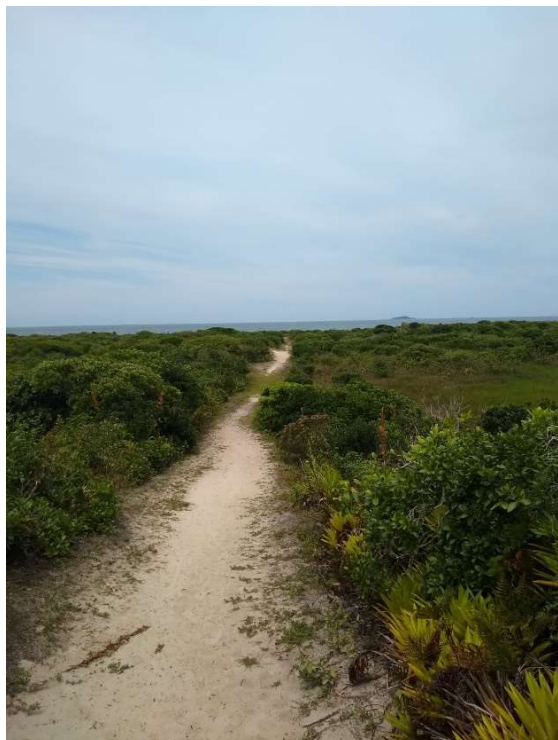


Figura 6 Caminho para a entrada da comunidade vindo do mar de fora, visto ao fundo.



Figura 7 Paine solar utilizado para gerar energia usada nas casas.



Figura 8 Entrada da capela



Figura 9 Interior da capela



Figura 10 Dinâmica realizada no segundo encontro para estimular a conversa.



Figura 11 Campo com rede de vôlei.

6. ANÁLISE QUALITATIVA

O Diário de Campo será a base para a análise a seguir, onde serão destacadas falas reproduzidas durante as Rodas de Conversa e que sintetizam os temas em torno dos quais as conversas giraram, que foram: (1) a fragilidade ou ausência do poder público no território, culminando em descaso e abandono; (2) os efeitos da pandemia de coronavírus e da catástrofe da abertura da barra no desenvolvimento das comunidades, incluindo as diferenças entre as duas comunidades no enfrentamento dessas dificuldades; (3) as práticas de cuidado individuais e coletivas, passando pela Oficina de Peixe Seco, na intersecção entre trabalho, economia solidária e saúde mental, as práticas artísticas, religiosas, o cuidado de si e dos outros, o cuidado com medicações; e por último, (4) a desigualdade de gênero presente nas práticas de cuidado em ambas as comunidades. Todos os temas foram interpretados a partir da bibliografia exposta ao longo deste trabalho e do estudo preliminar, em uma síntese que não pôde deixar de lado as limitações pessoais que eu, como homem, cisgênero, heterossexual e branco possuo, mesmo no esforço para compreender os limites da minha interpretação.

6.1 - ABANDONO E DESCASO DO PODER PÚBLICO

“Estavam muito gratas pela visita da equipe de saúde mental, algo que precisava continuar e havia muito já sentiam que precisava ser feito.”

(Diário de Campo, Enseada, 25/08/2022)

Início a análise pelo que considero fator de vulnerabilidade social grave e decorrente de certas correntes político-ideológicas já discutidas anteriormente na introdução e análise preliminar, que é a insuficiência ou ausência de recursos públicos na região estudada, seja da Saúde Pública Defesa Civil ou da Assistência Social, ausência notadamente central nas falas de ambas as comunidades e que deve, portanto, ser priorizada na análise. Apesar do sentimento de gratidão, típico de um início de diálogo onde o que foi solicitado - a visita e as Rodas de Conversa- foi atendido, o sentimento mais constante que esteve presente nas falas foi o de descontentamento e

irritação pela forma como a saúde pública, principalmente, mas também outros setores, estiveram agindo nos últimos anos, inclusive durante a pandemia.

“A professora contou que nos últimos meses a comunidade estava à deriva de atendimentos na área da saúde, por diversos motivos justificados pelo poder público, como falta de barco, de equipe, de combustível, e até de carro para transportar o barco para o mar. Descreveu algumas dificuldades que tinham em relação ao atendimento das crianças com sofrimento psíquico, dentre elas o difícil acesso pela distância da comunidade e o modelo ambulatorial de atendimentos.” (ibid. Marujá, 21/10/2022)

Esta ausência, reiterada por diferentes vozes, precede os meses em que a professora relatou, pois ela estava ali havia pouco tempo, enquanto profissional. A ausência da atenção à saúde historicamente deve ser associada aos retrocessos da saúde pública nos anos dos governos pós-golpe, entre 2016 e 2022, como observado anteriormente (PASSARINHO, 2022). O principal apoio que as comunidades tinham era a equipe de Estratégia em Saúde da Família, que, contudo, realizava atendimentos esporádicos e muitas vezes insuficientes:

“N relatou que a equipe de Estratégia Saúde da Família que é responsável pela comunidade, por muito tempo dificultou o acesso dos membros da comunidade a serviços de saúde mental, não realizando encaminhamento para psicólogos ou psiquiatras, mesmo quando era necessário, segundo a opinião compartilhada da comunidade.” (Diário de campo, Marujá, 12/12/2022)

Havia ausência também de assistência social, devido ao pouco número de visitas de técnicos e dificuldades quanto à política pública não dar conta de auxiliar a comunidade devido ao envolvimento desta com a colônia de pescadores, que de alguma maneira impedia o direito a benefícios socioassistenciais

“T explicou que a maioria das famílias ali não conseguiam benefícios pois eram associadas na colônia de pescadores, e por isso tinham uma renda que ultrapassava o critério.” (Ibid. Enseada, 3/2/2023)

E o pior ainda estava por vir. Durante a última Roda de Conversa, já no início de 2023, a líder comunitária da Enseada expôs parcialmente a situação das comunidades que não foram visitadas durante a pesquisa:

“T então passou a relatar sobre as dificuldades das comunidades do Pontal do Leste, Vila Rápida e Cambriú. Lá, disse ela, o abandono pelo poder público era muito gritante, e algumas dessas comunidades estavam se recrudescendo e se isolando pela raiva e ressentimento que haviam acumulado devido a este abandono.” (Ibid. Enseada, 3/2/2023)

Os efeitos trágicos de uma política pública ineficiente deverão ser avaliados posteriormente a este estudo, pois não é objeto de minha pesquisa, mas deve ser feito ao menos o alerta para o que está acontecendo. Nos serve de apoio o conceito de trauma elaborado por Ferenczi, psicanalista húngaro, que refere que o trauma não se resume às violências reais, mas ao fato da experiência não ser validada em um segundo momento, ser negado seu impacto na vida das pessoas, se tornando mentira, como o que ocorreu durante a pandemia quando o chefe de Estado referiu-se ao Covid19 como uma “gripezinha”, e se esforçou para deslegitimar o sofrimento das vítimas da doença (SILVA e BLEICHER, 2020). A ausência de uma atenção a saúde, assistência social e defesa civil são, ao mesmo tempo, negações das experiências vividas pelas comunidades e recusas em admitir que há sofrimento entre os povos tradicionais, e isso tem um custo para as comunidades.

Em um dos relatos, a Marinha aparece também que pode afetar negativamente as comunidades (no caso, do Cambriú):

“T relatou que uma mudança na delimitação das áreas de pesca pelas Unidades de Conservação impediu que um morador pudesse praticar sua pesca artesanal, que é praticada por sua família há décadas no único lugar possível ali. Deste modo, ele tem sido autuado e multado pela Marinha ao ser descoberto praticando a pesca, e segundo T, na última vez que ela o viu, percebeu que ele se encontrava psiquicamente muito desestabilizado.” (Diário de Campo, Enseada, 3/2/2023)

A questão das Unidades de Conservação afetar a vida dos povos tradicionais, sem considerá-los em sua integralidade, já foi discutida anteriormente, e fica evidente que a política recente (BRASIL, 2000) ainda perpetua exclusões, cerceando uma das formas tradicionais de sobrevivência da comunidade em favor de uma suposta “natureza intocável” (DIEGUES, 2000) levando aquele morador até ao sofrimento psíquico grave.

Há nas comunidades uma articulação recente com o judiciário para denunciar a falta destes serviços e mobilizar os poderes para a busca por soluções.²

6.2 - AS PRÁTICAS DE CUIDADO – DO PEIXE SECO AO CROCHÊ

“A produção de peixe seco foi e é espaço de resistência, entrosamento, lazer e passagem da tradição.”

(Diário de campo, Enseada, 25/08/2022)

Enquanto narravam as experiências de sofrimento mental vividas pelas comunidades, notei que a Oficina de Peixe Seco da Enseada era descrita como central na resposta às mudanças e pressões que sofreram. No Marujá, contudo, fica evidente um isolamento acentuado entre as famílias durante a pandemia, e as estratégias isoladas de cada grupo familiar para superar a crise, o que colaborou para desarticular a comunidade.

“Com a pandemia as famílias se isolaram e isso dificultou muito a comunicação e a solução de problemas.” (Ibid., Marujá, 21/10/2022)

² Tem que colocar referência

Este relato do morador do Marujá nos leva de volta ao recente trauma social que a pandemia do Covid19 nos causou. Seus efeitos foram variados, mas observou-se que tanto no Marujá quanto na Enseada, o medo da infecção trazer sofrimento para as comunidades levou o Conselho Consultivo do Parque Estadual (composto por 18 membros, um representante de cada comunidade tradicional e representantes da sociedade civil e do poder público) a optar pelo isolamento durante quase toda a pandemia.

“Durante a pandemia a comunidade passou por momentos muito difíceis, embora não tenham chegado a passar fome, e que [após as restrições] quanto mais para o sul morasse a família, menos eram as chances de eles receberem turistas nos feriados, o que tornava mais escassa a geração de renda no extremo sul da comunidade.” (Diário de campo, Marujá, 12/12/2022)

O fato de a comunidade do Marujá ser bastante extensa no trecho de restinga que ocupa faz com que as opções de oferta de hospedagem para os turistas se concentrem mais ao norte da comunidade, que fica mais próxima da ilha de Cananéia e de outros atrativos turísticos. Dessa forma, os moradores mais ao sul foram mais afetados mesmo após o término das restrições, pois a retomada das atividades foi em ritmo lento, recebendo pouca ou nenhuma visita.

“Mesmo após todo o trabalho de isolamento, no início da reabertura, muitas pessoas da comunidade foram infectadas.” (Diário de campo, Enseada, 25/08/2022)

“Sentiam-se frustradas por terem feito o que achavam que era melhor e não ter tido o resultado esperado.” (Id. Ibid)

A outra fonte de renda dos moradores do Marujá é a pesca artesanal que, com o aumento do preço dos combustíveis, ficou menos lucrativa, não sendo mais economicamente viável levar

os peixes até Cananéia. Uma parte destes pescadores optaram por vender na Enseada, que, por meio das parcerias com o ISA e Instituto Linha D'água, conseguia escoar a produção.

Estes dados corroboram os estudos anteriores sobre a questão do isolamento das comunidades tradicionais, que ocorre em maior ou menor grau, conforme o momento histórico (SILVA; NASCIMENTO, 2012; MURRIETA, 1994), mas não é inerente aos povos tradicionais (SETTI, 1985). Os efeitos das mudanças geopolíticas delimitam ou potencializam as capacidades de desenvolvimento dessas comunidades e, nestes dois casos, observamos efeitos diferentes. Ao ter uma alternativa que não dependia essencialmente do modo de produção hegemônico, a comunidade da Enseada pôde resistir à crise econômica durante a pandemia do Covid-19. Ainda que o turismo e hotelaria tenha sido fortemente afetado nas duas comunidades, no Marujá, que tinha este setor como central, o impacto foi percebido com mais força.

*“Uma das líderes comunitárias, a que nos recebeu no porto, concordou com sua fala, complementando que na comunidade antes da pandemia aconteciam estas rodas (entre os membros da comunidade), mas que com a pandemia as famílias se isolaram e isso dificultou muito a comunicação e a solução de problemas.”
(Ibid. Marujá, 21/10/2022)*

Ao contrário do que ocorreu no Marujá, na Enseada as famílias continuaram unidas, articulando entre si as tarefas e necessidades, dividindo o trabalho ao mesmo tempo em que promoviam melhorias, como a construção do novo Centro Comunitário. A produção da oficina de peixe seco é baseada na Economia Solidária. Embora a oficina seja inscrita formalmente como associação, o modelo de gestão é o mesmo das cooperativas sociais. Como foi trazido anteriormente, a Economia Solidária tem importante papel na transformação social das comunidades, no fortalecimento do território (GORZ, 1999), na promoção e proteção da saúde física e mental (SINGER, apud. BRASIL, 2005). Percebe-se que o mesmo aconteceu na Enseada, com o trabalho diretamente ligado ao lazer e entrosamento, diferente das formas de trabalho precarizadas do momento contemporâneo:

“R lembrou da infância que tiveram onde muitas vezes ela e as outras mulheres ali acompanhavam suas mães na produção do peixe seco, pequenas, brincando e passando aquele tempo juntas, lembrança que teve com um sorriso que aparentava nostalgia.” (Ibid., Enseada, 25/08/2022)

No momento em que a comunidade da Enseada estava perdendo suas casas durante a abertura da barra, é possível evidenciar uma situação-limite, conforme a definição de Martin-Baró (MOREIRA e GUZZO, 2015) desenvolvida na introdução.

“A barra que abria aos poucos ia levando consigo as expectativas, pois o governo estava dificultando a autorização para a mudança geográfica da comunidade.” (Diário de campo, 25/08/2022)

Foi necessária a mobilização coletiva para a comunidade prosseguir e não sucumbir às forças da natureza e da sociedade, resistindo à opção de deixar o território e abandonar tudo que foi construído. E assim foi feita a transposição da comunidade, a construção de novos lares, da Oficina, a organização em cooperativa, ao mesmo tempo em que enfrentavam o sofrimento, que foi percebido como psicossocial por um profissional de saúde que atendia à comunidade:

“O médico disse (à M) que ‘a única forma de vocês conseguirem seguir em frente vai ser colocando a mão na massa’”. (Diário de campo, 25/08/22)

O médico, que neste caso é o profissional que detém o saber científico, ocasiona uma fissura no discurso determinista, provocando uma nova visão sobre que caminhos a comunidade poderia tomar. Ele poderia agir automaticamente medicalizando a moradora e acalmando os ânimos com tratamentos individualizados e compartimentalizados, focados na remissão dos sintomas, mas optou por outra via, a do Cuidado (AYRES, 2004) e da orientação para um novo saber sobre si mesmas, para a conscientização freiriana de que falamos anteriormente e que é

defendida por Martin-Baró enquanto possibilidade no lugar do fatalismo do trauma (DIAS, 2020). Desta situação-limite surgiram novas formas de organização social e potência para a reconstrução.

Observa-se que o modelo de produção, de cuidado compartilhado, de defesa da tradição, de gestão e organização política na comunidade da Enseada permite não somente sua sobrevivência, mas seu crescimento. Isso a torna uma comunidade mais autônoma do que a comunidade do Marujá, por exemplo. Importante destacar que as comunidades se diferenciam em quantidade populacional, mas que isso não impediria a do Marujá de se desenvolver caso houvessem oportunidades semelhantes às da Enseada. Como defende Sen (2010), em sua análise de países do Norte e do Sul globais, não é o produto interno bruto ou tamanho da população de um país que define seu desenvolvimento, que está vinculado às oportunidades dos seus membros desenvolverem suas capacidades.

As práticas de cuidado das comunidades são definidas por elas mesmas, em seu saber popular (CORREA-URQUIZA, 2009) e englobam uma variação de comportamentos e atitudes, que vão desde buscar ajuda formal com profissionais de saúde, passar mais tempo em família, trabalhar, até praticar a espiritualidade, por vezes de forma desconectada das instituições religiosas:

“G, comentou que eles possuem uma capela para missas católicas, e que alguns membros da comunidade eram evangélicos e fazem seus cultos em um espaço comunitário.” (Diário de Campo, Marujá, 12/12/2022)

“A maioria das mulheres relatou não participar das missas que havia no local, por não se sentirem confortáveis, mas praticavam a religião dentro de suas próprias casas, geralmente com missas ao vivo na internet. Perguntei se poderiam explicar o motivo dessa decisão, e após alguns segundos de silêncio, L relatou que não concordavam com alguns costumes que os mais velhos e o padre insistiam que ela e as outras seguissem, como por exemplo as vestimentas mais conservadoras, o olhar mais subalterno da mulher dentro da Igreja, e até mesmo a crítica quando uma delas praticava outra religião que não fosse a católica.” (Ibid. Enseada, 29/09/2022)

Embora houvesse uma capela na Enseada, as mulheres preferiam praticar sua espiritualidade em suas casas, pois relataram não consentir com algumas visões consideradas

conservadoras das pessoas mais velhas e do padre, deixando entender que havia uma pressão social, dentre os católicos mais antigos, para que as mulheres se submetessem à regras ortodoxas, como não simpatizar com outras crenças (os evangélicos por exemplo usavam um espaço coletivo, o Centro Comunitário do Marujá, para seus cultos). Também havia uma questão evidente de gênero ali, uma divisão sexista que afetava a relação das mulheres com a espiritualidade. Mesmo nesta situação, as participantes das Rodas não deixaram de lado as suas crenças e religião, apenas modificaram o modo como as praticavam, fora do controle das instituições religiosas. É importante ressaltar que a prática espiritual ou religiosa tem sido demonstrada em diversos estudos como fator de promoção de saúde e qualidade de vida, e, portanto, uma prática de cuidado (MELO et. Al, 2015).

Outro ponto merecedor de destaque foi o cuidado de si, estratégias elaboradas por cada pessoa a seu modo para enfrentar sentimentos negativos sobre a própria existência ou o próprio corpo, aquilo que autores da psicologia comunitária se referem como empoderamento individual (KLEBA e WENDAUSEN, 2009). Estas estratégias cumprem um papel importante no cotidiano dos membros da comunidade, e são singulares:

“R comentou do papel do cuidado com a beleza, com a própria autoimagem, como algo que muitas vezes é deixado de lado com a ‘correria’.” (Diário de Campo, Enseada, 25/08/2022)

“Ao final da dinâmica, as linhas seguradas formaram uma rede, que foi utilizada como analogia ao cuidado da comunidade como um todo, e com a sociedade afora. As palavras que apareceram foram oração, artesanato, crochê, ficar com os filhos.” (Diário de campo, Enseada, 29/09/2022).

O cuidado de si vem sendo observado de formas diferentes ao longo da história da humanidade e compõe as práticas de cuidado em saúde com as maneiras particulares de cada indivíduo de enfrentarem seus desafios e sofrimentos psíquicos. “A ética do ‘cuidado de si’ consiste em um conjunto de regras de existência que o sujeito dá a si mesmo promovendo, segundo sua vontade e desejo, uma forma ou estilo de vida culminando em uma ‘estética da existência’” (GALVÃO, 2014, p.157). Ainda este autor aponta o caminho que Deleuze fez sobre o Cuidado

heideggeriano, quando este fala do esquecimento, dito em outras palavras, quando o ser humano descuida de sua forma de viver e adota modelos padronizados e normativos em relação a si. Nestas práticas é possível observar que há formas singulares de cuidado, éticas próprias, como o cuidado com a beleza, o crochê, o artesanato, a oração.

Também foi constatada a preocupação com uso de medicamentos prescritos, mas este dado foi observado somente na comunidade do Marujá, onde notei um sentimento de que o tratamento medicamentoso é a forma de acesso à saúde que a comunidade recebia naquele momento. Boa parte da primeira Roda de Conversa no Marujá se concentrou na compreensão das demandas de pessoas que já recebiam atendimento na saúde mental, esclarecimento de dúvidas sobre diagnósticos e orientações mais gerais:

“Um dos casos se tratava de uma medicação que estava em falta para uma criança diagnosticada com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sendo que após breve diálogo com a assistente social, que entrou em contato com a farmacêutica da prefeitura através do celular e questionou sobre o caso, ficou esclarecido que havia um desentendimento da dosagem administrada e da distribuição do medicamento de forma gratuita pelo município.” (Diário de campo, Marujá, 21/10/2022)

Este dado corrobora com a política governamental dos últimos anos em saúde mental da medicalização da população brasileira em sofrimento, investindo prioritariamente na aquisição de medicamentos, e não em serviços de saúde territoriais (GARCIA et al., 2022), política que produz este sintoma de uma percepção da saúde mental como administradora de medicações.

6.3 - CUIDADO E GÊNERO

“Uma das mais jovens foi apontada como pessoa que necessitava de atendimento visto que ela perdeu a mãe e a avó, e que foi criada por todas as mulheres da comunidade. Após alguns

comentários ficou evidente que pensavam que por ela 'ter muitas mães', alguma coisa no cuidado dela poderia ter sido afetado."

(Diário de Campo, Enseada, 25/08/2022)

As questões relativas a gênero se tornaram evidentes na presente pesquisa desde o início do trabalho de campo. Foi predominante a participação das mulheres nas rodas, com a justificativa de que os homens estavam trabalhando com a pesca ou construção, e foi referido repetidas vezes em uníssono que o desgaste emocional estava associado a questões de gênero. Ainda que houvesse uma divisão racionalizada do trabalho, elas preocupavam-se com este trabalho por gerar sofrimento psíquico nas cuidadoras ou em quem recebe os cuidados. Os registros de observação de campo demonstram como a divisão do trabalho e a participação das mulheres nas práticas de cuidado era distinta das dos homens. Várias mulheres cuidavam sozinhas de seus filhos:

“A assistente social que me acompanhava corroborou a fala de N a respeito do cuidado dos filhos, e disse que o pai das crianças a abandonou, mas que haviam outras questões de violência envolvidas.” (Diário de campo, Marujá, 12/12/2022).

O abandono paterno reflete um dado nacional: em 2020 um levantamento feito pelo Centro Nacional de Informações de Registro Civil apontou que 6,31% das crianças nascidas naquele ano foram registradas apenas com o nome da mãe nas certidões (UFMA, 2021). Azevedo e colaboradoras (2022) apontam que a naturalização do cuidado como atributo feminino acaba por romantizar o cuidado parental como prática materna normativa, e isso tem efeitos psicossociais nas mulheres, como uma negação de sua existência enquanto sujeitos de ação, a partir de práticas desumanizadoras

É possível verificar a naturalização dos papéis sociais; a sobrecarga física e um permanente estado de alerta e atenção para cumprir todos os deveres impostos/assumidos - pela autocobrança interna e afetiva; o sofrimento ou culpa quando não conseguem sentir satisfação ou realização em responsabilizarem-se ou serem responsabilizadas pelo trabalho de cuidado e trabalho doméstico; a exploração desses trabalhos e a desvalorização do trabalho feminino; efeitos que endereçam as mulheres a experiências de solidão, impotência e fracasso. (AZEVEDO et. Al, 2022, p. 8)

Já no que tange a divisão social do trabalho nas comunidades, é evidente que há uma divisão estruturada que se assemelha aos modos hegemônicos de disparidade de gênero. Para Hirata (2020), na divisão internacional do trabalho os homens situam-se nos circuitos superiores (fluxos financeiros) enquanto as mulheres, nos circuitos inferiores (trabalho informal pouco visível). O trabalho de “care”, como é denominado, é muitas vezes realizado por pessoas da família, empregadas domésticas sem vínculo empregatício e por pessoas com formação, nas instituições voltadas ao cuidado, mas sem o devido reconhecimento e termos salariais. Relaciona-se também com questões de classe e raça, pois muitas cuidadoras são pobres, negras, imigrantes e estas têm um trabalho mais precarizado do que aquele realizado por pessoas brancas. (HIRATA, 2020; GUIMARAES et. Al., 2011).

Nas comunidades pesquisadas, observamos que se reproduzem os mesmos elementos apontados por Hirata: as cuidadoras das crianças são mulheres da família (mães tias, avós, etc), que exercem este trabalho de forma não-remunerada, mantendo-se a ideia de que o cuidado deve ser um trabalho compulsório e exclusivo das mulheres, enquanto os homens ocupam-se da pesca, turismo e construção.

Gênero e cuidado também estão associados historicamente no campo da saúde mental (KANTORSKI et. Al., 2019), uma vez que pessoas portadoras de sofrimento psíquico ou quadros graves de doenças físicas ou mentais tornam a carga emocional muito maior para aqueles que são seus cuidadores. Isso fica evidente na fala de G sobre sua filha, portadora de “epilepsia e [que] com 38 anos ainda necessitava de cuidados intensos, sentindo-se sobrecarregada”. Para ela, a força que a impulsionava era sua espiritualidade:

“N relatou que tinha três filhos e na sua casa era só ela e sua mãe pra cuidar dos três, e sabia quão difícil é cuidar de uma criança com transtorno mental, e que, portanto, era importante poder receber um benefício.” (Diário de Campo, Marujá, 12/12/2022)

A relevância do papel das mulheres na manutenção e persistência na luta pela continuidade da comunidade é observada também quando trazem para a Roda a falta que a matriarca faz, de onde emanava esperança e determinação:

“Comentaram que a comunidade há muito tempo havia construído um certo grau de respeito pelas mulheres, principalmente por causa da matriarca, chamada ‘avó’, que antes do falecimento contribuiu muito liderando a comunidade.” (Diário de Campo, Enseada, 25/08/2022)

Desde o início da comunidade, foram as mulheres que assumiram o cuidado em saúde mental, assim como o cuidado em saúde no geral, dos idosos, das pessoas com deficiência, na educação das crianças. Mesmo assumindo o papel de cuidadoras, na Enseada da Baleia observa-se uma ocupação maior das mulheres com atividades administrativas e de trabalho remunerado, como na Oficina de Peixe Seco e no artesanato, o que pode gerar uma sobrecarga para elas, embora isso não tenha sido diretamente referido por elas: ~~e renda.~~

“Refletiram que os homens da comunidade tinham bastante consciência da desigualdade de gênero e participavam muito da vida comunitária.” (Diário de campo, Enseada, 29/09/2022)

Embora possa existir uma tentativa de redução destas desigualdades a partir dos homens das comunidades, como relataram as participantes, podemos conjecturar que este empoderamento surgiu a partir das próprias mulheres, mas isso necessita ser melhor investigado, em estudos posteriores.

8. CONCLUSÕES

Na comunidade da Enseada da Baleia foi possível observar, no curto período das rodas de conversa, comparado ao tempo histórico em que a comunidade existe, processos de transformação no desenvolvimento da comunidade marcados nas falas das participantes a respeito do passado, do presente e do futuro, em uma necessidade constante de enfrentamento em relação aos movimentos da natureza e da sociedade. A transposição da comunidade, a produção do peixe seco, a ancestralidade e o olhar para as necessidades da comunidade para além da geração de renda, com foco na re-sistência da comunidade, remetem à definição heideggeriana de Cuidado (HEIDEGGER, 1995). O cuidado com a saúde, educação e organização das comunidades estava nas mãos das mulheres, em linha com a análise de bell hooks, de que estas são responsabilidades atribuídas às mulheres no contexto social, mesmo quando falamos em uma comunidade tradicional. Apesar de as participantes da Enseada deixarem enfatizado que os homens possuem sua participação importante na manutenção da comunidade, principalmente no sentido de não deixarem que ocorra uma sobrecarga no trabalho das mulheres, a divisão social reproduz a encontrada por Hirata, Guimarães e colegas (HIRATA, 2020; GUIMARAES et. Al., 2011): a sobrecarga permanece sobre os ombros das mulheres cuidadoras. A massiva participação das mulheres nas rodas, quando todos foram convidados para participar, reforça que o cuidado é majoritariamente atribuído às mulheres.

Ao serem confrontados com o discurso do profissional que rompeu com o pensamento hegemônico, apontando a situação-limite em que a comunidade se encontrava, indicando-lhes que o único caminho possível seria “botar a mão na massa”, foi possível observar a construção de novas formas de existência para a comunidade, elaborando o que Martin-Baró define como trauma psicossocial (MOREIRA e GUZZO, 2015). Diferentemente, é possível desvelar sinais de fragilidade na comunidade mais próxima, Marujá, que durante a pandemia de COVID19 teve suas relações comunitárias enfraquecidas, dificultando as práticas de cuidado em saúde mental e distanciando as necessidades da comunidade daquilo que esta poderia realizar. Mesmo a necessidade de se discutir uso correto de medicamentos no primeiro encontro pode ser um sinal de que a comunidade não alcançou a autonomia que a Enseada obteve, pois o suporte profissional que o Marujá adquiriu pautou-se no diagnóstico e tratamento convencionais até aquele momento.

Por outro lado, a organização em associações e cooperativa permitiu que na Enseada seus membros não chegassem ao nível de insegurança alimentar, ao passo que no Marujá muitas famílias isoladas não possuem vínculo associativo e dependiam exclusivamente do trabalho informal e dos benefícios socioassistenciais. Por questões de falta de apoio e articulação, boa parte destas famílias não tinham seus cadastros atualizados no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).³

Outro aspecto encontrado no estudo foi o fator protetivo da espiritualidade em ambas as comunidades. Embora haja uma diferença entre aqueles que vão ao culto no Centro Comunitário do Marujá, ou aquelas que não vão à Capela católica na Enseada, foi unânime que todas as participantes das rodas praticavam algum tipo de espiritualidade, de origem cristã, e isso corrobora uma série de estudos que apontam que a espiritualidade está relacionada à melhoria da qualidade de vida (MELO et. Al, 2015). Em sua análise demográfica das religiões no Brasil dos anos 1980 à 2000, Pierucci (2006) levanta a hipótese de que o crescimento das religiões universais de salvação individual (Protestantes, Católicos, Umbandas, Neopentecostais, etc.) vem ao mesmo tempo enfraquecendo as religiões de matrizes étnico-culturais (Candomblé, Budismo, Judaísmo, etc.), pois oferecem a individualização da espiritualidade – a partir do momento em que se converte, a pessoa rompe com seus vínculos tradicionais, familiares, culturais, para ser inserida em uma nova comunidade religiosa. Talvez seja possível supor que, embora haja o predomínio de práticas individualizantes do cristianismo em ambas comunidades, o rompimento com a estrutura de clero observada na Enseada mostra um desejo de construir uma resposta coletiva de ordem religiosa. Estudos posteriores focados na relação da espiritualidade com as comunidades poderiam testar esta hipótese.

Um olhar mais amplo pelo Parque Estadual, por meio das falas de moradores da Enseada, aponta desigualdades e injustiças com outras comunidades tradicionais, vividas pelo constante descaso do poder público e conflitos com a legislação ambiental, além de uma luta incessante contra as mudanças climáticas e geológicas, provavelmente impulsionadas pelo aquecimento global. É necessário que o Departamento de Saúde, junto ao DRS e à Secretaria Estadual de Saúde,

³ Em resposta à essa evidente fragilidade, convidei o assistente social responsável pelo CadÚnico do município para fazer o mapeamento e a articulação com as duas comunidades, trabalho que seguiu em paralelo a esta pesquisa.

comece a implantar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (BRASIL, 2013), iniciando um planejamento estratégico pensado nas comunidades tradicionais para diminuir a distância do acesso à saúde e a outros setores importantes para seu desenvolvimento e oferecer aquilo que faz sentido a cada uma em específico. Recentemente, como consequência da divulgação dos resultados parciais de minha pesquisa, há um movimento do Departamento de Saúde e um diálogo com a Secretaria Estadual de Saúde para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial no município, que leve em consideração a realidade das comunidades tradicionais, e que preencha um hiato que vem sendo sentido pela população no campo de Saúde Mental.

A Enseada da Baleia surge como um ponto fora da curva, organizada em torno de uma geração de renda cooperativista, artesanal, de mulheres empoderadas e famílias que compartilham o cuidado e as tarefas diárias. Importante enfatizar o caráter de economia solidária da Oficina de Peixe Seco, que apesar de formalmente ser uma associação, estrutura-se e organiza-se a partir do modelo de gestão cooperativo. Isso demonstra o imenso poder de proteção e promoção de desenvolvimento, seja como espaço de trabalho, de entrosamento, compartilhamento, de cuidado em saúde mental, de transmissão da tradição e de fortalecimento de vínculos locais, regionais e macrorregionais. Este exemplo de cooperativismo pode e deve ser seguido na implantação de políticas públicas eficientes.

Para finalizar, retomo a questão inicial: é possível uma saúde mental progressista? Ao conhecer a experiência da comunidade da Enseada, fica evidente que sim, mas que ela não virá somente do poder público ou do interesse dos profissionais e dos políticos, mas das estratégias e práticas próprias dos grupos e comunidades em suas trajetórias de vida, da compreensão e respeito destas vivências, da legitimação do saber popular, e da contínua luta pela redução das desigualdades.

REFERÊNCIAS

ADAMS, C. As populações caiçaras e o mito do bom selvagem: a necessidade de uma nova abordagem interdisciplinar. *Revista De Antropologia*, 43(1), 145-182, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27091>. Acesso em: 15 junho 2022.

ADAMS, C. Identidade Caiçara: exclusão histórica e sócio-ambiental. In: *Atualidades em Etnobiologia e Etnoecologia. Palestras Convidadas do IV Simpósio Brasileiro de Etnobiologia e Etnoecologia*. Ulysses P. de Albuquerque(org.), Recife: Sociedade Brasileira de Etnobiologia e Etnoecologia. p. 27-43, 2002. Disponível em http://arquivos.proderj.rj.gov.br/inea_imagens/downloads/pesquisas/RE_Juatinga/Adams_2002.pdf. Acesso em: 8 junho 2023.

ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.171-180.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ARENDDT, R. J. J. Psicologia Comunitária: teoria e metodologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 10, n. 1, p. 7–16, 1997.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, set. 2004.

AZEVEDO, M. R. F. de; AZEVEDO, R. L. W. de; SALDANHA, A. A. W. The naturalization of women's ability to care and its discursive effects on maternal subjectivation. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e355111133785, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33785. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33785>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BLEICHER, T.; A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde. 2015. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4239.6328>.

BHATIA, S.; PRIYA, K. R. Coloniality and Psychology: From Silencing to Re-Centering Marginalized Voices in Postcolonial Times. **Review of General Psychology** 0(0), pp. 1-15. 2021 <https://doi.org/10.1177/10892680211046507>.

BHUIYAN, M.A.; CROVELLA, T.; PAIANO, A.; ALVES, H. A Review of Research on Tourism Industry, Economic Crisis and Mitigation Process of the Loss: Analysis on Pre, During and Post Pandemic Situation. **Sustainability**, v. 13, n. 18, set. 2021. ISSN: 2071-1050. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/18/10314>. Acesso em: 19 jun. 2022

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Lei Federal Nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Regulamenta o art. 225, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19985.htm. Acesso em: 17 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3088**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de

estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Diário Oficial, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial, Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 544, de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (Caps-AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 48 p. ISBN 978-85-334-1985-8. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/politica-nacional-saude-integral-populacoes-campo-floresta>. Acesso em: 27 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário/Secretaria de Desenvolvimento Territorial. MDA/SDT. Perfil Territorial Vale do Ribeira – SP. Elaboração: CGMA, mai./2015 Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjNqvXd->

[6_4AhVhr5UCHX9qAnYQFnoECA0QAw&url=http%3A%2F%2Fsit.mda.gov.br%2Fdownload%2Fcaderno%2Fcaderno_territorial_100_Vale%2520do%2520Ribeira%2520-%2520SP.pdf&usg=AOvVaw3DO5iXZMK-M1Y3n9cieqhu](http://www.mda.gov.br/download/caderno_territorial_100_Vale%2520do%2520Ribeira%2520-%2520SP.pdf&usg=AOvVaw3DO5iXZMK-M1Y3n9cieqhu) . Acesso em: 15 de jun. de 2022.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 4 jul. 2022.

CAMPOS, GWS. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, 2000. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP).

CARVALHO, M. P. **No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais**. São Paulo: Xamã, 1999.

CARVALHO, M. C. P.; SCHMITT, A. Relatório técnico-científico para identificação de famílias tradicionais presentes no Parque Estadual da Ilha do Cardoso. São Paulo, 2012. Disponível em: https://lcb.fflch.usp.br/sites/lcb.fflch.usp.br/files/upload/paginas/Laudo_Antropologico_PEIC.pdf. Acesso em: 16 junho 2022.

CORREA URQUIZA, M; La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura. Tese de Doutorado. URV. Tarragona, 2009. Disponível em: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/8437>. Acesso em 10 junho 2023.

CRUZ, Nelson FO; GONÇALVES, Renata W; DELGADO, PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em 24 março 2022.

DIAS, M. S. L.; O legado de Martin-Baró: a questão da consciência latino-americana. *Psicol. Am. Lat., México*, n. 33, p. 11-22, jul. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2023.

DESVIAT, M. **A Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIEGUES, A. C. (Org.). **Biodiversidade e Comunidades Tradicionais no Brasil**. NUPAUB-USP/PROBIO-MMA/CNPq: São Paulo, 2000. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/750/2/Biodiversidade%20e%20comunidades%20tradicionais%20no%20Brasil.pdf>; Saberes acesso em: 30 de out. 2021.

FANON, F. **Pele Negra. Máscaras Brancas**. Rio de Janeiro: Ed. Fator, 1983.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. (1996). **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, SP: Paz e Terra.

FREIRE, P. (1979). **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1979.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.148 p.

GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. **Intuitio**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 157–168, 2014. DOI: 10.15448/1983-4012.2014.1.17068. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/intuitio/article/view/17068>. Acesso em: 16 jul. 2023.

GARCIA, M. R. V. et al. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. **Revista Em Pauta**, v. 20, n. 49, 6 jan. 2022.

GAZABIM, S.B.M.L.; DE CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental: DOI: 10.15343/0104-7809.20104444450. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444–450, 2010. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/586>. Acesso em: 9 jun. 2023.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e Cuidadoras: O Trabalho de Care no Brasil, França E Japão. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151–180, jan. 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GORZ, A. **Reclaiming work: beyond the wage-based society**. Polity Press, 1999.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis, Vozes, 1995.

HIRATA, H. Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 98, p. 25–40, jan. 2020.

HOOKS, B. **Teoria Feminista: Da margem ao centro**. Edição por Rosa Maria Esteves Moreira da Costa. Perspectivas Sociológicas: Uma visão humanista. Porto: Edições Afrontamento, 2000.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; TREICHEL, C. A. S.; ANDRADE, A. P. M.; SILVA, M. S. S. J.; COIMBRA, V. C. C. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 60-66, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/S74WJPq7v98BQdpvvGT79VS/?lang=pt>. Acesso em 13 jan. 2023.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 733–743, out. 2009.

LAVILLE, J.L. A economia solidária: Um movimento internacional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 7-47. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/rccs.381>. Acesso em: 17 junho 2023.

LUZ, M.T. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.21-38.

MARTINS BORGES, L. Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, 2009, p. 232-245. .

MARTINS, L.M. **Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas**. 1. Porto Alegre: Editora Fi. 2020. 435 p.

MELO, C.F de; SAMPAIO, I.S.; SOUZA, D.L.A. e PINTO, N.S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 ago. 2023.

MICHELAT, G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In: THIOLLENT, Michel. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. 5ª ed. São Paulo: Polis, 1987.

MONTERO, M.; SERRANO-GARCIA, I. (comps.). Historias de la Psicología Comunitaria en America Latina. Participación y Transformación. Buenos Aires: Paidós, 2011.

MOREIRA, A. P. G.; GUZZO, R. S. L. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de Ignácio Martín-Baró. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 32, n. 3, p. 569–577, jul. 2015.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa, Piaget, 2003. 120 p.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 95–103, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MURRIETA, R.S.S. Diet and subsistence: changes in three caboclo populations on Marajó Island, Amazonia, Brazil, Boulder, pp. 120, Thesis (Master of Arts), University of Colorado. 1999. Disponível em: https://www.academia.edu/44053543/Diet_and_subsistence_changes_in_three_Caboclo_populations_on_Marajo_Island_Amazonia_Brazil. Acesso em: 15 junho 2022.

NOGUEIRA, O. **Preconceito de marca. As relações raciais em Itapetininga**. Apresentação e edição de Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti. São Paulo, Edusp, 1998. 248 p.

OLIVEIRA, J. Indígenas foram os primeiros a alterar o ecossistema da Amazônia. El País, Madrid, 3 mar. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/03/02/ciencia/1488466173_526998.html. Acesso em: 15 junho 2022.

PASSARIM, J.G.N. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. Em Pauta, Rio de Janeiro, 49, 65-80, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63451>. Acesso em: 27 de maio 2023.

PAIM, J. Mudanças na PNSM: Participação Social atropelada, de novo. **Boletim OAPS/CDV**, Salvador, Bahia, Ano 4, n. 15, Jan-Fev 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>. Acesso em 26 jun. 2021.

PIERUCCI, A. F. Religião como solvente: uma aula. **Novos estudos CEBRAP**, n. 75, p. 111–127, jul. 2006.

QUEIROZ, R.S. **Caipiras negros no Vale do Ribeira: um estudo de antropologia econômica**. [S.l: s.n.], 1983.

SANCHES, R. A. Caiçaras e a Estação Ecológica de Juréia - Itatins (Litoral Sul - São Paulo): Uma Abordagem Etnográfica e Ecológica para o Estudo da Relação Homem - Meio Ambiente, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. 1997. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/41/41134/tde-17112021-165546/en.php>. Acesso em: 15 junho 2022.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. São Paulo; Editora Cortez. 2010. 637 p.

SANTOS, K. DA S. et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 655–664, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Acesso em: 11 junho 2023.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica, Razão e Emoção**. 3ª Edição. São Paulo: Edusp (Editora da USP), 2003.

SILVA, J. F.; BLEICHER, T. Trauma na epidemia brasileira de covid-19: contribuições a partir de Lacan, Ferenczi e Kai Erikson. *Rev. bras. psicanálise*, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 95-106, set. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2020000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 julho 2023.

SILVA, S. R.; NASCIMENTO, L.K. Negros e territórios quilombolas no Brasil. *Cadernos CEDEM*, v. 03, n. 01, p. 23-37, ago. 2012. ISSN 2236-0247. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/cedem/index>. Acesso em: 16 junho 2022.

SEN, A.; **Desenvolvimento como Liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SETTI, V.K. Ubatuba nos Cantos das Praias. São Paulo, Editora Atica, 1985. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111208>. Acesso em: 15 junho 2022.

SINGER, P. **Introdução à Economia Solidária**. Fundação Perseu Abramo, 2002.

STEVANIM, L.F. Resistência que vem do mar: Comunidades de pescadores caiçaras lutam para se adaptar e sobreviver à pandemia de covid-19. Radis Comunicação e saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/resistencia-que-vem-do-mar>. Acesso em: 17 junho 2022.

UFMA. "Abandono paterno é a regra no Brasil." TV UFMA, São Luís, 2021. Disponível em: <https://portalpadrao.ufma.br/tvufma/noticias/abandono-paterno-e-a-regra-no-brasil>. Acesso em: 25 jun. 2023.

YAMAOKA, J. G. Resistência pela permanência no território: o caso da comunidade caiçara da Enseada da Baleia, Cananéia – SP, 2019, 255 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos. 2019.

YAMAOKA, J. G.; CARDOSO, T. M.; GINI, G. Sobrevivendo ao Capitaloceno: o caso da comunidade caiçara da Enseada da Baleia, Cananéia/SP. **Diálogos Socioambientais**, v. 4, n. 11, p. pp. 32 - 35, 6 set. 2021.

WILLIAMSON, G. **Investigación acción participativa intercultural en comunidades educacionales y locales**. Temuco: Universidad de La Frontera/Proyecto Kelluwün, 2002

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luiz Henrique Franco Mendonça, estudante do Programa de Pós Graduação em Estudos da Condição Humana da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar- Campus Sorocaba, convido você a participar da pesquisa “Caracterização das Práticas de Cuidado em Saúde Mental de uma Comunidade Caiçara” orientada pelo Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

O motivo principal para a realização deste estudo é a compreensão das demandas que a comunidade, uma das mais distantes dos serviços de saúde da região, possuem no âmbito da saúde mental. Preocupa-me, pela distância e dificuldades encontradas para os membros da comunidade de terem acesso à atendimentos em tempo útil de saúde mental, para acolhimento, acompanhamento, tratamento e observação, que a comunidade necessite ser melhor estudada e a saúde pública atinja seus usuários, independente da distância e características culturais.

Você foi selecionado (a) por ser membro da comunidade específica da Enseada da Baleia. Você será convidado a participar de um grupo focal, no qual se pretende discutir diversos aspectos que envolvem a saúde mental.

O encontro será em grupo e realizado em áreas coletivas da comunidade, onde seja arejado, tenha cadeiras e proteção contra chuvas. Um roteiro de perguntas conduzirá a atividade, as quais não serão invasivas à sua intimidade. Entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição às questões relacionadas ao sofrimento psíquico. Diante dessas situações, os participantes terão garantida a liberdade para interromper o encontro a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientar e encaminhar o participante para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados

para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde mental, principalmente referente ao Parque Estadual da Ilha do Cardoso, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas, até mesmo para a construção de uma política de saúde mental voltada para o povo tradicional. O pesquisador realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação ao pesquisador ou ao serviço de saúde.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo, incluindo a garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Sua participação não implicará em qualquer tipo de despesa financeira de sua parte. Haverá direito à indenização em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, decorrente desta pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Telefone (16) 3351-9685. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (015) 981393431 ou dirigir-se à Unidade Básica de Saúde de 2^a. a 6^a.

das 7:00 às 16:00 h e procurar o psicólogo Luiz Henrique Franco Mendonça. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Pesquisador Responsável

Luiz Henrique Franco Mendonça

Avenida Seis, 934 - Carijo

Cananéia/SP Fone (15)98139-3431

Email: luizfranco@estudante.ufscar.br

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Cananéia, ___/___/___