

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

Isa Magesti Corrêa Netto

**ATRAVESSAMENTOS INTERSECCIONAIS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: como  
as Agentes Comunitárias de Saúde participam do Apoio Matricial em Saúde Mental?**

Belo Horizonte

2023

Isa Magesti Corrêa Netto

**ATRAVESSAMENTOS INTERSECCIONAIS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: como  
as Agentes Comunitárias de Saúde participam do Apoio Matricial em Saúde Mental?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido

Coorientadora: Profa. Dra. Lisandra Espíndula Moreira

Belo Horizonte

2023

150 C824a 2023	<p>Corrêa Netto, Isa Magesti .</p> <p>Atravessamentos interseccionais na reforma psiquiátrica [manuscrito] : como as agentes comunitárias de saúde participam do apoio matricial em saúde mental? / Isa Magesti Corrêa Netto. - 2023.</p> <p>106 f.</p> <p>Orientadora: Cláudia Maria Filgueiras Penido . Coorientadora: Lisandra Espíndula Moreira.</p> <p>Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Reforma psiquiátrica – Teses. 3. Política de saúde mental – Teses. 4. Interseccionalidade (Sociologia) – Teses. I. Penido , Cláudia Maria Filgueiras. II. Moreira, Lisandra Espíndula. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.</p>
----------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### ATA DE DEFESA DE TESE DE ISA MAGESTI CORRÊA NETTO

Realizou-se, no dia 30 de novembro de 2023, às 08:30 horas, Online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada “Atravessamentos Interseccionais na Reforma Psiquiátrica: Como as Agentes Comunitárias de Saúde Participam do Apoio Matricial em Saúde Mental?”, apresentada por ISA MAGESTI CORRÊA NETTO, número de registro 2019657044, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido-orientadora - Orientador (UFMG), Prof(a). Lisandra Espindula Moreira-coorientadora (UFMG), Prof(a). Deivisson Vianna Dantas dos Santos (UFPR), Prof(a). Mônica Lima de Jesus (UFBA), Prof(a). Juliana Vieira Sampaio (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

( x ) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Vieira Sampaio, Usuária Externa**, em 19/12/2023, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 19/12/2023, às 12:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Usuário Externo**, em 19/12/2023, às 13:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lisandra Espindula Moreira, Professora do Magistério Superior**, em 19/12/2023, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Monica Lima de Jesus, Usuária Externa**, em 20/12/2023, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

*Às mulheres,  
que existem e resistem  
em sociedades estruturalmente machistas,  
pois esta é uma tese produzida  
por mulheres,  
com mulheres,  
para mulheres.*

Eu, cansada, pesquisadora séria, sou alguém que agora se toca pelas pequenezas. O nascimento de um gosto pelo comum, que fura e escapa à empáfia acadêmica. Eu tão afeita aos planos e deliberações, descubro no encontro com as ACS a potência do trivial. Em um gosto simples, como um biscoito caseiro (Saffer e Barone, 2017).

## RESUMO

Esta pesquisa se insere nos debates interseccionais sobre a Reforma Psiquiátrica no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata, sobretudo, do atravessamento de marcadores sociais na participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS). O estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido em quatro Centros de Saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais, local onde a principal estratégia de EPS utilizada para qualificar o cuidado em saúde mental é o Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM). O objetivo central do trabalho consistiu em analisar interseccionalmente a participação de ACS no AMSM do município. Para isso, foram delimitados os seguintes objetivos específicos: descrever como acontece a participação das ACS no AMSM; identificar processos de ensino/aprendizagem das ACS no AMSM; compreender como são produzidas as relações entre ACS e apoiadores matriciais; investigar os marcadores sociais que atravessam a participação das ACS no AMSM. Para produção dos dados, foram realizadas observações participantes em reuniões de AMSM e entrevistas semiestruturadas com ACS e apoiadores. Para análise dos dados, utilizou-se a interseccionalidade e a Análise de Conteúdo Temática. A tese foi dividida em três artigos: no primeiro buscou-se uma aproximação entre a Reforma Psiquiátrica e a interseccionalidade para fins de analisar mudanças e continuidades nos conceitos e lugares construídos socialmente em relação à loucura; no segundo almejou-se compreender as implicações dos processos de ensino/aprendizagem das ACS no AMSM para o avanço da Reforma Psiquiátrica; no terceiro buscou-se analisar os marcadores sociais que atravessam a participação das ACS no AMSM. Os resultados produzidos mostraram que, apesar dos avanços alcançados com o advento da Reforma Psiquiátrica, ainda são muitos os desafios enfrentados no âmbito desse movimento que segue em curso. Nesse ínterim, considerando o papel estratégico das ACS para a efetivação do cuidado da loucura em liberdade, a participação dessas profissionais em estratégias de EPS como o AMSM norteadas por uma perspectiva libertadora da educação contribui para a qualificação do cuidado em saúde mental oferecido aos usuários da APS e para o avanço da Reforma. Entretanto, muitas vezes essas práticas educativas se limitam ao que Paulo Freire denominou educação bancária, não levando em conta diversas experiências e saberes dos participantes que poderiam colaborar na coprodução de transformações ou de outras formas de subjetivação. Foi possível perceber que diferenças de gênero, raça e formação, que estão relacionadas também com diferenças de classe, muitas vezes produzem relações hierarquizadas entre ACS e apoiadores, sendo um pano de fundo gerador de

violências e preconceitos - majoritariamente silenciados. Além disso, essas diferenças parecem estar relacionadas com alguns mecanismos de exclusão das ACS dos espaços de matriciamento em saúde mental, fazendo com que as mesmas encontrem dificuldades de participação. Considerando a posição estratégica ocupada pelas ACS no território e nas Equipes de Saúde da Família para que o tratamento da loucura aconteça em liberdade, destaca-se a relevância de se pensar em processos de trabalho e políticas públicas que levem em conta os modos como essas profissionais ensinam e aprendem com os demais nos processos de EPS.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; Agentes Comunitárias de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente em Saúde; Interseccionalidade; Marcadores Sociais.

## **ABSTRACT**

This research is part of the intersectional debates on Psychiatric Reform in the context of Primary Health Care (PHC). It deals, above all, with the crossing of social markers in the participation of Community Health Agents (CHA) in Permanent Health Education (PEH) processes. The study, of a qualitative nature, was developed in four Health Centers in Belo Horizonte/Minas Gerais, where the main EPS strategy used to qualify mental health care is Matrix Support in Mental Health (AMSM). The central objective of the work was to intersectionally analyze the participation of ACS in the municipality's AMSM. To this end, the following specific objectives were defined: describe how the CHAs participate in AMSM; identify teaching/learning processes of CHAs in AMSM; understand how relationships between ACS and matrix supporters are produced; investigate the social markers that permeate the participation of CHAs in AMSM. To produce the data, participant observations were carried out in AMSM meetings and semi-structured interviews with ACS and supporters. To analyze the data, intersectionality and Thematic Content Analysis were used. The thesis was divided into three articles: the first sought an approximation between Psychiatric Reform and intersectionality in order to analyze changes and continuities in socially constructed concepts and places in relation to madness; in the second, the aim was to understand the implications of the teaching/learning processes of CHAs in AMSM for the advancement of Psychiatric Reform; in the third, we sought to analyze the social markers that permeate the participation of CHAs in AMSM. The results produced showed that, despite the advances achieved with the advent of the Psychiatric Reform, there are still many challenges faced within this ongoing movement. In the meantime, considering the strategic role of the ACS in carrying out care for madness in freedom, the participation of these professionals in EPS strategies such as AMSM guided by a liberating perspective of education contributes to the qualification of mental health care offered to users of mental health APS and for the advancement of the Reform. However, these educational practices are often limited to what Paulo Freire called banking education, not taking into account the diverse experiences and knowledge of the participants who could collaborate in the co-production of transformations or other forms of subjectivation. It was possible to notice that differences in gender, race and training, which are also related to class differences, often produce hierarchical relationships between ACS and supporters, being a backdrop that generates violence and prejudice - mostly silenced. Furthermore, these differences seem to be related to some mechanisms for excluding CHWs from mental health matrix support spaces, causing them to encounter difficulties in participating. Considering the strategic position

occupied by the ACS in the territory and in the Family Health Teams so that the treatment of madness can take place freely, the relevance of thinking about work processes and public policies that take into account the ways in which these professionals teach and learn from others in EPS processes.

**Keywords:** Psychiatric Reform; Community Health Agents; Continuing Health Education; Intersectionality; Social Bookmarks.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitária de Saúde

AMSM – Apoio Matricial em Saúde Mental

APS – Atenção Primária à Saúde

BH – Belo Horizonte

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CS – Centro de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LAGIR – Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais do Departamento de Psicologia

MS – Ministério da Saúde

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFSJ - Universidade Federal de São João del-Rei

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Apresentação.....	13
1.2 Objetivos.....	20
1.3 Organização.....	21
<b>2. ARTIGO I - REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTERSECCIONALIDADE: MUDANÇAS E CONTINUIDADES.....</b>	<b>23</b>
<b>3. ARTIGO II - PARTICIPAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PENSANDO O AVANÇO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>41</b>
<b>4. ARTIGO III - “EU NÃO TINHA PARADO PRA PENSAR”: O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE.....</b>	<b>64</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

Inicialmente, gostaria de apresentar os lugares dos quais estou partindo para elaborar a presente tese de doutorado, pois a minha implicação com a temática vem sendo construída ao longo de todo o meu percurso acadêmico - trajetória que irei descrever brevemente aqui. Durante a graduação em Psicologia, realizada entre 2011 e 2016 na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), tive os primeiros contatos com o campo da saúde mental ao participar de grupos de estudo e de estágios na área. No mestrado em Psicologia, também realizado na UFSJ entre 2017 e 2019, fui orientanda do professor Dr. Marcos Vieira-Silva, com quem aprendi a fazer pesquisa a partir de uma perspectiva crítica de produção do conhecimento com o intuito de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária. Mas não só isso: com “Marquinhos” também aprendi muito sobre a militância. Não por acaso, neste mesmo período me tornei militante da Reforma Psiquiátrica.

Minha dissertação de mestrado foi intitulada *De louco a músico: quando a arte e a saúde mental se encontram e produzem novos sujeitos*. Essa pesquisa, que foi realizada com *Os Impacientes*, um grupo musical protagonizado por sujeitos em sofrimento psíquico, abordou a trajetória histórica e o panorama contemporâneo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tratou, sobretudo, da arte-cultura enquanto dispositivo potente para a desinstitucionalização da loucura e a ressignificação identitária de sujeitos em sofrimento psíquico. Os dados produzidos mostraram que, a partir da vivência coletiva na banda, os integrantes assumiram novas identidades para além da loucura. Por meio da experiência artístico-cultural, eles experimentaram importantes processos de produção identitária, pois começaram a se enxergar - e a serem enxergados - não só como loucos, mas também como músicos, passando a transitar de uma posição social a outra: de louco a músico<sup>1</sup>.

Em 2019 ingressei no doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), inicialmente também para pesquisar sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira em articulação com a arte-cultura. Na instituição, tive a oportunidade de conhecer a trajetória de mulheres como Diva Moreira, que além de ter sido uma das protagonistas no

---

<sup>1</sup> É importante pontuar que não se trata de negar a loucura, mas de atrelar a ela uma nova identidade que contribui para a não redução dos sujeitos aos sofrimentos psíquicos que vivenciam.

contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e autora de um dos livros mais importantes do movimento<sup>2</sup>, é “cientista política, mulher, negra, referência pioneira da luta feminista e antirracista” (Pereira, et. al., 2020, p. 16). Foi assim que eu tive acesso, pela primeira vez, a uma discussão relativamente recente que vem sendo desenvolvida no Brasil: a Reforma Psiquiátrica pela ótica dos feminismos negros interseccionais<sup>3</sup>. Neste período, também como militante do movimento feminista, comecei a vislumbrar o que já vinha buscando há algum tempo: a possibilidade de articular minha temática de estudo com a luta das mulheres (Pereira & Passos, 2017; Pereira, 2020; Pereira et. al., 2020).

Pouco tempo depois, em 2021, o professor Dr. Cornelis Johannes van Stralen que até então me orientava enquanto voluntário aposentado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-PSI), se desligou da UFMG. A situação, bem como a análise da inviabilidade de continuidade da minha pesquisa inicial por algumas razões que não cabem aqui, impuseram o imenso desafio de iniciar a construção de um novo projeto de tese já no final do segundo ano de doutorado. Após a situação ser solucionada no âmbito do colegiado do PPG-PSI, ingressei no Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais do Departamento de Psicologia (LAGIR), coordenado pela professora Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido, que aceitou o desafio de me orientar na construção de um novo projeto. A mudança de orientação implicou na necessidade de alinhar minhas experiências e interesses de estudo às temáticas que vinham sendo trabalhadas pela nova orientadora ao longo de alguns anos com alunos de graduação e mestrado do LAGIR.

Várias das pesquisas do LAGIR versam sobre a Reforma Psiquiátrica no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte (BH) - Minas Gerais, sobretudo, no que diz respeito à principal Estratégia de Educação Permanente em Saúde utilizada para qualificar o cuidado em saúde mental oferecido na APS do município: o Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM)<sup>4</sup>. O Apoio Matricial em Saúde Mental diz respeito a espaços dialógicos de

---

<sup>2</sup> “O livro *Psiquiatria: controle e repressão social*, um dos livros mais importantes da história da Reforma Psiquiátrica brasileira tanto por seu caráter de denúncia da violência institucional da psiquiatria quanto pelo fato de ter sido escrito por Diva Moreira” (Pereira, 2020, p. 16).

<sup>3</sup> Em 2020, quando realizei estágio em docência em uma disciplina optativa sobre Reforma Psiquiátrica ofertada para alunos de graduação em Psicologia da UFMG, tive a honra de receber Diva Moreira para a produção de um podcast que intitulamos “*Luta Antimanicomial: como as questões de gênero, raça e classe atravessam esse movimento?*”.

<sup>4</sup> Em Belo Horizonte, o Apoio Matricial utilizado para qualificar o cuidado em saúde mental ofertado por Equipes de Saúde da Família (EqSF) na Atenção Primária à Saúde apresenta uma composição peculiar, pois é realizado por duas equipes diferentes: Equipes de Saúde Mental (EqSM) e psicólogas dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB). As EqSM foram incluídas na APS anteriormente à implantação dos NASFs, mas a duplicidade de equipes apoiadoras se manteve, caracterizando uma exceção no cenário nacional. Assim, uma mesma EqSF pode receber apoio tanto de uma EqSM quanto de uma psicóloga do NASF-AB, de forma paralela (Penido, et. al., 2018; Oliveira, 2021).

ensino/aprendizagem norteados por uma perspectiva libertadora da educação (Freire, 2020) e baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir dos quais profissionais especialistas em saúde mental (como psicólogos e psiquiatras) e profissionais generalistas das Equipes de Saúde da Família (como Agentes Comunitárias de Saúde, enfermeiros e médicos) discutem e constroem juntos os casos com demandas de saúde mental (Campos e Domitti; 2007; Bispo Junior & Moreira, 2017; Penido et. al., 2018; Freire, 2020).

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) brasileiras ocupam uma posição estratégica nas Equipes de Saúde da Família, pois são as profissionais da Atenção Primária à Saúde que estão mais próximas das comunidades onde vivem os usuários com demandas de saúde mental. A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) prevê que as ACS sejam integrantes das equipes e, ao mesmo tempo, moradoras dos locais em que atuam, de modo que elas estão duplamente inseridas nos territórios - como profissionais e residentes (Ministério da Saúde, 2017). Nesse sentido, as ACS podem contribuir significativamente para que o tratamento da loucura aconteça em liberdade, assim como propõe a Reforma Psiquiátrica (Lancetti, 2008; Onocko-Campos, 2013; Campos, Bezerra & Jorge, 2020).

Dito isso, a presença das Agentes Comunitárias de Saúde nos processos de Educação Permanente em Saúde como o Apoio Matricial em Saúde Mental é fundamental para que elas ensinem e aprendam, qualifiquem e sejam qualificadas juntamente com outros profissionais, de modo a fazer avançar a Reforma Psiquiátrica (Lancetti, 2008; Lima & Dimenstein, 2016; Bispo Junior & Moreira, 2017; Leme, et. al., 2023). Apesar disso, verificamos com base na literatura e na experiência prévia dos pesquisadores do LAGIR que existem muitos entraves dificultando a participação das ACS nos espaços de matriciamento em Saúde Mental de Belo Horizonte. Pesquisas anteriores mostraram que há uma comunicação predominantemente verticalizada entre as ACS e os profissionais especialistas em saúde mental (os quais geralmente são psicólogos e/ou psiquiatras) das Equipes de Saúde Mental (EqSM) que ofertam AMSM no município. Além disso, os estudos apontaram para silenciamentos dos saberes colocados pelas ACS nas reuniões de matriciamento, assim como para a exclusão das ACS de alguns espaços de matriciamento sob as justificativas de que elas podem prejudicar o sigilo em relação aos casos e/ou de que não possuem formação suficiente para contribuir com as discussões (Pastana, 2019; Oliveira, 2021).

Frente ao exposto, considerando esse aporte de estudos prévios do LAGIR, assim como meus interesses e experiências enquanto pesquisadora, decidimos construir um projeto de

---

pesquisa que abordasse interseccionalmente a participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Apoio Matricial em Saúde Mental de Belo Horizonte para fins de pensar o avanço da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto convidamos a professora Dra. Lisandra Espíndula Moreira, que há tempos vem trabalhando com a perspectiva interseccional, para coorientadora da tese.

Para abordar as situações mencionadas que revelam dificuldades de participação das ACS no AMSM, assumimos a perspectiva teórica dos feminismos negros interseccionais, inicialmente propostos e difundidos nos EUA por mulheres negras que não se sentiam representadas por nenhum dos dois movimentos emancipatórios que à época emergiam na sociedade americana: o feminismo e o antirracismo. Isso porque o Movimento Feminista, a partir da ideia universal de “mulher”, igualava as experiências das mulheres brancas às experiências das mulheres negras, ignorando o marcador social de raça. E o Movimento Antirracista, partindo da ideia universal de “negro”, igualava as experiências das mulheres negras às experiências dos homens negros, ignorando o marcador de gênero (hooks, 2019; Rios & Lima, 2021).

Questionando suas invisibilidades nas pautas levantadas por ambos os movimentos, algumas mulheres negras feministas e antirracistas começaram a defender a necessidade de se internacionalizar marcadores sociais como gênero, raça e classe para se alcançar igualdade racial, de classe e gênero. Assim, demonstrando que o discurso universal é profundamente excludente, elas começavam a apontar a inviabilidade de se partir de uma ideia universal de mulher para pensar os feminismos - o que ficou evidenciado no discurso feito por Sojourner Truth, ex-escravizada que se tornou oradora, na Convenção dos Direitos das Mulheres em Ohio em 1851 (hooks, 2019; Rios & Lima, 2021):

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregá-las quando atravessam um lamaçal, e elas devem ocupar sempre os mesmos lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros, e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou eu uma mulher? Consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem - quando tinha o que comer - e aguentei as chicotadas! Não sou eu uma mulher? Pari cinco filhos, e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou eu uma mulher? (Ribeiro, 2018, p. 51-52).

As críticas feitas pelas ativistas negras demonstraram que, em sociedades fundamentalmente capitalistas, patriarcais e racistas, existem diferentes mecanismos de poder que se entrecruzam potencializando violências estruturais. Isso faz com que as pessoas sejam

oprimidas e emancipadas de maneiras completamente distintas a depender de marcadores sociais que se atravessam e estão imbricados entre si – como classe, gênero, raça, formação, sexualidade, entre outros –, o que torna necessário nos questionarmos sempre de quais pessoas estamos falando (Ribeiro, 2018; hooks, 2019).

Ao fazermos este exercício proposto pelas feministas negras interseccionais, de nos questionarmos sobre quem são as ACS e os apoiadores matriciais, pudemos constatar a partir de pesquisas anteriores que existem diferenças importantes nos lugares sociais ocupados por essas pessoas. Enquanto a categoria profissional de ACS é composta majoritariamente por mulheres negras que possuem apenas o Ensino Médio, a categoria profissional de apoiadores matriciais é composta majoritariamente por mulheres brancas que possuem no mínimo Ensino Superior completo (Lino *et al.*, 2012; Simas, 2017; Lotta *et. al.*, 2021; Macedo *et. al.*, 2012; Almeida & Furegato, 2015; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2016).

Tais diferenças entre as duas categorias de profissionais, quando analisadas pela ótica dos feminismos negros interseccionais, fazem pensar em violências, opressões e preconceitos que, embora não sejam devidamente nomeados, podem estar sendo praticados por apoiadores em relação às ACS nos espaços de matriciamento em saúde mental. Portanto, uma vez que ACS e apoiadores ocupam lugares sociais bastante distintos, é importante analisar de que forma alguns marcadores sociais atravessam as relações estabelecidas entre eles e resultam em dificuldades de participação das ACS no AMSM.

Elucidadas as bases teóricas e os pressupostos dos quais partimos para a construção desta tese, é importante delimitar onde eu me localizo enquanto pesquisadora. Nesse sentido, destaco que falo e escrevo de um lugar de privilégio social pois sou uma mulher branca, de classe média, com formação de nível superior. Esse é um ponto fundamental, inclusive, para pensarmos nos impactos de marcadores como classe, gênero, raça e formação nas relações estabelecidas com as participantes e na própria pesquisa uma vez que é importante estarmos atentos àquilo que se conta ou não se conta para uma pesquisadora branca.

Por fim, destaco que a entrada no LAGIR abriu muitas portas, pois este é um grupo com uma história já consolidada que há alguns anos vem desenvolvendo pesquisas na rede de saúde mental de BH. Portanto, a oportunidade de integrar o grupo me possibilitou a inserção na APS do município, que geralmente não é uma inserção fácil. Isso resultou na possibilidade de conhecer alguns Centros de Saúde, acompanhar espaços de Apoio Matricial em Saúde Mental, conversar com profissionais que trabalham diretamente com saúde mental, entrevistar apoiadores matriciais e Agentes Comunitárias de Saúde. Refiro-me a essas possibilidades oportunizadas a partir do momento em que ingressei no LAGIR para destacar a potencialidade

do trabalho de doutorado que, a partir de então, pôde ser desenvolvido coletivamente com algumas Equipes de Saúde da Família que compõem a APS belorizontina a partir do início de 2023 - momento em que iniciei a investigação no campo propriamente dito. Essa foi uma experiência pessoal e profissional extremamente rica para o meu crescimento enquanto pesquisadora e militante da área da saúde mental.

### Referências bibliográficas

Almeida, A. S. Furegato, A. R. F. (2015). Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4 (1), pp. 79-88. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>

Bispo Junior, J. P. Moreira, D. C. (2018). Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], v. 28, n. 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>

Campos, D. B., Bezerra, I. C. & Jorge, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. (2020) Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde. 18(1), 1-18

Campos, G. W. de S. Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), pp. 399-407. Recuperado em 10/07/2019. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016

Freire, P. (2020). *Pedagogia do oprimido*. Paz & Terra. 73 edição.

hooks, bell. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro*. Perspectiva.

Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. Hucitec.

Lino, M; M., Lanzoni, G.M.M.,Albuquerque,G.L.&Schveitzer,M.C.(2012).Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17(1), 67-64.

Leme, Kaleb., Reis, Maria., Amorim, Sulamita., Onocko Campos, Rosana. (2023). O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde. *Rio de Janeiro: Saúde Debate*, 47 (137), p. 146-157.

Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora de atenção à crise. *Interface*, 20 (58), p. 625-635.

Lino, M; M., *et al.* (2012). Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1), pp. 67-64.

Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C., Tavares, D., Haddad, J., Corrêa, M., Rocha, M., Porto, P., Schall, B., Wenham, C. & Pimenta, D. (2021). A pandemia de COVID-19 e os profissionais da saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. Recuperado em 18/02/22 : Artigo 2 - google acadêmico.pdf

Macedo, J. P., *et al.* (2011). O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos?. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 3, pp. 479-489. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/tkKzmJLq5NsXjxZtZxKBrJg/?format=pdf&lang=pt>. Epub 12 Abr 2012.

Oliveira, J. C. (2021). Articulação entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Oliveira, E., Aguiar, J., Cavalcante, M. (2011). Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia? In: *Essentia*, Sobral, 13 (1), p. 25-38.

Onocko-Campos, R. (2013). Saúde mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam. In: Paulon, S. & Neves, R. (Org). (2013). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.

Pastana, D. H. (2019). O aspecto técnico-pedagógico do apoio matricial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Penido, C. M., Castro, B. P., Coimbra, J. R., Baker, V. D. & Franco, R. F. (2018). Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais? *Revista Polis e Psique*, 8(1), 33-51.

Pereira, M. (2020). *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Pereira, M., Passos, R., Nascimento, A., Correia, L., & Almeida, O. (2020). *Luta antimanicomial e feminismos: formação e militâncias*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Ribeiro, D. (2018). *Quem tem medo do feminismo negro?* 1. ed. Cia das Letras.

Simas, P. R. P., Pinto, I. C. M. (2017). Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde na região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, (6), pp. 1865-1876.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar interseccionalmente a participação de Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental de Belo Horizonte, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever como acontece a participação das ACS no AMSM;
- Identificar processos de ensino/aprendizagem das ACS no AMSM;
- Compreender como são produzidas as relações entre ACS e apoiadores matriciais;
- Investigar os marcadores sociais que atravessam a participação das ACS no AMSM.

### 1.3 Organização

Além das sessões referentes à introdução e considerações finais, esta tese de doutorado foi organizada em três artigos. O artigo I se caracterizou como um ensaio teórico, de natureza exploratória, a partir do qual buscou-se realizar uma aproximação entre as duas principais perspectivas teórico-metodológicas que embasaram o presente trabalho: Reforma Psiquiátrica e interseccionalidade. Os artigos II e III, de natureza mais empírica, foram desenvolvidos a partir dos materiais produzidos ao longo da pesquisa por meio de observações participantes e entrevistas semiestruturadas. As observações participantes aconteceram entre janeiro e abril de 2023, tendo sido realizadas em quatro Centros de Saúde diferentes durante reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental que acontecem mensalmente entre Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Foram efetuadas oito observações, sendo duas em cada Centro de Saúde. As entrevistas - cujos roteiros estão em apêndice no final da tese - foram feitas posteriormente, entre abril e maio de 2023, com apoiadores matriciais e Agentes Comunitárias de Saúde. Foi realizado um total de oito entrevistas, sendo quatro com ACS e quatro com apoiadores matriciais.

O primeiro artigo, um ensaio intitulado *Reforma Psiquiátrica e interseccionalidade: mudanças e continuidades*, teve como objetivo discutir, a partir do conceito de interseccionalidade, como são caracterizados os cidadãos tidos como loucos e quais são os lugares considerados cabíveis para eles na sociedade brasileira. Nesse sentido, lançamos mão de categorias como gênero, raça e classe para fins de compreender os conceitos e espaços direcionados à loucura em organizações sociais fundamentalmente capitalistas, fundadas com base no patriarcado e no racismo. Para isso, tomamos como norte dois momentos históricos distintos: o período anterior ao advento da Reforma Psiquiátrica brasileira e o período posterior ao advento do movimento.

O segundo artigo teve como objetivo analisar as implicações da participação de ACS no matriciamento em saúde mental para o avanço da Reforma Psiquiátrica e, nesse sentido, recebeu o título de *Participação de Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental: pensando o avanço da Reforma Psiquiátrica*. Esse texto foi construído tomando como norte os processos de ensino/aprendizagem protagonizados pelas ACS nos espaços de Apoio Matricial em Saúde Mental de Belo Horizonte, elementos que pudemos perceber a partir das reuniões de matriciamento que observamos e das entrevistas que realizamos tanto com ACS quanto com apoiadores matriciais. Tratou-se de um artigo relacionado, portanto, mais diretamente com os seguintes objetivos específicos da pesquisa: 1) Descrever como acontece a

participação das ACS no AMSM; 2) Identificar processos de ensino/aprendizagem das ACS no AMSM.

O terceiro artigo, intitulado “*Eu não tinha parado pra pensar*”: *feminismos no Apoio Matricial em Saúde Mental*, teve a finalidade de discutir os marcadores sociais que atravessam a participação de ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Este foi um texto produzido a partir de elementos que apareceram nas entrevistas e observações participantes e que possibilitaram pensar no quanto as dificuldades de participação das ACS no matriciamento em saúde mental de Belo Horizonte parecem estar relacionadas com preconceitos e silenciamentos decorrentes do fato de elas serem majoritariamente mulheres negras que estudaram somente até o Ensino Médio. Nesse sentido, trata-se de um artigo que está mais relacionado com os seguintes objetivos específicos da pesquisa: 3) Compreender como são produzidas as relações entre ACS e apoiadores matriciais; 4) Investigar os marcadores sociais que atravessam a participação das ACS no AMSM.

## **2. ARTIGO I - REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTERSECCIONALIDADE: MUDANÇAS E CONTINUIDADES**

### **RESUMO**

Este artigo teve como objetivo discutir, em articulação com o conceito de interseccionalidade, como são construídos os conceitos e lugares relacionados à loucura ao longo da história. Para isso, foram considerados dois momentos históricos distintos: o período anterior e o período posterior ao advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada no fim dos anos 70. O texto se caracterizou como um ensaio teórico de natureza exploratória, que buscou investigar interseccionalmente o quanto alguns marcadores sociais da diferença - como gênero, raça e classe - se apresentam profundamente atrelados com a produção social de saberes e práticas no âmbito da saúde mental na sociedade brasileira que é estruturalmente capitalista, patriarcal e racista.

### **Introdução**

Sabemos que as linhas da história do nosso país foram costuradas com muito sangue, violência e opressão. Ao mesmo tempo, sabemos também que, por outro lado, sempre existiu resistência, organização e luta. (...) Nossa história foi de silenciamento, mas também de gritos. De opressão, mas também de rebeldia. De violência, mas também de contra-ataque. De desterro, mas também de união e mobilização (Silva & Carneiro, 2023, p. 9).

O final da década de 70 foi um período de redemocratização do Brasil, que se organizava civil e socialmente contra a ditadura militar que estava no poder desde 1964. Eram tempos duros no país, perpassados pelas repressões inerentes ao regime de exceção política, mas também marcados por resistências populares e pela insurgência de importantes movimentos trabalhistas. Foi nesse contexto de luta e mobilização social que, inspirada pelas iniciativas estrangeiras e sobretudo pela experiência italiana, a Reforma Psiquiátrica brasileira deu seus primeiros passos (Amarante, 2008; 2019).

Segundo Amarante (2008; 2021), a Reforma Psiquiátrica se caracteriza como um processo social complexo, cujo principal objetivo é transformar as relações estabelecidas pela sociedade com a loucura. Trata-se de um movimento dinâmico, democrático e abrangente que, abarcando conceitos e atores plurais, ocorre em diferentes níveis. Destacando a amplitude da

Reforma, o autor propõe compreendê-la a partir de quatro dimensões que se atravessam formando uma totalidade processual: teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política; e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito aos conhecimentos produzidos pela sociedade em relação à loucura. A dimensão técnico-assistencial está relacionada aos dispositivos construídos para que o cuidado em saúde mental aconteça em liberdade. A dimensão jurídico-política se refere aos aspectos legislativos, sociais e civis inerentes aos direitos humanos dos cidadãos que vivenciam a experiência da loucura. E a dimensão sociocultural envolve ações artístico-culturais que viabilizam um novo lugar social para a loucura (Amarante, 2008; 2021).

Considerando as dimensões da Reforma Psiquiátrica propostas por Amarante (2008) em articulação com o conceito de interseccionalidade cunhado a partir dos feminismos negros, Pereira (2020) amplia a postulação do autor em relação à concepção da Reforma Psiquiátrica enquanto um processo social complexo. Em sua tese de doutorado, que foi orientada pelo próprio Amarante, ela propõe uma compreensão da Reforma como um processo social complexo e interseccional. Em acordo com Pereira (2020, p. 75), “entendemos as dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais, trazidas por Amarante, sempre interseccionalizadas pelas relações de gênero, raça e classe”.

As quatro dimensões, se analisadas pela ótica dos femininos negros interseccionais, podem contribuir para pensar de maneira mais ampliada como são construídos conceitos e lugares para a loucura ao longo da história. E este é um exercício fundamental se compreendemos que a Reforma Psiquiátrica não consiste em um processo datado, tampouco finalizado. Trata-se de um movimento que possibilitou a reorientação de todo o modelo de atenção à saúde mental, assim como a efetivação de um cuidado em liberdade, mas que segue em curso já que a lógica manicomial ainda é reproduzida em nossa sociedade com vieses de gênero, raça e classe (Amarante, 2021).

A ideologia psiquiátrica - através de suas instituições e saberes - é um dos principais sintetizadores das contradições capitalistas: as relações de gênero, raça e classe que se enodam e ganham corpo nas instituições, nos serviços, na produção de conhecimento e nas relações sociais atravessadas pela doença mental. (...) Diante disso, faz-se urgente e imprescindível a visibilização de tais enodamentos para a construção de novas alternativas que, de fato, contemplem pessoas em um processo social complexo e interseccional (Pereira, 2020, p. 75).

As discussões sobre a Reforma Psiquiátrica em articulação com a interseccionalidade foram invisibilizadas durante muito tempo, mas vêm ganhando força nos textos acadêmicos e

movimentos sociais (Pereira, 2020; Pereira, et. al., 2020). Segundo Pereira e Passos (2017) os debates sobre as relações entre loucura e sociedade, sobretudo a partir de uma leitura de categorias como gênero, raça e classe, têm apontado para caminhos importantes que concorrem para uma práxis libertadora tanto no campo da saúde mental quanto no âmbito dos feminismos interseccionais.

Apontando para a complexidade das experiências individuais, o conceito de interseccionalidade possibilita investigar como são construídas relações cotidianas entre pessoas “com mais ou menos poder” em sociedades fundamentalmente marcadas pela diversidade. Compreendendo que não há universalidade da condição humana em organizações sociais capitalistas, patriarcais e racistas, as feministas negras propuseram considerar elementos como gênero, raça e classe enquanto eixos estruturantes dos processos de dominação (hooks, 2019; Rios & Lima, 2020; Collins & Bilge, 2021). Além disso:

Ao nomear as opressões de raça, classe e gênero, entende-se a necessidade de não hierarquizar as opressões, de não criar (...) primazia de uma opressão em relação a outras. Pensar em feminismo negro é justamente romper com a cisão criada numa sociedade desigual. Logo, é pensar projetos, novos marcos civilizatórios, para que pensemos um novo modelo de sociedade (Ribeiro, 2018).

Os debates sobre o que hoje conhecemos como “interseccionalidade” começaram a acontecer por volta da década de 1960 em diferentes países. No Brasil, algumas feministas negras já estavam produzindo discussões relacionadas à interseccionalidade na década de 1970, reivindicando igualdade racial, de classe e gênero. Porém, o conceito de interseccionalidade só foi cunhado no final da década de 1980, por Kimberlé Crenshaw, que o definiu como “uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (Crenshaw, 1989, p. 123).

O conceito de interseccionalidade foi criado, portanto, a partir de críticas sociais feitas por mulheres feministas negras no sentido de demonstrar que o discurso universal é profundamente excludente. Segundo essas ativistas, em sociedades capitalistas, patriarcais e racistas existem diferentes mecanismos de poder que se entrecruzam potencializando violências estruturais, o que faz com que as pessoas sejam oprimidas e emancipadas de maneiras distintas a depender de marcadores sociais que estão imbricados entre si (Ribeiro, 2018; hooks, 2019).

Nesse sentido, trabalhar com o conceito de interseccionalidade implica em desnaturalizar a universalidade da condição humana para historicizar as desigualdades sociais, o que se faz a partir de uma análise das relações de poder que produzem modos distintos de opressão/emancipação social. Sendo assim, a interseccionalidade consiste em uma abordagem teórica, metodológica e analítica que possibilita pensar de maneira crítica as relações de poder

que atravessam as sociedades, instituições, políticas públicas e movimentos sociais (Mayorga, 2014).

Dito isso, é possível afirmar que a interseccionalidade oferece elementos epistemológicos, teóricos e metodológicos que possibilitam pensar o como e o quanto a loucura está em interação com outros dispositivos de exclusão existentes na sociedade (Valentim, *et. al.*, 2020). Este é um exercício importante uma vez que o Movimento da Luta Antimanicomial sustenta a inclusão de várias outras lutas na pauta da saúde mental: “a luta por uma sociedade sem manicômios coloca-se contrária às desigualdades de classe, gênero, raça/etnia e defende a superação da propriedade privada” (Moreira & Passos, 2018, p. 186).

O Movimento da Luta Antimanicomial defende que a Reforma Psiquiátrica seja assentada em uma perspectiva radical, visando não apenas uma reforma da assistência à saúde mental, mas um projeto societário de transformação. Isso foi registrado na Carta de Bauru de 1987, documento que apontou as diversas formas de opressão institucionalizadas na sociedade e reiterou a inviabilidade de se efetivar a construção de novos conceitos e lugares para a loucura sem a articulação com outros movimentos que também atuam em favor dos direitos humanos (Pereira & Passos, 2017):

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Carta de Bauru, 1987).

As mesmas questões também foram registradas no Manifesto de Bauru de 2017. No encontro que aconteceu no final do ano de 2017, novamente na cidade de Bauru/São Paulo, profissionais, pesquisadores e militantes da Reforma Psiquiátrica comemoraram os trinta anos do Movimento da Luta Antimanicomial. Na ocasião, todos reafirmaram que a busca por uma sociedade sem manicômios deve seguir se expandindo para um plano de lutas mais gerais, de modo a possibilitar a construção de uma organização social mais justa, democrática e igualitária (Moreira & Passos, 2018):

Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial. Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTTQI, movimento da população de rua, por trabalho,

moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas (Carta de Bauru, 2017).

Partimos então do entendimento de que, embora a Reforma Psiquiátrica não seja um processo finalizado, é possível se pensar nos conceitos e lugares construídos para abordar os indivíduos tidos como loucos antes e depois do advento desse movimento social complexo e interseccional. Para tanto, esse artigo se baseia no conceito de interseccionalidade (Crenshaw, 1989), a partir do qual se entende que a própria definição de loucura, assim como os espaços reservados para a mesma, foram sendo socialmente construídos em articulação com categorias como gênero, raça, classe e sexualidade (Pereira & Passos, 2017; Pereira, et. al., 2020; Valentin, et. al., 2020). Soma-se a isso o fato de que:

No campo da saúde mental e da atenção psicossocial identificamos que há uma enorme escassez no que diz respeito ao debate da questão étnico-racial. A pouca aproximação da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial com a Luta Antirracista demonstra o quanto ainda podemos estar vulneráveis e frágeis para avançarmos com questionamentos sobre as novas expressões do manicômio na atualidade. (...) Torna-se urgente uma intersecção entre as lutas e ações para combater práticas manicomiais que estão assentadas no racismo, no patriarcado e no colonialismo (Moreira & Passos, 2018, p. 179).

Dito isso, interseccionalizando algumas categorias com o período anterior e posterior ao advento da Reforma Psiquiátrica, buscaremos nos voltar para as seguintes indagações: como a loucura é caracterizada e quais são os lugares considerados cabíveis para os loucos em nossa sociedade? Como os mecanismos estatais estão interligados com os dispositivos psiquiátricos ou de Atenção Psicossocial e o quanto eles refletem aspectos patriarcais, classistas e escravocratas que estruturam a sociedade brasileira? (Pereira & Passos, 2017; Moreira & Passos, 2018; Pereira, 2020; Valentin et. al., 2020; Lima & Romagnoli, 2023).

### ***1. Antes do advento da Reforma Psiquiátrica: interseccionalizando saberes e lugares construídos para a loucura***

Para pensarmos os conceitos e lugares destinados à loucura anteriormente ao advento da Reforma Psiquiátrica, cabe retomar brevemente a história dos manicômios brasileiros do século XX. Considerando esse período histórico durante o qual a psiquiatria inaugurou concepções específicas para caracterizar os cidadãos tidos como loucos, discutiremos a partir do conceito de interseccionalidade alguns elementos referentes às instituições criadas supostamente para tratar esses indivíduos.

Tomemos como exemplo o Hospital Colônia, maior hospício do Brasil localizado em Barbacena/Minas Gerais, onde se dizimou a vida de pelo menos sessenta mil indivíduos à época

considerados loucos (Arbex, 2013). A justificativa utilizada pela psiquiatria para internar determinadas pessoas nesta e nas demais instituições manicomiais foi a de que elas possuíam diagnóstico de transtorno mental e que, por isso, precisavam ser isoladas da sociedade. Paradoxalmente, verificou-se que cerca de 70% das pessoas enviadas para o Colônia em Barbacena/Minas Gerais não possuíam diagnóstico de transtorno mental (Arbex, 2013).

Não se trata de dizer aqui que as condições desta - ou de qualquer outra instituição manicomial - fossem aceitáveis para as pessoas que vivenciavam a experiência da loucura, como se o erro da psiquiatria tivesse sido apenas o de enquadre diagnóstico, ou como se o erro dos hospitais psiquiátricos tivesse sido apenas o de isolar quem não possuía diagnóstico de loucura. Mas ora, se o motivo que supostamente justificava a internação de determinadas pessoas era o fato de que elas tinham diagnóstico de transtorno mental, porque então os manicômios estavam cheios de pessoas sem diagnóstico de transtorno mental?

Nesse sentido, a questão que se apresenta é: se não foram os loucos, quem foram as pessoas internadas em Barbacena? Segundo Arbex (2013), foram as mulheres, os pobres, os negros, os homossexuais, entre outros que se tornavam incômodos para alguém com mais poder. Pereira e Passos (2017) afirmam: “as mulheres que receberam esse destino foram as pobres, negras, lésbicas, bissexuais, que engravidavam antes do casamento (...), as que queriam se apropriar da própria vida ou da vida pública, as tristes demais, as felizes demais, entre outras (p. 155)”. Ao descrever o caso de um adolescente que, assim como tantos outros, foi encaminhado para Barbacena sem diagnóstico de transtorno mental, Arbex (2013) aponta:

O menino hospitalizado apenas por ser tímido se separou da família sem diagnóstico de loucura, embora não tenha sido difícil arranjar uma doença para ele. Qualquer moléstia mental serviria, afinal, o rapaz era filho da pobreza como a maioria dos depositados nos manicômios do Estado (Arbex, 2013, p. 132).

Durante muito tempo, a loucura foi abordada em textos acadêmicos e movimentos coletivos a partir de perspectivas eurocêntricas, hegemônicas e conservadoras que desconsideraram determinações sociais e negam processos históricos, de modo que os cidadãos tidos como loucos foram sendo descritos como figuras sem gênero, raça, classe e sexualidade (Pereira & Passos, 2017; Moreira & Passos, 2018). Entretanto, como exposto acima, a maioria das pessoas institucionalizadas nos manicômios brasileiros tinha perfis raciais, sexuais, de gênero e classe bem específicos (Valentim, et. al., 2020).

Estes são elementos que indicam o quanto, antes da Reforma Psiquiátrica, os conceitos relacionados à loucura foram sendo socialmente construídos com base em vieses de gênero, raça, classe e sexualidade. A partir de uma ideia de diferença em relação a um padrão colocado

como normal - representado pelo homem, branco, rico, heterossexual e de preferência cristão (Ribeiro, 2020) -, as pessoas que se distanciavam dessa normalidade foram sendo caracterizadas como loucas, perigosas e capazes de violar os princípios da moral sexual burguesa (Basaglia, 2005).

Paralelamente, o hospital psiquiátrico - lugar construído especificamente para tratamento da loucura -, atuou como instrumento de controle social, onde foram isolados determinados grupos de pessoas que não se enquadravam no ideal de normalidade socialmente construído. Nesse sentido, o manicômio “foi considerado por Basaglia (2005) como instituição da violência, já que através da doença justificava-se o controle, a contenção, a medicalização e a patologização dos corpos e dos comportamentos que fugiam dos padrões considerados normais” (Moreira & Passos, 2018, p. 189).

A existência dos manicômios - símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao apartheid do negro e aos guetos - é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos “incompreensível” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos. O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela (Basaglia, 2005, p. 117).

A partir das considerações de Basaglia (2005), é possível afirmar que o manicômio se configurou como uma instituição que, com o aval de um mecanismo estatal, legitimou práxis de gestão, encarceramento e assassinato de corpos. Mas não de quaisquer corpos. Como visto em Valentim e colaboradores (2020), identificou-se nesses espaços asilares uma prática de segregação e violência “que o Estado demandava às instituições psiquiátricas, a fim de conter e isolar uma parcela muito específica da população” (p. 402).

Verifica-se que o discurso psiquiátrico, profundamente normativo e classificatório, colocou em funcionamento dispositivos de violência e isolamento embasados por uma prática médica cientificamente legitimada. Vale destacar que, neste momento anterior à Reforma Psiquiátrica, “a psiquiatria (...) funcionava em um contexto marcado pela hegemonia de uma cultura profundamente escravocrata e patriarcal, no qual este recém constituído saber psiquiátrico precisava se inserir a fim de se consolidar como força política reconhecida” (Valentim, *et. al.*, p. 400).

Para Valentim e colaboradores (2020), “será através destas construções discursivas, afinadas com o pensamento biologicista e com a tradição colonial e escravocrata, autointitulada

superior e suposta provedora do trabalho e do pão (p. 401)”, que a psiquiatria ocupará seu lugar social e político de isolar sob a égide da loucura pobres, negros e mulheres. De acordo com os autores, o grande número de mulheres internadas nos manicômios representa uma prática da sociedade de negar “a autonomia feminina e encarar seu discurso como uma fala sem sentido, de louco” (p. 390)”.

Trata-se de uma prática estatal que, sem dúvidas, foi mais incisiva em relação às mulheres negras. Ao abordarem mulheres consideradas loucas, Valentim e colaboradores (2020) explicam que “o apagamento das histórias singulares e individuais, a patologização dos desejos, a normatização das condutas estão para todas” (p. 390). Porém, ao falarem especificamente da experiência de mulheres negras reconhecidas como loucas, os autores acrescentam que “há silêncios que decorrem de sua vulnerabilidade social e racial e se somam àqueles que já decorriam em função de seu gênero” (p. 390).

Enfatizamos que o manicômio sempre foi lugar de isolamento, enclausuramento e abandono daqueles que não reproduzem a normalidade ditada pela sociabilidade burguesa, servindo de instrumento de ajustamento, adequação e castração dos sujeitos. A instituição psiquiátrica pode até deixar de existir, mas suas expressões, na atual conjuntura, estão colocadas de outras formas e também precisam ser superadas e aniquiladas. Esses retrocessos trazem um severo impacto na consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e novos desafios para a Luta Antimanicomial (Moreira & Passos, 2018, p. 189).

Frente ao exposto, é notório que o manicômio foi uma instituição que legitimou a gestão, o encarceramento e o assassinato de grupos específicos: negros e pobres. Na contemporaneidade, o Estado continua gerindo, encarcerando e assassinando milhares de negros e pobres com a justificativa de que são loucos. Ainda que de maneira mais velada, atualmente isso é feito até mesmo por meio dos aparatos técnico-assistenciais criados no contexto da Reforma Psiquiátrica com o intuito de garantir direitos jurídico-políticos daqueles que vivenciam a experiência da loucura - questões que abordaremos a seguir (Arbex, 2013; Pereira & Passos, 2017).

## ***2. Após o advento da Reforma Psiquiátrica: interseccionalizando saberes e lugares construídos para a loucura***

Na sessão anterior abordamos interseccionalmente os conceitos e lugares destinados à loucura antes da Reforma Psiquiátrica e, agora, faremos isso considerando o período posterior ao movimento. Isso porque, mesmo que a Reforma tenha colocado em questão tantos debates e propiciado inúmeras transformações no campo da saúde mental, os espaços e definições criados

para a loucura permanecem sendo embebidos de racismo, machismo e classismo. Como afirmam Moreira e Passos (2018, p 187), “a instituição psiquiátrica pode até deixar de existir, mas suas expressões, na atual conjuntura, estão colocadas de outras formas e também precisam ser superadas e aniquiladas”.

Desde que a Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil, acontecem inúmeras tentativas de barrá-la, caracterizando um movimento de contrarreforma no país. Muitos indivíduos, grupos e instituições (como proprietários de clínicas particulares, partidos políticos e a indústria farmacêutica) se beneficiam com a permanência do aparato manicomial de tratamento da loucura e, por isso, não estão interessados na erradicação do mesmo. Nesse sentido, tais atores sociais trabalham a favor da perpetuação da lógica manicomial com vieses de gênero, raça e classe (Severo & Dimenstein, 2009).

O movimento de contrarreforma se tornou mais evidente nos últimos anos, em especial após o ano de 2015, período em que as tentativas de boicote e desmantelamento da Reforma Psiquiátrica tomaram contornos mais acentuados representando um expressivo retrocesso para a política de saúde mental e a Luta Antimanicomial (Moreira & Passos, 2018; Prudencio, Theodoro e Baqueiro, 2023). Como destacado por Delgado (2019), está em curso um processo acelerado de desmonte da Reforma.

Destacamos que todo o processo de contrarreformas em curso (...) agrava substancialmente a condição vivenciada historicamente pelos negros e negras. Os retrocessos operados e em processo de desmonte, sobremaneira, no âmbito dos direitos trabalhistas, sociais, previdenciários (...) terá maior rebatimento naqueles/as que, por condições historicamente determinadas, estão nas situações mais degradantes e vulneráveis – como é o caso da população negra. (...) O avanço do conservadorismo, na saúde mental, vem permeando ações de Estados e Municípios. Como exemplo podemos destacar as ações higienistas com caráter racista e de cunho conservador de São Paulo. Em agosto de 2017, a edição 121 do jornal *Le Monde Diplomatique Brasil*, trouxe em sua capa uma charge que retrata as ações higienistas do governo João Dória, ocorridas no município de São Paulo ao longo de 2017. A banalização do mal, título atribuído a imagem e ao tema principal da edição, nos reporta à reflexão sobre a naturalização das violências e de ações que possuem caráter higienista, racista, xenofóbico e até fascista. (Moreira & Passos, 2018, p. 187).

Nesse ínterim, os indivíduos considerados loucos na contemporaneidade continuam sendo, em sua maioria, pobres e negros. Em relação a isso, existem vários saberes/fazeres que são naturalizados em nossa sociedade: o pobre diagnosticado com transtorno mental é tido como louco, mas o rico diagnosticado com transtorno mental é tido como excêntrico; o branco com diagnóstico de transtorno mental é tratado pela psiquiatria; mas o negro com diagnóstico de transtorno mental é morto pela polícia; a mulher que recebe diagnóstico de transtorno mental

é louca e precisa de medicação/internação; mas o homem que recebe diagnóstico de transtorno mental é “macho demais” para ser medicalizado/internado (Pereira & Passos, 2017).

No caso das mulheres, a medicalização pode ser traduzida na patologização de sofrimentos cotidianos, (...) muitas vezes ainda baseados em certos padrões relacionados ao “feminino”. (...) Esse tem sido o tema de vários estudos, a partir dos quais se delimita que ser mulher tem sido um importante motivo para a prescrição de remédios psiquiátricos. (...) Nos estudos realizados junto a médicos que receitam tais medicações, acompanhamos a construção da depressão e da ansiedade como sintomatologias femininas (Pereira & Passos, 2017, p. 41).

Em pesquisa realizada por Oliveira e colaboradores (2011), verificou-se entre os profissionais de saúde entrevistados uma compreensão naturalizada da medicação psiquiátrica como sendo “coisa de mulher”. Na mesma direção, nos estudos de Mendonça e colaboradores (2008) observou-se que os médicos entrevistados associavam o envelhecimento das mulheres a uma fragilidade emocional, de modo que na percepção deles os remédios psiquiátricos se faziam necessários para que fosse possível “evitar conflitos” e “manter a harmonia familiar”.

Pereira e Passos (2017), ao discutirem a atualização de marcadores como gênero, raça e classe no âmbito da saúde mental posteriormente ao advento da Reforma Psiquiátrica, citam os manuais contemporâneos de classificação diagnóstica dos transtornos mentais. Para as autoras, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) possuem uma listagem aparentemente neutra de sinais e sintomas psiquiátricos, mas contém um viés racializado, classista e generificado. A esse respeito, explicam que os transtornos mentais não são entidades metafísicas que existem por si mesmas, mas construções sociais que partem de uma ideia de sujeito ideal e universal (homem, branco, rico e heterossexual) para eleger padrões de normalidade/anormalidade. De acordo com as autoras, tomando como referência a classe média branca americana - grupo social extremamente privilegiado - os sinais e sintomas dos transtornos mentais são descritos no CID e no DSM de maneira acrítica e bastante questionável, de tal forma que classificar como loucos os indivíduos que se afastam desse tipo ideal de sujeito passa a ser um exercício não muito difícil.

Severo e Dimenstein (2009) afirmam que, apesar dos importantes avanços alcançados no campo da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica, a lógica manicomial continua se perpetuando na sociedade de diferentes maneiras. Segundo as autoras, isso pode ser observado até mesmo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde muitas vezes acontece uma administração exagerada de medicamentos de modo que se criam quadros de contenção dos usuários. Usuários que, como colocam Pereira e Passos (2017), permanecem sendo

majoritariamente negros e pobres - o que indica que as práxis relacionadas à loucura ainda estão assentadas no racismo, no patriarcado e no colonialismo (Moreira & Passos, 2018).

Pesquisas realizadas por Pereira e Passos (2017) com base em prontuários médicos de diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) demonstram que atualmente ainda há um predomínio de mulheres negras e pobres dando entrada nas instituições de atenção psicossocial. Na mesma direção, Lima e Romagnoli (2023) verificaram que “a maioria da população atendida na rede de saúde mental, no SUS, vive em condições de vulnerabilidade associadas ao fato de serem pessoas negras/pardas — efeitos persistentes da colonização e da escravização produzidas (p. 4).

Em pesquisa realizada por Barros e colaboradores (2014) constatou-se que há uma maior proporção de pessoas negras sendo internadas em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, de modo que os motivos principais das internações não constam como sendo diagnósticos de transtorno mental, mas sim a ausência de renda e/ou moradia. Zanello e Silva (2012), ao investigarem duas instituições psiquiátricas, também demonstraram que existe uma prevalência de mulheres, sobretudo de mulheres negras, registradas nos prontuários com situação de renda pauperizada e com ocupações de domésticas.

Em pesquisa realizada por Freitas e colaboradores (2017), que analisaram 57 prontuários com o objetivo conhecer o perfil dos usuários de um CAPS geral do município de Rolim de Moura/RO, observou-se que 65% dos usuários eram do sexo feminino. Em estudo desenvolvido por Trevisan e Castro (2018), cujo objetivo também foi caracterizar o perfil de usuários dos CAPS gerais, também verificou-se uma maioria do sexo feminino. Em estudo realizado por Barbosa e colaboradores (2020), que buscou analisar as características de usuários do CAPS geral do município de Paulo Afonso/Bahia, verificou-se a maioria como sendo do sexo feminino. Diferentemente do que se observa nos CAPS gerais, nos CAPS-AD verifica-se que há uma predominância de usuários do sexo masculino (Santana, *et. al.*, 2020).

Durante o ano de 2017, elementos estruturantes da sociedade como o conservadorismo, o patriarcado, o racismo e o colonialismo avançaram significativamente em diferentes âmbitos políticos, de modo que suas expressões atingiram o campo da saúde mental, ganhando contorno ainda mais repressor após 2019 (Moreira & Passos; 2018; Prudêncio, Theodoro & Baqueiro, 2023). Desde esse período tem sido possível observar “múltiplos ataques e retrocessos na realidade brasileira. Perderam-se direitos sociais, trabalhistas, previdenciários. Sofreu-se ataques com carácter fascista, machista, sexista, lgbtfóbico, racista e etc” (Moreira & Passos, 2018, p. 179).

Em dezembro de 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovou, sem qualquer possibilidade de debate e questionamento, mudanças que são contrárias às recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Mental e de Saúde e das diretrizes da Reforma Psiquiátrica apontadas na Lei 10.216/2001 e demais portarias. A nova proposta para a política de saúde mental visa aumentar os recursos financeiros para os manicômios; ampliar a verba para as internações nas comunidades terapêuticas para usuários que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas e retoma a participação ampliada dos ambulatórios na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Enfatizamos que o manicômio sempre foi lugar de isolamento, enclausuramento e abandono daqueles que não reproduzem a normalidade ditada pela sociabilidade burguesa, servindo de instrumento de ajustamento, adequação e castração dos sujeitos. (...) Esses retrocessos trazem um severo impacto na consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e novos desafios para a Luta Antimanicomial. Entendemos que essa portaria simboliza uma forte expressão do conservadorismo e permite que práticas higienistas, racistas, machistas, sexistas, lgbtfóbicas, xenofóbicas e fascistas sejam reforçadas e atualizadas, principalmente pela ampliação do financiamento dos leitos nas comunidades terapêuticas e nos manicômios. Para Pereira e Passos (2017), as comunidades terapêuticas estão sendo acionadas para internarem de forma compulsória as mulheres pobres, negras, travestis e transexuais, atualizando práticas que violam os direitos humanos e que já foram denunciadas anteriormente (Moreira & Passos, 2018, p. 187).

Como mencionado na citação acima, as Comunidades Terapêuticas (CTs) se destacam no cenário contemporâneo enquanto instituições manicomiais, que ganharam força em cenários sociais, políticos e econômicos distintos (Prudencio, Theodoro & Baqueiro, 2023). Nessas instituições descritas por Pereira & Passos (2017) como uma das formas mais arcaicas de tratamento em saúde mental existentes atualmente vêm sendo internadas compulsoriamente pessoas que estão em situação de rua e/ou que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas. Sendo geridas majoritariamente por pastores e outros líderes evangélicos, as CTs são espaços asilares que, baseados em um extremo conservadorismo, articulam de maneira muito cruel questões morais e religiosas.

Há alguns anos as Comunidades Terapêuticas têm recebido uma série de denúncias de maus tratos por entidades que realizam vistorias e visitas a diversas unidades. (...) Pessoas contidas fisicamente, amarradas ou trancadas, expostas a punições coletivas e agressões físicas, assim como a trabalhos forçados e uso de medicação generalizada, sem a realização de projetos terapêuticos singulares e, muitas vezes, diante da ausência de equipes profissionais (Pereira & Passos, 2017, p. 41).

Em 2017, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou uma inspeção nacional em mais de trinta Comunidades Terapêuticas das cinco regiões do Brasil, nos estados do Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal. A ação, que foi realizada em parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público

Federal e com o Mecanismo Nacional de Prevenção à Tortura (MNPCT), contou com a participação de cerca de cem profissionais.

Os profissionais recolheram documentos, entrevistaram usuários, técnicos e diretores com o intuito de identificar se o atendimento respeitava os direitos humanos na oferta de cuidado à população atendida. Nas instituições que foram alvo da investigação, verificou-se uma rotina rígida, o uso de força, sanções e indícios de tortura, além de contenção de pessoas, segurança, vigilância, vistorias, prática de revista e intolerância à diversidade sexual. Entre as situações encontradas, chamou a atenção o caso de uma mulher transexual mantida sem registro em uma unidade voltada ao público masculino, em condição de extrema vulnerabilidade:

A interna sofre muito preconceito por ser mulher trans. Além de arriscado e causar muito embaraço e fantasias entre homens que estão privados de vida sexual, enquanto internados, esse é um espaço passível para mais violência contra essa mulher, devido à falta de segurança e à insensibilidade em torno da questão de gênero. (Conselho Federal de Psicologia, 2017, p. 127).

O relatório publicado pelo CFP aponta para a importância de reflexão acerca das motivações que atravessam a manutenção de cidadãos como a que foi citada acima nas Comunidades Terapêuticas. Em relação a isso, os autores afirmam que parece se tratar do uso dessas instituições asilares com o objetivo de manter isolados sujeitos que apresentam condutas consideradas socialmente indesejáveis. Outro caso referente à abordagem da diversidade sexual que se destacou foi de uma CT na qual o diretor admitiu já ter praticado o que ele denominou de reversão sexual de internos (Conselho Federal de Psicologia, 2017, p. 127).

No caso das internações involuntárias – que além de laudo médico devem ser informadas ao Ministério Público em até 72 horas –, as vistorias identificaram em apenas duas das 28 comunidades terapêuticas visitadas o documento médico com a autorização para tais internações. Mesmo nessas unidades, foram encontrados problemas, entre os quais: a ausência de informações específicas e situações que permitiram ter dúvidas sobre as datas de chegada do interno à comunidade terapêutica, denotando, no mínimo, incompatibilidade nos dados apresentados. As vistorias apontaram que internações voluntárias também têm se dado ao arrepio da lei. O padrão, nos locais inspecionados, foi que não apresentassem laudos médicos, requeridos para essa modalidade de internação (Conselho Federal de Psicologia, 2017, p. 13).

Como citado acima, foi identificado também nas Comunidades Terapêuticas uma ausência de laudos médicos que indicassem a necessidade de tratamento, requeridos para essa modalidade de internação. Esse é mais um dos elementos que corroboram o quanto, em muitos casos, essas instituições parecem funcionar como depósito de pessoas aparentemente sem diagnóstico que estão simplesmente sendo isoladas da sociedade em lugares onde passam a ser medicadas somente para fins de contenção química (Conselho Federal de Psicologia, 2017; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2021).

Qualquer semelhança com os manicômios brasileiros do século XX não é apenas coincidência: as Comunidades Terapêuticas contribuem para a manutenção dos formatos de internação para exclusão, contrários ao que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica preconizam. Não por acaso, os relatórios realizados até o presente momento mostram que há um predomínio de pessoas pobres e negras sendo internadas nessas instituições asilares (Pereira & Passos, 2017; Pereira, 2020, p. 63).

É importante localizarmos as comunidades terapêuticas (CTs) no cenário contemporâneo e de que maneira estão sendo acionadas para a internação compulsória de mulheres pobres e negras e também de mulheres travestis e transsexuais. A proposta de internação compulsória para esses casos vem sendo direcionada para a busca de “cura” para diversos comportamentos considerados como “desvios sociais”. Estas internações reatualizam o cenário do início do século XX em que mulheres desviantes foram internadas por suas famílias, vizinhos e comunidades por serem consideradas “anormais”. As CTs, porém, não estão colocadas apenas para as mulheres e têm se apresentado como medida atual e oficial de Estado para diversos grupos marginalizados, sob a justificativa das demandas decorrentes do uso de drogas e de “desvios sociais” que apontam para medidas de caráter eugênico e higienista. Tais medidas possuem caráter racista, machista e classista (Pereira & Passos, 2017, p. 113).

Instituições como as Comunidades Terapêuticas atualizam, portanto, a violência estatal direcionada a alguns grupos minoritários, de modo que essa situação da realidade contemporânea acaba não sendo tão diferente do holocausto que matou sobretudo, negros e pobres nos manicômios do século XX. Aliás, como interroga Passos (2018), “holocausto” ou “navio negreiro”? O cenário genocida atravessado por gênero, raça e classe é atualizado com outras roupagens: agora sob as vestes de uma violência mascarada, que passa despercebida se não analisada de maneira crítica e cautelosa.

Apesar de todo o exposto, e mesmo com todas as denúncias relacionadas às CTs, em janeiro de 2023 foi criado no atual Governo Lula o *Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas*, com a tônica de fortalecer e financiar tais instituições. Isso demonstra que o atual governo também “reforça ações manicomiais, proibicionistas, racistas e criminalizantes para o trato dos usuários de álcool e outras drogas, bem como menospreza todo o trabalho desenvolvido, até hoje, pelos Centros de Atenção Psicossociais – álcool e outras drogas” (Prudencio, Theodoro e Baqueiro, 2023, p. 151), que prezam por um cuidado territorializado baseado na perspectiva de redução de danos, assim como propõe a Reforma Psiquiátrica.

Dito isso, é possível afirmar que as CTs são serviços fundamentalmente manicomiais marcados por vieses de gênero, raça e classe, que caminham na contramão da Reforma Psiquiátrica violando de diferentes maneiras os direitos dos indivíduos considerados loucos. “Ora, se estamos falando do surgimento e fortalecimento de novos espaços asilares

manicomial, atualizados sobre as relações de gênero, raça e classe, não podemos deixar de sublinhar a expansão dos domínios da biomedicina sobre a vida cotidiana, uma vez que o chão de manicômio vai muito além dos espaços institucionais” (Pereira, 2020, p. 63).

Tais ações não acontecem sem propósitos específicos, uma vez que estão vinculadas aos interesses do mercado imobiliário internacional e nacional. Localizamos, portanto, um forte exemplo da ascensão das forças e ações conservadoras, reacionárias e manicomiais. Por fim, sinalizamos que a atualização do manicômio – seja ele no âmbito assistencial ou na forma de pensar – está em curso e caminha lado a lado com o conservadorismo que impulsiona as transformações contemporâneas do capital, em especial, no cenário brasileiro. Nesse sentido, é fundamental que a Luta Antimanicomial aprofunde a sua relação com a Luta Antirracista para que possamos combater e denunciar as ações em curso que estão assentadas no racismo, no patriarcado e no colonialismo (Moreira & Passos, 2018, p. 187).

As situações mencionadas e os dados apresentados demonstram que variadas medidas com viés racializado, classista e generificado permanecem sendo operacionalizadas no que diz respeito aos conceitos e lugares construídos em relação à loucura, mesmo no período posterior ao advento da Reforma Psiquiátrica (Basaglia, 2005; Pereira & Passos, 2017; Amarante, 2021). Nesse sentido, estes são elementos que evidenciam o papel que o Estado cumpre servindo às classes dominantes e executando o projeto colonial-burguês-higienista de isolar as pessoas “com menos poder” em lugares distantes dos olhares das pessoas “com mais poder”.

## **Considerações Finais**

Este artigo, de natureza teórica, foi estruturado em torno de dois momentos distintos - antes e depois do advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil - para investigar, em articulação com o conceito de interseccionalidade, mudanças e continuidades quanto à concepção de quem são os cidadãos caracterizados como loucos e de quais são os lugares considerados cabíveis para eles na sociedade brasileira. Percebeu-se que em organizações sociais como a que vivemos, a maior parte das pessoas tidas e tratadas como loucas fazem parte de grupos sociais específicos, indicando que os saberes e lugares relacionados à loucura são produzidos socialmente com base em categorias como gênero, raça e classe.

A Reforma Psiquiátrica brasileira se caracterizou como um processo social complexo e interseccional que teve como objetivo possibilitar não apenas a efetivação do cuidado da loucura em liberdade. Para além disso, a Reforma se aliou a outros movimentos de luta, como a Luta Antirracista e a Luta Anticapitalista, para buscar a efetivação de um projeto societário de transformação. Nesse sentido, trata-se de um movimento potente que possibilitou

incontestáveis avanços no que diz respeito à reorganização do modelo de atenção à saúde mental, transformando significativamente as relações entre sociedade e loucura. Apesar disso, a Reforma Psiquiátrica brasileira segue em curso e enfrenta muitos desafios.

O manicômio, enquanto instituição da violência criada e legitimada no bojo do sistema capitalista, atuou como mecanismo de uma exclusão que afeta principalmente as pessoas que não se enquadram em um modelo de sujeito ideal, universal e gerador de capital. Ao nos questionarmos sobre o que restou dos manicômios na sociedade atual, percebemos que restaram muitas coisas, inclusive os manicômios. Isso porque a psiquiatria, por sua vez, segue atuando muitas vezes como uma ciência racial e classista de forte caráter higienista, que também opera em favor das velhas hierarquias sociais (Basaglia, 2005; Pereira, 2020). Tudo isso permite concluir que as relações entre sociedade e loucura foram e continuam sendo profundamente atravessadas por categorias como gênero, raça e classe.

Os elementos apresentados ao longo do texto, em articulação com o conceito de interseccionalidade, assinalam engendramentos das opressões de gênero, raça e classe na construção de saberes e práticas direcionados à loucura. O entendimento do modo como os marcadores sociais da diferença se relacionam se mostrou como sendo fundamental em dois sentidos: primeiro, para entender quem eram e para onde iam os loucos antes da Reforma Psiquiátrica em sociedades marcadas por uma cultura de classes profundamente escravocrata e patriarcal; segundo, para compreender quem são e para onde vão os loucos nesse tipo de organização social no período contemporâneo e posterior ao advento da Reforma.

### **Referências bibliográficas**

- Amarante, P. D. C. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz
- Amarante P. (2021). *Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. Zagodoni: São Paulo.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Barbosa, C., Meira., P., Nery, J., Gondim, B. (2020). Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 16 (1), p. 1-8.
- Basaglia, F. (2005). As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Amarante, P. (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

Barros, S., Batista, L., Dellois, E., Escuder, M. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e sociedade*, 23 (4).

Carta de Bauru. (2017). Encontro Nacional “30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”. Carta de Bauru [online]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 10. nov. 2023.

Crenshaw, K. (1989). “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. *The University of Chicago Legal Forum*, n. 140, pp. 139-167.

Collins, P. H. & Bilhe, S. (2021). *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo.

Delgado, P. G. (2019). Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), 1-4.

Freitas, B., Matos, C., Silva, P., Santos, J. Batista, E. (2017). Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um CAPS do interior de Rondônia. *Nucleus*, 14 (1), p. 41-54.

hooks, b. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Perspectiva.

Mayorga, C. (2014). Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. *Athena Digital*, 14 (1), 221-236.

Mendonça, R., Carvalho, A., Vieira, E., Adorno, R. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. In: *Saúde Soc. São Paulo*, 17 (2), p. 95-106.

Moreira, T. & Passos, R. *Luta Antimanicomial e racismo em tempos ultraconservadores*. (2018). *Temporalis, Brasília*, 18 (36), p. 178-192.

Oliveira, E., Aguiar, J., Cavalcante, M. (2011). Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia? In: *Essentia, Sobral*, 13 (1), p. 25-38.

Passos, R. G. (2018). Holocausto ou Navio Negreiro?: Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argum*, 10 (3), 10-22.

Pereira, M. (2020). *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Pereira, M., Passos, R., Nascimento, A., Correia, L., & Almeida, O. (2020). *Luta antimanicomial e feminismos: formação e militâncias*. Rio de Janeiro: Editora Autografia.

Prudencio, J., Theodoro, L., & Baqueiro, V. (2023). Comunidades Terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista. *Vitória: Argum*, 15 (3), 141-155.

Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017. (2018). Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília DF: CFP.

Ribeiro, D. (2018). *Quem tem medo do feminismo negro?* São Paulo: Companhia das Letras

Rios, F. & Lima, M. (2020). *Por um feminismo Latino-Americano: Lélia Gonzalez*. Rio de Janeiro: Zahar.

Silva, A. & Carneiro, S. (2023) Dispositivo de racialidade e saúde mental da população negra: algumas reflexões políticas e psicanalíticas. *Psicologia e Sociedade*, 35, p. 1-13.

Trevisan, E. & Castro, S. (2018). Perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 41, (4), p. 994-1012.

Valentim, R., Martins, M., Martins, L. & Freitas, T. (2020). Gênero, raça e classe: as internas da seção esquirol para além da loucura. *Revista Ártemis*, 29 (1), 386-406.

Zanello, V. & Silva, R. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 2 (20), p. 267-279.

### **3. ARTIGO II - PARTICIPAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PENSANDO O AVANÇO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### **RESUMO**

Este artigo foi produzido a partir de uma pesquisa de doutorado cujo objetivo consistiu em analisar as implicações da participação de ACS no matriciamento em saúde mental para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Tratou-se de um estudo qualitativo que, para produção dos dados, fez uso de entrevistas semiestruturadas e observações participantes. Para tratamento do material produzido, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática, a partir da qual foram delimitadas duas categorias de análise: 1) Ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental; 2) Elementos que potencializam/dificultam o ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Os resultados demonstraram que os espaços de matriciamento por vezes criam possibilidades para a construção de conhecimentos entre ACS e apoiadores, o que resulta em qualificação para ambos. Em contrapartida, há processos de matriciamento nos quais o conhecimento acaba sendo transmitido ao invés de produzido coletivamente. Além disso, observou-se alguns elementos que potencializam o ensino/aprendizagem das ACS no matriciamento, dentre os quais se destaca a proximidade que elas têm com o território e as informações que acessam sobre os usuários. Constatou-se também que há elementos dificultando os processos de ensino/aprendizagem das ACS no apoio matricial, tais como o curto período de tempo das reuniões, a limitação de agenda dos profissionais da APS e o aumento/agravamento de casos com demandas de saúde mental após a pandemia.

#### **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui caráter estratégico para viabilizar a desinstitucionalização da loucura, pois é o nível de atenção dos serviços de saúde que mais se aproxima da vida cotidiana da população (Mendonça, *et. al.*, 2018; Amarante, 2019; Viana & Terra, 2021). A APS possibilita estabelecer uma rede de cuidado em saúde mental no próprio território em que os usuários em sofrimento psíquico estão inseridos, o que favorece a permanência desses indivíduos em suas comunidades (Amarante & Lancetti, 2012; Lima & Dimenstein, 2016; Souza Filho & Ferreira Neto, 2021).

O atendimento de indivíduos que apresentam diagnóstico de transtornos mentais leves na APS contribui para evitar o encaminhamento desnecessário de casos para o CAPS e, conseqüentemente, a superlotação desses serviços (Lima & Dimenstein, 2016). Paralelamente, o acompanhamento de usuários com diagnóstico de transtornos mentais graves na APS possibilita sustentar os processos de crise no próprio território, sem que haja a necessidade de internação, o que colabora para evitar a reagudização de casos ((Lima & Dimenstein, 2016; Souza Filho & Ferreira Neto, 2021).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um pacote técnico sobre a inserção/consolidação das ações de saúde mental na APS, contando algumas experiências de países que se destacaram por protagonizarem práticas exitosas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, as quais contribuem para pensar as mudanças necessárias em nível mundial. Os países mencionados possuem contextos diversos, mas apresentam dois pontos em comum que favorecem a efetivação do cuidado da loucura em liberdade: fazem uso de sistemas de saúde baseados na APS e contam com agentes de saúde comunitários (OMS, 2022).

Este é o caso do Brasil, um dos países citados pela OMS (2022). O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma das propostas mais abrangentes de Atenção Primária à Saúde do mundo: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo trabalho baseia-se na noção de território. O território não se restringe a uma área física ou espaço geográfico, mas caracteriza-se pelo espaço habitado que é algo vivo, dinâmico e pulsante (Lima & Dimenstein, 2016). Envolve, portanto, os diversos componentes que constituem o cenário onde a vida cotidiana da população acontece: pessoas, instituições, subjetividades, necessidades, trocas, tensões e relações afetivas (Souza, 2015; Leme, et. al., 2023).

Tomando o território como local privilegiado para a produção do cuidado em saúde mental, a ESF prevê que as Equipes de Saúde da Família se corresponsabilizem pelo acompanhamento dos usuários nas próprias comunidades em que moram (Leme, et. al., 2023). Para isso, tais equipes devem ser compostas minimamente por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e Agentes Comunitários(os) de Saúde (ACS)<sup>5</sup> - sendo que as últimas se configuram como mais um diferencial da APS implementada no Brasil (Onocko-Campos, 2013; Lima & Dimenstein, 2016; Brasil, 2017).

As Agentes Comunitárias de Saúde, embora se assemelhem a trabalhadores que exercem funções semelhantes na Atenção Primária de outros países, carregam particularidades que

---

<sup>5</sup> Falaremos aqui em agentes comunitárias de saúde, no feminino, pois a maior parte desta categoria sempre foi composta por mulheres. Trata-se de um número expressivo de mulheres que, desde a criação da função de ACS no país até os dias atuais, são protagonistas no exercício da profissão (Melo, Santos & Albuquerque, 2023).

fazem com que elas sejam apontadas por alguns autores como uma exclusividade inovadora do SUS (Lancetti, 2008; Onocko-Campos, 2013; Campos, Bezerra & Jorge, 2020). Segundo Onocko-Campos (2013), as ACS “são quase uma jaboticaba... Só tem no Brasil! Dir-me-ão que há figuras parecidas em outros sistemas de saúde. Procurarei argumentar que esse parecido é bem pouco semelhante” (p. 8).

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) prevê que as ACS sejam integrantes das Equipes de Saúde da Família e, ao mesmo tempo, moradoras dos locais em que atuam, de modo que elas estejam duplamente inseridas no território - como profissionais e residentes - (Ministério da Saúde, 2017). O objetivo é que elas possam operar como elo entre as instituições de saúde e as comunidades atendidas, o que para Lancetti (2008) “é um dos bálsamos do modo brasileiro de fazer saúde pública” (p. 96).

A partir da dupla posição que ocupam no território, as ACS são responsáveis pelo desenvolvimento de três principais atividades relacionadas às demandas de saúde mental: 1) identificação de casos novos; 2) acompanhamento de casos conhecidos; 3) encaminhamento para equipe de casos não tratados ou desestabilizados (Ministério da Saúde, 2017). Porém, na maioria das vezes essas profissionais acabam efetivando ações que ultrapassam tais funções: elas manejam os casos junto com as equipes, assumindo lugares de protagonistas na produção do cuidado em saúde mental (Lima & Dimenstein, 2016).

As ACS acompanham os usuários em sofrimento psíquico sobretudo por meio de visitas domiciliares, durante as quais mobilizam os familiares para que se corresponsabilizem pelo cuidado; monitoram o uso de medicamentos; verificam se os pacientes precisam de novas receitas medicamentosas e/ou do agendamento de consultas. Além disso, as ACS identificam situações de risco, acionando a equipe para intervir diretamente nos momentos de maior gravidade, o que contribui para evitar a ocorrência de crises, a reagudização de casos e a necessidade de internação (Alcântara et. al, 2020; Souza Filho & Ferreira Neto, 2021).

Dito isso, as ACS são apontadas como potencialmente estratégicas para que a Reforma Psiquiátrica avance. Entretanto, assim como os demais profissionais das Equipes de Saúde da Família, elas possuem dificuldades para lidar com as complexidades inerentes às demandas de saúde mental da população, de modo que por vezes ainda reproduzem estigmas historicamente instituídos em relação aos cidadãos tidos como loucos; priorizam um modelo biomédico de cuidado; reforçam a lógica burocrática de encaminhamento dos usuários; e apresentam pouca resolutividade dos casos (Lima & Dimenstein, 2013; Souza Filho & Ferreira Neto, 2021).

Estes são elementos que podem desqualificar o cuidado em saúde mental oferecido na Atenção Primária e, conseqüentemente, despotencializar o avanço da Reforma Psiquiátrica

(Lima & Dimenstein, 2016; Bispo Júnior & Moreira, 2017; Souza Filho & Ferreira Neto, 2021). Diante disso, para que as ACS e os demais profissionais das Equipes de Saúde da Família desempenhem o trabalho de maneira qualificada, humanizada e articulada, a Política Nacional de Saúde Mental colocou em funcionamento as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Brasil, 2007; Brasil, 2017; Bispo Júnior & Moreira, 2017).

No âmbito da atenção primária à saúde, as ações de educação permanente em saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes de saúde da família deve ser embasada num processo pedagógico que propicie maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras (Bispo Júnior & Moreira, 2017, p. 2).

As estratégias de Educação Permanente em Saúde, empregadas no âmbito da saúde mental, compreendem espaços formativos realizados de maneira constante para fins de qualificar os profissionais que atendem usuários em sofrimento psíquico (Campos, 2018). Por meio da criação de espaços dialógicos de ensino/aprendizagem norteados por uma concepção libertadora da educação (Freire, 2020) e baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, busca-se viabilizar a desconstrução de saberes e práticas manicomialis em prol da desinstitucionalização da loucura (Lima & Dimenstein, 2016).

Em Belo Horizonte, local onde a presente pesquisa foi realizada, a principal estratégia de EPS utilizada para qualificar o cuidado em saúde mental na APS é o Apoio Matricial em Saúde Mental (Penido *et. al.*, 2018). Tendo sido definido pelo Ministério da Saúde (2004) como ferramenta oficial e prioritária para subsidiar as ações de saúde mental nos municípios brasileiros, o matriciamento se caracteriza tanto como um arranjo organizacional quanto como uma metodologia de trabalho. Trata-se de uma “forma de compartilhar responsabilidades, exigindo que os profissionais, juntos, compreendam o caso e suas necessidades” (Lima & Dimenstein, 2016, p. 49).

Quando os profissionais são apoiados a partir do Apoio Matricial em Saúde Mental, alguns encaminhamentos vão se tornando desnecessários e se atenua os efeitos burocráticos dos serviços, o que aumenta a capacidade de manejo dos casos de saúde mental pelas Equipes de Saúde da Família e amplia as possibilidades de cuidado no território (Lima & Dimenstein, 2016). Assim, o matriciamento é “potencializador da desinstitucionalização e contribui para evitar internações arbitrárias” (Penido, 2013, p. 25), tratando-se portanto de uma ferramenta que concorre para o avanço da Reforma Psiquiátrica (Lima & Dimenstein, 2016).

Nas reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental, profissionais especialistas em saúde mental (como psicólogos e psiquiatras) e profissionais generalistas das Equipes de Saúde da Família (como ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) discutem e constroem

juntos os casos com demandas de saúde mental (Campos e Domitti; 2007; Penido et. al., 2018). Trata-se portanto de espaços dialógicos que visam uma produção coletiva do conhecimento, de modo que todas as categorias profissionais possam ensinar e aprender simultaneamente (Bispo Junior & Moreira, 2017; Freire, 2020).

O apoio pode ser entendido, então, como prática relacional, com uma reciprocidade em potencial (...). Um ACS, por exemplo, pode ser fundamental para o trabalho de um endocrinologista no atendimento de um usuário com diabetes. O matriciamento não seria necessariamente unidirecional do tipo ‘eu matricio você nesse tema específico que eu domino’, mas talvez ‘nós nos matriciamos com diferentes ênfases de acordo com a situação’ (Santos, 2019, p. 110).

No matriciamento em saúde mental, as ACS ensinam e qualificam os apoiadores enriquecendo as discussões sobre os casos ao compartilharem informações que somente elas têm acesso a partir do contato tão próximo que estabelecem com o território, o que amplia a clínica da equipe e viabiliza a efetivação de ações coerentes com os recursos/necessidades dos usuários (Lancetti, 2008). Paralelamente, as ACS são qualificadas pelos apoiadores na medida em que têm a oportunidade de aprender e (des)construir práxis relacionadas à saúde mental, desmistificando medos e ideias negativas comumente associadas à loucura, o que amplia suas condições de cuidar no território (Lima & Dimenstein, 2016).

Portanto, a presença das ACS nas reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental é fundamental para qualificar o cuidado territorial em saúde mental na APS (Bispo Junior & Moreira, 2017; Leme, et. al., 2023). Dito isso, o estudo relatado aqui teve como objetivo principal analisar as implicações da participação das ACS no matriciamento de Belo Horizonte para o avanço da Reforma Psiquiátrica. O presente artigo é derivado desta pesquisa de doutorado da primeira autora, orientada e coorientada pela segunda e terceira autoras respectivamente, que foi desenvolvida entre 2021 e 2023 no programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-PSI) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa (Minayo, 2017), aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE: 61033022.10000.5149) e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE: 61033022.1.3001.5140), que foi desenvolvida com quatro Equipes de Saúde da Família de diferentes Centros de Saúde do município. Os critérios de inclusão no estudo foram equipes que realizam reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental de forma regular e

que contam com a participação frequente de ACS nesses espaços. Como critério de exclusão, foram descartadas as equipes que estão desfalcadas de ACS e/ou apoiadores matriciais. Embora as reuniões de matriciamento contem com a presença de outros trabalhadores das equipes, os profissionais que participaram diretamente deste estudo como entrevistados foram Agentes Comunitárias de Saúde e apoiadores matriciais.

Para produção dos dados da pesquisa, foram realizadas observações participantes durante reuniões presenciais de Apoio Matricial em Saúde Mental, as quais acontecem mensalmente entre Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Foi realizado um total de oito observações, sendo duas em cada Centro de Saúde. Cada observação contou com a presença de dois pesquisadores: doutoranda e/ou alunos de Iniciação Científica. Estes, no final de cada encontro, produziram relatos individuais em que registraram fatos observados e impressões pessoais acerca dos mesmos. Os dois registros foram confrontados para confecção de um terceiro relato produzido pela doutoranda, o qual compôs o material de análise propriamente dito (Vieira, 2002; Minayo, 2017).

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas<sup>6</sup> individuais com ACS e apoiadores matriciais, conduzidas pela doutoranda de forma online pela plataforma Microsoft Teams. Foram efetuadas oito entrevistas: quatro com ACS e quatro com apoiadores matriciais. As entrevistas semiestruturadas se caracterizam como roteiros de perguntas previamente elaboradas, mas abertos para que outras questões relevantes possam aparecer no desdobramento das conversas com os participantes (Dallos, 2010; Tedesco, Sade & Caliman, 2013; Minayo, 2017). Tratou-se, portanto, de uma ferramenta que permitiu o acesso a informações que só poderiam ser fornecidas pelas pessoas que vivenciam a realidade em questão (Tedesco, Sade & Caliman, 2013; Minayo, 2017).

Em Belo Horizonte, as Equipes de Saúde Mental geralmente são compostas somente por um apoiador matricial em saúde mental, o qual é, em geral, psicólogo(a) ou psiquiatra. Contudo, todos os apoiadores entrevistados nesta pesquisa são psicólogos, pois dos quatro Centros de Saúde que participaram do estudo, três estão sem psiquiatra atualmente. Foram feitas algumas tentativas de contato com a única psiquiatra, mas não obtivemos retorno, e então entrevistamos o psicólogo que também atua como apoiador matricial da equipe em questão.

Para análise dos dados produzidos, lançamos mão da Análise de Conteúdo Temática, ferramenta metodológica que possibilita uma exploração profunda dos dados produzidos ao longo do estudo, pois não implica somente na descrição do que foi construído, mas

---

<sup>6</sup> Os roteiros utilizados para realização das entrevistas semiestruturadas se encontram em apêndice, no final da presente tese.

principalmente na busca por significados mais amplos que possam estar implícitos nos materiais. Partindo do pressuposto de que a realidade consiste em um produto social e que, portanto, as ideias e visões de mundo dos indivíduos são representadas em suas falas e atitudes, esta técnica permite fazer inferências sobre os sujeitos que participam do estudo e também sobre a realidade na qual estão inseridos (Bardin, 1995).

A Análise de Conteúdo Temática foi operacionalizada em três etapas: 1) pré-análise, que envolveu a leitura prévia e a organização de todos os materiais produzidos ao longo da pesquisa; 2) exploração do material; que envolveu um processo de reflexão aprofundado em relação aos dados produzidos e a delimitação de categorias de análise com expressões significativas em torno das quais as falas dos sujeitos e as situações observadas foram descritas; 3) tratamento dos resultados, que envolveu a análise propriamente dita dos dados a partir de reflexões sobre as categorias delimitadas, tendo como norte os objetivos da pesquisa e os referenciais teóricos utilizados, buscando-se coincidências e divergências no material (Bardin, 1995).

Com o intuito de preservar as identidades dos profissionais que se voluntariaram a contribuir com o estudo, foram criados nomes fictícios para todos, conforme se verifica na tabela descritiva abaixo.

Tabela 1 – Identificação de participantes da pesquisa

Profissão	Nome fictício	Gênero	Raça	Formação	Centro de Saúde	Equipe
<b>Agente comunitária de saúde</b>	Elza	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 1	Equipe 1
	Alcione	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 2	Equipe 2
	Ivone Lara	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 3	Equipe 3
	Rita	Mulher	Branca	Ensino Superior	Centro de Saúde 4	Equipe 4
<b>Apoiador(a) matricial</b>	Sandra	Mulher	Negra	Mestrado	Centro de Saúde 1	Equipe 1
	Caetano	Homem	Branca	Doutorado	Centro de Saúde 2	Equipe 2
	Elis	Mulher	Branca	Pós-Graduação	Centro de Saúde 3	Equipe 3
	Nara	Mulher	Branca	Ensino Superior	Centro de Saúde 4	Equipe 4

Fonte: Elaboração própria, 2023.

## **Resultados e discussão**

Para efeito deste artigo, os dados produzidos ao longo da pesquisa foram organizados em duas categorias de análise: 1) Ensino/Aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental; 2) Elementos que potencializam/dificultam o ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental.

### ***1. Ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental***

Partindo do pressuposto de que o Apoio Matricial em Saúde Mental se configura como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, nesta categoria foram abordados os processos de ensino/aprendizagem das Agentes Comunitárias de Saúde no AMSM. De maneira geral, quando questionadas sobre se ensinam ou aprendem algo com os profissionais que oferecem apoio para suas equipes, as ACS entrevistadas disseram que não estão no matriciamento na posição de ensinar, mas sim de aprender. Uma delas afirmou: “*Eu não ensino, eu gostaria mais é de aprender com eles* (ELZA - Agente Comunitária de Saúde). Outra ACS, por sua vez, colocou: “*Em todas as reuniões eu aprendo alguma coisa, não ensino muito*” (IVONE LARA - Agente Comunitária de Saúde).

Os relatos mencionados acima indicam que as ACS parecem conceber o conhecimento como um elemento que é passado de uma pessoa para outra - no caso, de apoiador para ACS -, como se fosse algo que acontecesse unilateralmente nos processos de Educação Permanente em Saúde. Na mesma direção, alguns apoiadores endossaram a ideia de que o especialista é aquele que transmite o saber para os demais: quando questionados sobre o quanto acreditam aprender/ensinar nas relações com as ACS, em determinados momentos esses profissionais apresentaram dificuldades de se colocarem no lugar de quem aprende (Freire, 2020).

Uma das psicólogas reforçou em sua entrevista uma ideia de transmissão do conhecimento: “*A gente sempre transmite algo do caso: a condução, o manejo e algumas peculiaridades dos pacientes que a gente tenta esclarecer pras ACS*” (NARA - Psicóloga e apoiadora matricial). Esta e as demais falas apresentadas acima indicam que parece haver uma certa hierarquia entre os conhecimentos colocados pelos profissionais nos espaços de Educação Permanente em Saúde; é como se os saberes das ACS fossem menos importantes ou válidos se comparados aos saberes dos apoiadores.

A valorização dos saberes de alguns profissionais - apoiadores matriciais - em detrimento dos saberes de outros profissionais - Agentes Comunitárias de Saúde - faz pensar que o Apoio Matricial em Saúde Mental por vezes acaba sendo operacionalizado nas equipes estudadas com base em uma perspectiva bancária da educação (Freire, 1996; 2020). Perspectiva esta que não condiz com a própria proposta pedagógica do matriciamento enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde (Bispo Junior & Moreira, 2017).

Na perspectiva bancária da educação, de acordo com Paulo Freire (1996; 2020), ao invés de comunicar-se, o educador faz comunicados. Nessa metodologia, a construção do conhecimento acontece como um depósito, onde o educador é o depositante e o educando é o depositário. Assim, os educandos são transformados em recipientes a serem “enchidos”, de modo que o saber se configura como uma doação daqueles que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Há, portanto, uma rigidez das posições: o educador é sempre aquele que sabe e o educando é sempre aquele que não sabe.

“Nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber” (Freire, 2020, p. 81). Isso porque o conhecimento não é algo que se transfere, mas que se constrói coletivamente, de modo que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (Freire, 1996, p. 23). Considerando isso Freire (2020) propõe uma perspectiva libertadora da educação, segundo a qual aprender e ensinar são elementos indissociáveis, o que implica na superação da contradição educador-educando para que ambos se façam, simultaneamente, educadores e educandos.

Uma vez que o Apoio Matricial em Saúde Mental é teoricamente fundamentado na concepção libertadora da educação proposta por Freire (2020), trata-se de uma estratégia multidirecional de produção do conhecimento, a partir da qual se espera que todos os profissionais ensinem e aprendam simultaneamente (Bispo Junior & Moreira, 2017). Uma das ACS destacou essa multidirecionalidade do matriciamento, colocando-se na posição de quem é qualificada, mas também de quem qualifica: “*A gente está aqui pra fazer uma troca, não é uma coisa só de uma via. É troca, um ensinando e aprendendo com o outro*” (RITA - Agente Comunitária de Saúde).

Os apoiadores, em alguns momentos, também descreveram a partir de uma perspectiva mais horizontal o matriciamento em saúde mental, concebendo-o como uma ferramenta pautada no compartilhamento de saberes entre os profissionais presentes (Bispo Junior & Moreira, 2017; Castro, Nigro & Campos, 2018). Nesse sentido, uma das psicólogas afirmou: “*Eu não estou muito no lugar de ensinar, estou num lugar de trocar. É ver os pontos da rede ou do caso*

*que as ACS não conhecem, as dúvidas que elas têm. Aí eu consigo trocar com elas e aprender também”* (SANDRA - Psicóloga e apoiadora matricial).

Outro apoiador citou exemplos que possibilitam compreender o Apoio Matricial em Saúde Mental a partir de uma perspectiva ainda mais ampliada: seu relato evidenciou que além dessa estratégia de EPS se configurar como um espaço onde há troca de saberes, caracteriza-se também como um espaço de construção coletiva. As situações mencionadas por ele indicaram que os saberes compartilhados por ACS e apoiadores possibilitam à equipe pensar e construir coletivamente diferentes estratégias de saúde, como a escolha dos medicamentos dos pacientes e/ou a necessidade de agendamento de visitas domiciliares:

*Acredito que as ACS qualificam muito a gente porque elas estão lá no território e o conhecem muito. Na hora que a gente tá fazendo o matriciamento, a gente observa muito claramente que elas apontam características próprias de uma determinada área, de como funciona um determinado lugar. Elas incluem nas falas: “lá tem uma igreja, tem esse esse aspecto, tem essa geografia, tem um morro, tem não sei o que, é mais isolado, é menos isolado”. São coisas que a maioria da equipe não sabe. E incluem também a questão social porque os territórios são diferentes: tem áreas que são mais elitizadas, você tem paciente que pode comprar um escitalopram, tem paciente que tem que ir a pé ao centro de saúde* (Caetano - Psicólogo e apoiador matricial).

Nas reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental observadas, também foi possível identificar situações que compreendem processos de ensino/aprendizagem norteados por uma perspectiva libertadora da educação (Campos & Domitti, 2007; Bispo Junior & Moreira, 2017). Tratou-se de momentos nos quais tanto ACS quanto apoiadores tiveram a oportunidade de ensinar e aprender coletivamente, movimento que viabiliza a ampliação da clínica dos profissionais, a diminuição da lógica de encaminhamento dos casos e a qualificação do cuidado oferecido aos usuários.

Nesse sentido, verificou-se que as ACS ajudam as equipes a potencializar o olhar em relação aos usuários, o que contribui para o avanço da Reforma Psiquiátrica (Barros, et. al., 2017; Leme, et. al., 2023). Nas reuniões de matriciamento em que se discutia casos mais graves de saúde mental, as ACS frequentemente compartilhavam com os demais profissionais informações detalhadas sobre os pacientes e seus familiares, o que ampliava as possibilidades de intervenção. Tratava-se, portanto, de momentos em que as ACS ensinavam e qualificavam os apoiadores, como se verifica no seguinte relato de observação:

*A apoiadora matricial (psicóloga) relata que acompanha o caso há anos e expõe a dificuldade de resolução. Em seguida, a ACS afirma que “A avó do usuário pede socorro para a equipe”, destacando que acompanha o caso há 13 anos e que os médicos nunca realizaram nenhuma visita domiciliar. O médico que está na equipe atualmente então sugere a realização de uma visita*

*multiprofissional, a qual foi agendada para a semana seguinte (Relato de campo, janeiro de 2023, CS 1).*

Por outro lado, identificamos momentos em que as ACS aprendiam com os apoiadores, sendo qualificadas por eles com base em princípios antimanicomiais. Isso foi observado, sobretudo, no que diz respeito às ideias negativas ainda reproduzidas em relação à loucura. Conforme demonstraram estudos prévios (Souza Filho & Ferreira Neto, 2021; Leme, et. al., 2023), algumas ACS apresentam medo de lidar com os indivíduos que possuem demandas de saúde mental por acreditarem que representam algum perigo ou ameaça, o que por vezes faz com que elas acabem assumindo práticas distanciadas dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Durante as reuniões, verificamos uma ideia de periculosidade constantemente sendo associada pelas ACS aos sujeitos que vivenciam a experiência da loucura (Souza Filho & Ferreira Neto, 2021; Leme, et. al., 2023). Exemplo disso é que, em um dos encontros de matriciamento em que a equipe discutia o caso de um paciente com transtorno mental grave, cujos familiares também apresentavam demandas de saúde mental, Elza afirmou: “*A família é toda DSM e eu tenho muito medo de entrar lá!*” (ELZA - Agente Comunitária de Saúde). Na mesma direção, Alcione relatou em entrevista:

*Eu frequentava a casa de uma senhora e ela era um caso de perigo pra mim. Na visita domiciliar, eu entrava pra casa dela quase na hora do almoço, então às vezes ela tava picando verdura com uma faca na cozinha. Ela já fez coisas graves, sabe? E eu que frequentava a casa dela não sabia de nada. Apesar de eu ser uma pessoa que não demonstro medo, o caso dela era uma coisa que podia até me matar. Então a gente tem que ser informado, podiam passar isso para a gente antes da gente ir. Igual os usuários de droga ou traficante que a gente sabe depois de muito tempo. A gente não tem noção do perigo, por exemplo: o cara é psicótico, hoje ele está bem com você, mas ele pode estar programando para te fazer alguma coisa, não é assim? (ALCIONE - Agente Comunitária de Saúde).*

Em outro encontro de matriciamento observado, as ACS relatavam o caso de uma mulher com transtorno mental grave que, segundo elas, encontrava-se em situação de rua. Porém, ao mesmo tempo em que as ACS manifestavam o medo que estavam sentindo da usuária em questão, elas pediam auxílio para a apoiadora matricial da equipe. Esta, por sua vez, procurou explicar cuidadosamente que os casos com demandas de saúde mental não precisam se tornar casos de polícia já que se tem a oportunidade de acionar outros dispositivos da rede:

*Uma das ACS chega na reunião agitada, falando sobre uma mulher em situação de rua que está andando com uma faca na mão dizendo que vai matar alguém. A ACS conta que está com muito medo e pergunta para a psicóloga: “Cadê o povo do consultório de rua? Estamos com medo até de entrar na padaria!”. A psicóloga acolheu a fala da ACS, pediu alguns detalhes da situação e explicou para as ACS presentes que se trata de uma mulher que está em crise e que, por isso, precisa ser conduzida pelo SAMU*

*até o Cersam<sup>7</sup>. A ACS coloca: ‘Th o SAMU não vem aqui pra isso não, nem vou chamar’’. A psicóloga então coloca que nesse caso cabe uma denúncia, reafirmando que a orientação é que o SAMU conduza a paciente até o serviço. Ela destaca que caso de saúde mental não deve ser caso de polícia. Uma das ACS responde: ‘Entendi, mas não concordo, pois sei que o SAMU não vai vir’’. A psicóloga diz: ‘Então vou acionar o outro psicólogo pra pensar em uma abordagem social e ver se conseguimos fazer uma articulação e iniciar um trabalho em rede para esse caso’ (Relato de campo, janeiro de 2023, CS 2).*

A apoiadora buscou acolher o receio das Agentes Comunitárias de Saúde em relação a uma usuária que aparentemente apresenta transtorno mental grave, mas também fez uso da oportunidade para desconstruir preconceitos e estigmas associados a essa população, como se espera do Apoio Matricial em Saúde Mental (Lima & Dimenstein, 2016; Leme, et. al, 2023). Além disso, a psicóloga sugeriu a construção de um trabalho territorial em rede, possibilitando que o matriciamento atuasse em prol da qualificação das ACS e do avanço da Reforma Psiquiátrica, o que também foi explorado por essa profissional em entrevista:

*As ACS ficam na angústia de trazer os casos. Elas vêm com muita angústia, não é maldade. Elas trazem e eu tento desconstruir, porque trazem também seus preconceitos, suas dificuldades e eu vou tentando acalmar os ânimos porque a angústia é muito grande. Aí eu tento trazer que tem outros serviços da rede, a gente pode acionar o consultório na rua, o SAMU, fazer uma discussão com a comunidade. E assim vai acontecendo, a gente tenta instruir e localizar, mas acolher aquela angústia, escutar e apaziguar, que aí também elas ficam mais apaziguadas com os sentimentos. O problema também é nosso! É muito importante informar, com a informação a gente consegue fazer essas desconstruções (SANDRA - Psicóloga e apoiadora matricial).*

Frente ao exposto, cabe destacar a dinamicidade dos processos de ensino/aprendizagem no Apoio Matricial em Saúde Mental. Os princípios da Reforma Psiquiátrica só podem ter efeitos de desinstitucionalização quando são apropriados pelos profissionais que atendem os usuários com demandas de saúde mental, o que exige uma proposta pedagógica libertadora e não bancária nos espaços de EPS. Entretanto, o cotidiano dos serviços, as dificuldades enfrentadas pelas equipes, os posicionamentos ético-políticos de cada profissional que participa do matriciamento e a hierarquização dos saberes colocados por ACS e apoiadores nesses espaços são elementos que por vezes disputam terreno com os pressupostos antimanicomiais.

Por isso, o Apoio Matricial em Saúde Mental se constitui como uma ferramenta complexa e por vezes paradoxal, o que faz com que diferentes perspectivas de produção do conhecimento sejam operadas entre as equipes a depender dos casos, das situações, dos profissionais envolvidos e dos recursos disponíveis. É justamente porque o matriciamento não

---

<sup>7</sup> Em Belo Horizonte, o Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) é equivalente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presente em outros municípios brasileiros.

se trata de um processo linear ou estanque, mas sim de um movimento que é dinâmico e que pode ser paradoxal, que em uma mesma equipe foram observadas falas, atitudes e situações que compreendem processos de ensino/aprendizagem voltados para uma perspectiva pedagógica libertadora, mas também falas, atitudes e situações que compreendem processos de ensino/aprendizagem voltados para uma perspectiva pedagógica bancária.

Conclui-se então que no Apoio Matricial em Saúde Mental dos Centros de Saúde envolvidos na pesquisa ora se observa a priorização de uma perspectiva libertadora de ensino/aprendizagem e ora se observa a priorização de uma perspectiva bancária de ensino/aprendizagem. Isso se traduz, conseqüentemente, em implicações contrárias para a desinstitucionalização da loucura: enquanto a primeira metodologia contribui para a qualificação do cuidado em saúde mental na APS e para o avanço da Reforma Psiquiátrica, a segunda despotencializa ambos os processos. Esses dois cenários distintos se intercalam nas equipes, a depender de muitas coisas, entre as quais se destacam os elementos que potencializam ou dificultam os processos de ensino/aprendizagem das ACS - questões que serão exploradas a seguir.

## **2. Elementos que potencializam/dificultam o ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental**

Ao longo da pesquisa buscamos identificar se, e como, determinados elementos potencializam/dificultam o ensino e a aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Em relação aos fatores que potencializam esses processos de modo a contribuir para o avanço da Reforma Psiquiátrica, destacou-se a proximidade que as ACS estabelecem com os territórios e as informações privilegiadas que acessam sobre os usuários, o que foi destacado por Elza: *“A gente tá dentro do território, né? Então as pessoas conversam com a gente e explicam o que tá acontecendo. Muitas vezes é paciente que a doutora nem conhece ainda. Igual ela fala comigo: “Às vezes, eu conheço o paciente através de vocês”* (ELZA - Agente Comunitária de Saúde).

Alcione também afirmou que sua presença constante no território lhe possibilita conhecer os pacientes de maneira aprofundada, destacando que isso não pode ser realizado por nenhum outro profissional: *“Quem está no dia a dia com a família inteira somos nós, então a gente está mais por dentro do que quem está lá no consultório. A gente está na linha de frente mesmo e, por isso, fica sabendo de muito mais coisas que o próprio médico* (ALCIONE -

Agente Comunitária de Saúde). Rita, por sua vez, esclareceu uma das estratégias utilizadas pelas ACS para ampliar o conhecimento sobre os usuários e seus familiares:

*Quando a gente vai acompanhar um paciente, não é só o próprio paciente. Como a gente trabalha com a questão comunitária, a gente não conversa só com o paciente ou com a família dele, é com todo mundo que está ali em volta, que pode trazer uma informação sobre aquele indivíduo. A gente consegue informação a mais sobre ele com vizinhos e pessoas próximas. (RITA - Agente Comunitária de Saúde).*

Essas falas indicam que as ACS têm ciência de que a proximidade que estabelecem com as comunidades lhes possibilita conhecer aspectos da vida cotidiana dos pacientes que são fundamentais para a efetivação do cuidado em saúde mental na APS (Lima & Dimenstein, 2016; Leme, et. al., 2023). Esse entendimento parece fazer com que, em alguns momentos, elas se sintam seguras para qualificar as equipes no Apoio Matricial em Saúde Mental, compartilhando com os profissionais presentes especificidades dos usuários às quais eles não têm acesso previamente. Alguns apoiadores também demonstram possuir esse entendimento, como se verifica no seguinte relato de campo:

*A psicóloga apoiadora matricial comenta sobre o caso de uma paciente e conta que, estrategicamente, decidiu escutar o marido dela após a ACS trazer informações detalhadas sobre a família. Ela afirma que isso ajudou a construir melhor o caso e coloca para as ACS: ‘Tá vendo como as informações que vocês trazem são importantes?’ Na ocasião, outra ACS comenta sobre a fala da colega: ‘Essas meninas sabem de tudo!’ (Relato de campo, fevereiro de 2023, CS 3).*

Verificamos que esse reconhecimento por parte dos apoiadores também potencializa os processos de ensino/aprendizagem das ACS no matriciamento, pois, por entenderem a importância do saber/fazer ACS, eles as incentivam a contribuir com as discussões. Em vários momentos das reuniões, os profissionais que oferecem apoio pediram que as ACS acrescentassem informações sobre os usuários para que todos pudessem compreender melhor as demandas, bem como solicitaram que elas descrevessem os recursos disponíveis em cada caso para que se fizesse possível construir intervenções coerentes, como se verifica no relato de observação:

*O caso foi apresentado pelo psicólogo e apoiador matricial, que descreveu algumas informações de uma mulher, explicando que provavelmente se trata de um caso de psicose por conta dos medicamentos (dentre eles o decanoato) que, conforme consta na ficha, ela faz uso regular. Em seguida, o psicólogo disse que a ACS, por conhecer melhor o caso, iria explicar alguns detalhes. Sem fazer qualquer consulta, a ACS trouxe muitas informações sobre o contexto, a história e a família dessa paciente. Além disso, a ACS afirmou que a paciente faz uso de diversas medicações e que a equipe deveria garantir que ela tivesse acesso aos medicamentos. Após o relato da ACS, o psicólogo verificou na ficha que a última dose de decanoato da paciente já estava para vencer e que ela, inclusive, já deveria ter comparecido ao CS esta semana*

*para tomar a medicação. Dessa forma, a ACS disse que passaria na casa da paciente para solicitar que ela compareça ao CS na semana seguinte (Relato de campo, fevereiro de 2023, CS 3).*

O fato dos apoiadores reconhecerem a importância das ações desenvolvidas pelas ACS é interessante, pois valoriza o trabalho dessas profissionais e as incentiva a participar do matriciamento de maneira mais efetiva. Entretanto, cabe destacar que, como colocam Onocko-Campos (2013), Paulon e Neves (2013), isso pode fazer com as equipes atribuam uma grande responsabilidade às ACS, abordando-as com base em uma perspectiva muito romantizada a partir da qual se espera que elas sejam quase que super-heroínas na produção do cuidado territorial em saúde mental:

*A participação delas é fundamental! Eu falo com elas: “olha gente, tem que ser supervalorizado o trabalho de vocês, porque eu não conseguiria sustentar a estratégia de saúde da família sem vocês. Como que a gente ia fazer esse contato tão próximo com o território se vocês não tivessem presentes aqui? Elas são nossos olhos e nossos ouvidos no território. As informações que elas trazem são fundamentais no apoio matricial. Às vezes o médico tá inseguro de fazer uma ponte com os outros serviços da rede de saúde mental. Como sou a única profissional de saúde mental do centro de saúde, fico nessa função de articular as redes no território e os serviços da rede de saúde mental. E as informações que as agentes trazem ajudam muito nesse trabalho. Aprendo muito com elas, porque às vezes elas acabam dizendo coisas que eu não ia pensar naquele momento. Mas também por conta do conhecimento dessa dinâmica familiar, do contexto em que as pessoas vivem. Elas acabam tendo um conhecimento muito bom do caso, da pessoa e da família. um conhecimento mais amplo que a gente não tem (SANDRA - Psicóloga e apoiadora matricial).*

A fala acima corrobora a grande responsabilidade que por vezes é atribuída pelos apoiadores às ACS. Soma-se a isso uma ideia implícita de que essas profissionais realizam apenas o trabalho operacional, estando no território quase como “olheiras” que coletam informações sobre os usuários para levar aos demais profissionais. Se as ACS são os braços, olhos e ouvidos da equipe no território, o que os demais profissionais seriam? Os cérebros? Tudo isso parece indicar uma ideia naturalizada de que os apoiadores são responsáveis por realizar o trabalho pensante, enquanto as ACS são responsáveis por realizar o trabalho "braçal".

Durante as observações foi possível constatar que, em alguns momentos das reuniões de matriciamento, os profissionais inicialmente não conseguiam enxergar uma alternativa viável para o andamento dos casos com demandas mais graves de saúde mental. Nessas ocasiões, entretanto, as ACS compartilhavam informações sobre os territórios e o cotidiano dos usuários que mudavam completamente os rumos das discussões, possibilitando à equipe enxergar saídas possíveis a partir de estratégias sociais, comunitárias e/ou familiares propostas

pelas ACS. Tais elementos fazem pensar na dimensão criativa dos processos de ensino/aprendizagem das ACS nos espaços de matriciamento.

Para Franco e Lancetti (2013), a práxis das ACS envolve uma dimensão profundamente inventiva, o que lhes possibilita inventar saídas extremamente criativas diante dos problemas de saúde mental da população. Segundo os autores, mesmo nos momentos de discussão entre as equipes em que “parece não haver mais possibilidades, as ACS “chegam com uma ideia ou apresentam alguma alternativa inesperada” (p. 107) - inesperada, ao menos, para os demais profissionais que geralmente não moram na área de abrangência dos serviços e não têm fácil acesso às especificidades das comunidades atendidas.

Em pesquisa na qual relatam uma experiência de atendimento em saúde mental realizada em parceria com Agentes Comunitárias de Saúde, Franco e Lancetti (2013) afirmam que elas “escolhiam como pérolas retalhos de histórias, lembranças biográficas e situações passadas que podiam iluminar a escuridão de casos de extrema complexidade” (p. 36). Segundo os autores, por conhecerem e vivenciarem os mesmos problemas que a população enquanto moradoras e trabalhadoras dos territórios, as ACS costumam ser “as grandes descobridoras dos recursos escondidos na comunidade” (Franco e Lancetti, 2013, p. 36).

O que Franco e Lancetti (2013) chamaram de “recursos escondidos na comunidade” compartilhados pelas ACS com os demais profissionais possuem uma dimensão importante nas reuniões de matriciamento em saúde mental, pois trazem elementos cruciais para discussão dos casos e planejamento das ações em saúde mental. Ter ciência de quais são os recursos disponíveis em cada território possibilita aos profissionais pensar em intervenções consonantes com as demandas específicas das pessoas, assim como criar projetos terapêuticos coerentes com as necessidades individuais de cada sujeito com transtorno mental.

Em relação aos fatores que dificultam os processos de ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental e, conseqüentemente, despotencializam o avanço da Reforma Psiquiátrica, cabe citar que alguns marcadores sociais parecem atravessar a participação das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental, sendo eles: gênero, raça e formação. Os resultados da pesquisa mostraram que existem diferenças importantes de gênero, raça e formação entre os profissionais da APS belorizontina, pois a maioria das ACS são mulheres negras com Ensino Médio, enquanto a maioria dos apoiadores matriciais são mulheres brancas com Ensino Superior.

Tais diferenças de gênero, raça e formação parecem atravessar as relações estabelecidas entre ACS e apoiadores matriciais, estando relacionadas com as dificuldades apresentadas pelas ACS para protagonizar o ensino/aprendizagem no matriciamento em saúde mental. Por isso,

tornou-se relevante realizar uma análise aprofundada dos referidos marcadores sociais a partir da interseccionalidade, de modo que a tese de doutorado em questão também teve como desdobramento a produção de outro artigo cujo objetivo consistiu em explorar especificamente essas questões pela ótica das teorias do feminismo negro.

Portanto, estes elementos que interferem na efetiva participação das ACS no Apoio Matricial - os marcadores sociais de gênero, raça e formação - não serão explorados aqui. Para efeito deste artigo, serão discutidos os fatores institucionais que dificultam o ensino/aprendizagem das ACS no matriciamento, os quais se referem ao funcionamento, gestão e organização da APS. Nesse sentido, destaca-se o tempo limitado das reuniões de matriciamento; a limitação da agenda dos profissionais; e o agravamento dos casos de saúde mental após a pandemia. Nas entrevistas, duas ACS indicaram alguns desses pontos:

*Eu acho que um Psicólogo só no Posto de Saúde não está resolvendo o problema porque são muitos casos e tem casos que têm urgência. Às vezes você tem que esperar muito para o psicólogo conseguir um horáriozinho para um caso que tá se agravando. Principalmente depois da COVID, muitos casos que eram simples se agravaram, e muitos casos novos foram aparecendo. E isso se torna muito difícil para um psicólogo só no posto de saúde. Quando eu vejo que é um caso que tá se agravando, eu peço uma atençãozinha extra porque, se não, a tendência é chegar a um ponto que nem o psicólogo vai conseguir resolver. E no SUS a gente nem tá tendo Psiquiatria. A gente também não consegue discutir todos os casos, as reuniões são tão rápidas, num espaço de tempo que não dá pra discutir nem metade dos casos que a gente tem lá. Muitos casos voltam para a gavetinha de novo. O tempo com a psicóloga é muito pouco. Às vezes ela passa no corredor correndo e fala: “aquele paciente seu veio”, mas já tá com outro na sala e tem que ver quem tá lá fora esperando (ELZA, ACS).*

*Eu acho que deveria diminuir muitas coisas e tentar resolver mais, agendar mais casos. Porque tem hora que passa muita coisa na reunião que perde tempo e tem gente sem consulta. Aí a gente tem que esperar porque é só uma vez por mês a reunião, então fica casos pra discutir na outra reunião. Na verdade, é um absurdo um centro de saúde com 6 equipes ter só 1 psicóloga, estou vendo que ela está sobrecarregada. Infelizmente muita gente está precisando de psicólogo. Depois do covid teve muitas pessoas com surtos, o emocional do brasileiro ficou muito mexido e eu vejo que a prefeitura não está fazendo nada pra ajudar. A gente precisa dar uma resposta, aí você discute um caso e na reunião a pessoa fala: “olha ela tem que aguardar”. Nossa Senhora, pra mim acaba o dia. Porque uma pessoa que está precisando de psicólogo ou psiquiatria, não está bem, a família está desgastada, elas não sabem o que fazer (IVONE LARA - ACS).*

As falas acima demonstram a frustração das ACS diante do insucesso no agendamento e/ou andamento de alguns casos. Em relação a isso, percebemos que o curto tempo de reunião de matriciamento, assim como a limitação da agenda dos profissionais que atuam na APS, são elementos que desmotivam uma participação mais efetiva das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Em diferentes encontros, elas afirmaram que estavam saindo sem conseguir

esclarecer suas dúvidas referentes aos usuários que acompanhavam no momento, assim como não haviam conseguido agendar consulta para aqueles que precisavam.

Uma situação que nos chamou a atenção foi quando, ao final de uma reunião, a ACS da equipe disse que estava muito angustiada com um caso de saúde mental que não havia sido discutido pela equipe naquele encontro. A apoiadora respondeu, dizendo que a discussão do caso em questão ficaria para o matriciamento do próximo mês, ao que a ACS respondeu: “Mais uma vez esse caso, que é grave, ficará para o próximo mês, né?”. Sem resposta, a ACS saiu da reunião visivelmente frustrada por não ter conseguido sequer esclarecer suas dúvidas em relação ao caso.

De toda forma, a situação evidencia a concepção equivocada de que é necessário estar em uma reunião de matriciamento para que ocorra o apoio matricial, o que indica uma burocratização dessa metodologia que pode ser operada a qualquer tempo ou espaço no encontro entre profissionais das diferentes equipes - seja pelo telefone, em uma discussão cotidiana no Centro de Saúde, etc. Entretanto, é possível que, para além do reducionismo quanto à concepção do que seja a prática de apoio matricial, as ações matriciais escassas podem estar sendo compreendidas como estando aquém das necessidades para transformar as práticas de trabalho e fundamentar um cuidado resolutivo (Bispo Junior & Moreira, 2017).

Soma-se a isso outro elemento que despotencializador do ensino/aprendizagem das ACS no matriciamento: o aumento/agravamento dos casos de saúde mental após a pandemia do COVID-19. Pesquisas recentes mostram que o isolamento necessário durante o contexto pandêmico gerou o desencadeamento de novos casos, assim como o agravamento de casos já existentes, trazendo novos desafios para os profissionais da APS (Xavier et. al., 2022). Para acolhimento e acompanhamento desses usuários, fez-se necessário a implementação de novas estratégias que possam ser adaptadas ao novo cenário, como por exemplo o teleatendimento por meio de ligações e vídeo chamadas (Figueiredo, Souza & Alves, 2021).

Tudo isso tornou o tempo direcionado às práticas de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária ainda mais insuficiente para que todas os casos com demandas de saúde mental da população sejam discutidos e construídos pelas equipes nas reuniões de matriciamento (Figueiredo, Souza & Alves, 2021; Xavier et. al., 2022). Assim, sobretudo por falta de tempo hábil, em muitos encontros de Apoio Matricial em Saúde Mental as ACS não conseguem compartilhar informações importantes sobre os usuários, tampouco esclarecer dúvidas em relação aos mesmos.

*Eu acho que a gente fica muito restrito nos casos e perde um pouco. Eu gostaria de levar temas em saúde mental pra fazer um momento mais*

*informativo, mas ainda fica muito restrito porque eles trazem muitos casos, e a gente tá apavorado com o tanto de casos novos que têm aparecido pós pandemia. Teve um agravamento e uma multiplicidade de casos que não é só aquela depressão leve, aquela coisa que a gente maneja. Os casos são realmente muito graves. E o usuário de saúde mental é muito desafiador, ele traz um incômodo, traz muita dúvida, traz um desconforto com a medicação ou com o próprio manejo. Então a gente é solicitado o tempo todo, eu falo que eu chego na sala e sou abduzida. Fui abduzida, pronto, cheguei e acabou. E a gente transfere isso para as reuniões de matriciamento. Quando tem um caso mais difícil, levamos para a reunião que a equipe toda vai estar pra poder contribuir (SANDRA - Psicóloga e apoiadora matricial).*

Foi possível compreender, portanto, que as limitações de tempo, frequência e duração das ações de Apoio Matricial em Saúde Mental limitam, também, os processos de ensino/aprendizagem das ACS nesses espaços. Isso porque, muitas vezes, elas deixam de esclarecer dúvidas e questionamentos referentes a determinados casos com demandas de saúde mental, assim como de contribuir com informações sobre esses usuários que poderiam esclarecer dúvidas de outros profissionais visto que a equipe se vê impelida a elencar alguns casos como “mais urgentes” que, como tal, devem ser discutidos prioritariamente e outros como “menos urgentes” que devem ficar para discussão posterior.

### **Considerações finais**

Neste artigo, foram abordados os resultados de uma pesquisa de doutorado sobre a participação de Agentes Comunitárias de Saúde em estratégias de Educação Permanente em Saúde - mais especificamente o Apoio Matricial em Saúde Mental - da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. As práticas de matriciamento em saúde mental devem ser fundamentalmente espaços de troca entre profissionais que, tomando como norte os princípios da Reforma Psiquiátrica, possam ensinar e aprender simultaneamente a coproduzir cuidado à saúde mental da população.

Entretanto, o modo como as trocas são estabelecidas entre os diferentes profissionais que participam desses processos faz com que nem sempre o matriciamento em saúde mental seja reconhecido e operacionalizado como um espaço horizontalizado de ensino e aprendizagem. Verifica-se que, em algumas situações, há uma certa hierarquia de importância dos conhecimentos dos diferentes profissionais. Nesse sentido, os saberes dos apoiadores matriciais (associados ao conhecimento formal/acadêmico/científico) são mais valorizados e os saberes das ACS (mais vinculados ao saber informal/cotidiano/local) menos valorizados ou então valorizados como conhecimento acessório que viabiliza a operacionalização de um cuidado pautado no conhecimento científico. Ora, sabemos que o cuidado em saúde mental é

antes de mais nada um cuidar da vida, para o que concorrem saberes de toda ordem e de todos, sem hierarquias.

Nas situações em que as equipes reconhecem os limites dos saberes compartilhados pelos apoiadores, paralelamente à relevância dos saberes compartilhados pelas ACS, torna-se possível a efetivação de construções coletivas entre os profissionais, que juntos conseguem pensar em alternativas transformadoras do cuidado em saúde mental. Nos momentos de matriciamento em que se privilegia uma perspectiva libertadora da educação, com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica, as ACS protagonizam processos de ensino/aprendizagem em saúde mental, qualificando e sendo qualificadas pelos apoiadores matriciais.

Em contrapartida, em outros espaços de matriciamento o ensino/aprendizagem acaba sendo norteado por uma perspectiva bancária de produção do conhecimento, que se distancia dos pressupostos fundantes da Educação Permanente em Saúde e dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Assim, percebe-se um processo de transmissão do conhecimento em detrimento das construções coletivas, de modo que predomina uma rigidez das posições assumidas pelos profissionais presentes: os apoiadores assumem a posição de quem ensina sobre saúde mental, enquanto as ACS assumem a posição de quem aprende sobre saúde mental.

A pesquisa também evidenciou elementos que potencializam/despotencializam os processos de ensino/aprendizagem das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Em relação aos fatores que contribuem para que as ACS qualifiquem e sejam qualificadas no matriciamento, destaca-se o fato de que elas têm acesso a informações privilegiadas sobre os usuários com demandas relacionadas à saúde mental em virtude da dupla posição que assumem no território – moradoras e profissionais de saúde. No que tange aos fatores que desfavorecem os processos de ensino e aprendizagem protagonizados pelas ACS, cabe destacar o tempo limitado das reuniões de matriciamento juntamente à limitação de agenda dos profissionais da APS e ao aumento/agravamento dos casos de saúde mental após a pandemia do Covid-19.

À guisa de conclusão, destaca-se que a efetiva participação das ACS nas estratégias de Educação Permanente em Saúde - como no Apoio Matricial em Saúde Mental - pode contribuir para a ampliação da clínica de todos os profissionais envolvidos. Entretanto, a ativação de processos de desinstitucionalização caros à Reforma Psiquiátrica depende da transformação da cultura manicomial, para o que uma educação bancária se revela insuficiente. Trata-se, antes de mais nada, de produzir outras formas de subjetivação, que dependem de uma prática educativa coproduzida por diversas experiências, saberes e transformações.

Nesse sentido, considerando a posição estratégica ocupada pelas ACS no território e nas Equipes de Saúde da Família para que o tratamento da loucura aconteça em liberdade, destaca-

se a relevância de se pensar em processos de trabalho e políticas públicas que levem em conta os modos como essas profissionais ensinam e aprendem com os demais nos processos de Educação Permanente em Saúde. Refletir sobre elementos que potencializam e dificultam os processos de ensino/aprendizagem das ACS em espaços de EPS pode contribuir para qualificar o cuidado em saúde mental oferecido na Atenção Primária e, conseqüentemente, para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica nesse nível de atenção do SUS.

### **Referências bibliográficas:**

- Alcântara, K. D., Carvalho, F. S., Belo, M. L., Souto, M. G., Silva, A. M. E. & Silva, G. A. (2020). Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção do perfil de usuários da Atenção Básica com necessidades de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4)
- Amarante, P. D. C. (2019). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. & Lancetti, A. (2012). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In G. W. Campos et al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. (2a ed. rev. aumentada). (pp. 661-680). São Paulo: Hucitec.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, J. D. O., Gonçalves, R. M. D. A., Kaltner, R. P., & Lancman, S. (2017). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2847-2856.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bispo Júnior, J. P. & Moreira, D. C. (2017). Educação Permanente e Apoio Matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. de Saúde Pública*, 33(9), 1-11.
- Campos, K. F. C. (2018). *Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial: avanços e desafios no cotidiano da atenção primária à saúde*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ENFC-B9EHP8>
- Campos, D. B., Bezerra, I. C. & Jorge, M. S. B. *Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial*. (2020) Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde. 18(1), 1-18
- Campos, G. W. de S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. Recuperado em 10/07/2019. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.

- Castro, C. P., Nigro, D. S., & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (5), 1625-1636.
- Dallos, R. (2010). Métodos observacionais. In G. Breakwell et al. *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (p. 134-169). Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, Thamires; Souza, Milena; Alves, Hirisleide. (2021). Acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, 10, (7), 1-12.
- Franco, L. & Lancetti, A. A. (2013). Quatro observações sobre as parcerias. In: Lancetti, A. A. (Org). *Saúde Mental e Saúde da Família. SaúdeLoucura*, São Paulo: Hucitec.
- Freire, Paulo. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente*. São Paulo: Paz & Terra.
- Freire, Paulo. (2020). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra. 73 edição.
- Lancetti, A. *Clínica Peripatética*. (2008). São Paulo: Hucitec.
- Leme, Kaleb., Reis, Maria., Amorim, Sulamita., Onocko Campos, Rosana. (2023). O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde. *Rio de Janeiro: Saúde Debate*, 47 (137), p. 146-157.
- Lima, Maura & Dimenstein, Magda. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora de atenção à crise. *Interface*, 20 (58), p. 625-635.
- Melo, Livia., Santos, Romário & Albuquerque, Paulette. (2023). Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? *Ciência e Saúde Coletiva*, 28 (2), p. 5-20.
- Merhy, E. E. (2015). Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, 1(1), 7-14. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>
- Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondin, R. G., & Giovanella. L. (2018). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *São Paulo: Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12.
- Ministério da Saúde. (2017). *Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Onocko-Campos, R. (2013). Saúde mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam. In: Paulon, S. & Neves, R. (Org). (2013). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.

Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados em las personas y basados em los derechos. (2022). Organización Mundial de la Salud.

Paulon, S. & Neves, R. (2013). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina.

Penido, C. (2013). Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon, S. & Neves, R. (Org). (2013). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto alegre: Sulina.

Penido, C. M., Castro, B. P., Coimbra, J. R., Baker, V. D. & Franco, R. F. (2018). Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais? Revista Polis e Psique, 8(1), 33-51.

Ministério da Saúde. (2007). Portaria GM/MS N. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007, 22. ago.

Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Mental.

Santos, T. L. A. S. (2019). A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial nos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte - MG. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais.

Souza Filho, Carlos & Ferreira Neto, João Leite. (2021). Transtornos mentais graves na Atenção Básica: experiências de profissionais da Equipes de Saúde da Família. Revista Psicologia e Saúde, Poços de Caldas, 13 (3), p. 99-115.

Souza, A. C. (2015). Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés. HUCITEC

Tedesco, Silvia., Sade, Christian., & Caliman, Luciana. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. Fractal, 25 (2), p. 299-322.

Vieira, J. A. (2002). O uso do diário em pesquisa qualitativa. Brasília: Cadernos de Linguagem e Sociedade. 5, 93 – 104.

Viana, Mônica & Terra, Lilian. (2021). Formación Paideia en atención primaria: análisis de la democracia institucional y las relaciones de poder en las prácticas laborales en salud. Salud Colectiva, 17 (3298), p. 2-13.

Xavier, Dayana; Lino, Amanda; Ferraz, Julia; Lino, Natália. (2022). COVID-19: impactos na saúde mental e estratégias da atenção primária. Revista Biociências, 28 (2), p. 1-11.

#### **4. ARTIGO III - “EU NÃO TINHA PARADO PRA PENSAR”: O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE**

##### **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo discutir gênero, raça e formação enquanto marcadores sociais que atravessam a participação de ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental da APS de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujas técnicas utilizadas para produção dos dados foram entrevistas semiestruturadas e observações participantes. Para tratamento do material produzido, utilizou-se a Interseccionalidade como ferramenta analítica. Os resultados mostraram que, em Belo Horizonte, a maioria das profissionais que trabalham como ACS são mulheres negras com Ensino Médio, enquanto a maioria dos profissionais que oferecem Apoio Matricial em Saúde Mental são mulheres brancas com Ensino Superior. Verificou-se também que estas diferenças de gênero, raça e formação atravessam as relações estabelecidas entre ACS e apoiadores matriciais, estando relacionadas com alguns mecanismos de exclusão das ACS dos espaços de matriciamento em saúde mental.

##### **Introdução**

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)<sup>8</sup> brasileiras, embora se assemelhem a trabalhadores(as) presentes na Atenção Primária à Saúde (APS) de outros países, possuem particularidades que fazem com que elas sejam apontadas por alguns autores como uma exclusividade do Sistema Único de Saúde (SUS) para que a Reforma Psiquiátrica se efetive (Lancetti, 2008; Onocko-Campos, 2013). Segundo Onocko-Campos (2013), as ACS “são quase uma jabuticaba... Só tem no Brasil! Dir-me-ão que há figuras parecidas em outros sistemas de saúde. Procurarei argumentar que esse parecido é bem pouco semelhante” (p. 8).

Onocko-Campos (2013) afirma que, de forma ainda não vista em nenhum outro lugar do mundo, na Atenção Primária à Saúde do Brasil as ACS ocupam uma posição estratégica para a produção do cuidado territorial em saúde mental: são profissionais das Equipes de Saúde da

---

<sup>8</sup> Falaremos aqui em agentes comunitárias de saúde, no feminino, pois a maior parte desta categoria sempre foi composta por mulheres. Trata-se de um número expressivo de mulheres que, desde a criação da função de ACS no país até os dias atuais, são protagonistas no exercício da profissão (Melo, Santos & Albuquerque, 2023).

Família e, ao mesmo tempo, moradoras dos territórios em que atuam<sup>9</sup>. Portanto, elas estão duplamente inseridas nas comunidades onde vivem os sujeitos em sofrimento psíquico, o que para Lancetti (2008) “é um dos bálsamos do modo brasileiro de fazer saúde pública” (p. 96).

Por ocuparem os territórios enquanto trabalhadoras moradoras, as ACS percebem a realidade de maneira particular: tanto de fora para dentro quanto de dentro para fora (Hooks, 1984; Collins, 2016). Sendo assim, uma vez que as ACS estabelecem um contato próximo e frequente com os usuários em sofrimento psíquico, mas também com os demais profissionais responsáveis por oferecer cuidado em saúde mental na APS, estima-se que elas atuem como elo entre as instituições de saúde e as comunidades atendidas (Lancetti, 2008; Onocko-Campos, 2013; Campos, Bezerra & Jorge, 2020).

Para Pelbart (2008, p. 13), “isso tudo pode ser fácil de dizer, e até sedutor de enunciar, mas é difícilimo de fazer”, pois o fato das ACS estarem duplamente inseridas nas comunidades não garante, por si só, que elas atuem a partir de toda a potencialidade que essa composição peculiar oferece para a efetivação do cuidado territorial em saúde mental. Assim como os demais profissionais da Atenção Primária, as ACS apresentam dificuldades para lidar com as complexidades referentes às demandas de saúde mental da população (Lancetti, 2008; Onocko-Campos, 2013; Campos, Bezerra & Jorge, 2020).

Portanto, visando atenuar essas dificuldades e aumentar a capacidade resolutiva das equipes frente aos casos de saúde mental, aposta-se em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Deslandes, 2005; Ministério da Saúde, 2009). Estes se configuram como espaços dialógicos de ensino/aprendizagem que, norteados por uma perspectiva libertadora da educação (Freire, 2020) e baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, devem acontecer em uma via de mão dupla de modo que todos os profissionais ensinam e aprendem simultaneamente (Bispo Júnior & Moreira, 2017)).

Sendo assim, a participação das ACS nos processos de Educação Permanente em Saúde é fundamental para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Por um lado, as ACS são qualificadas pelas equipes nos espaços de EPS uma vez que têm a oportunidade de esclarecer dúvidas referentes às demandas referidas à saúde mental e de desconstruir estigmas/preconceitos relacionados à loucura. Por outro lado, as ACS qualificam as equipes nos espaços de EPS, pois compartilham informações importantes sobre os usuários (às quais os outros profissionais não

---

<sup>9</sup> No Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2001) e nas leis que regulamentam a profissão no Brasil (Brasil, 2001; Brasil, 2002; Brasil, 2023) está previsto que as ACS devem ser pessoas escolhidas dentro das comunidades e que residam há pelo menos dois anos na área territorial em que irão trabalhar.

têm acesso por não estarem tão próximos do território) e enriquecem as discussões sobre os casos (Bispo Junior & Moreira, 2018; Campos, 2018).

Entretanto, existem muitos elementos que dificultam a participação das ACS nos espaços de ensino/aprendizagem em saúde mental. Pesquisas anteriores, realizadas em diferentes municípios, demonstraram que há um predomínio de relações hierarquizadas sendo estabelecidas entre ACS e demais trabalhadores nos processos de EPS. Além disso, verificou-se que as ACS são excluídas desses espaços de diferentes maneiras, mas sobretudo a partir do silenciamento de suas falas, dúvidas e opiniões. Em alguns Centros de Saúde, elas chegam a ser impedidas de participar das reuniões com a justificativa de que podem prejudicar o sigilo em relação aos pacientes e/ou que não possuem conhecimento suficiente para contribuir com as discussões (Lancetti, 2008; Albuquerque *et. al.*, 2017; Alcântara *et. al.*, 2020).

Estudos realizados em Belo Horizonte/MG - local onde a presente pesquisa de doutorado foi desenvolvida - também mostraram que as ACS apresentam dificuldades para participar da principal estratégia de Educação Permanente em Saúde utilizada para qualificar o cuidado em saúde mental no município: o Apoio Matricial em Saúde Mental. Pesquisadores observaram relações predominantemente hierarquizadas entre ACS e apoiadores matriciais, assim como silenciamentos dos saberes das ACS nos espaços de matriciamento em saúde mental. Alguns apoiadores do município chegam a recusar o compartilhamento de casos com as ACS, alegando que certas discussões não lhes competem em decorrência de uma suposta falta de sigilo e/ou qualificação (Pastana, 2019; Oliveira, 2021).

Tais questões, entretanto, não foram exploradas de maneira aprofundada nas pesquisas anteriores. Dito isso, analisando estes dados a partir da perspectiva dos feminismos negros interseccionais, levantamos os seguintes questionamentos: de que forma alguns marcadores sociais atravessam as dificuldades de participação das ACS na Educação Permanente em Saúde de Belo Horizonte? Há opressões, ainda que não explícitas, nomeadas ou intencionais, sendo praticadas por outros profissionais em relação às ACS nesses espaços de ensino/aprendizagem em saúde mental do município? Se sim, como essas violências acontecem? (Pereira & Passos, 2017).

Estes questionamentos foram levantados considerando o que é proposto pela perspectiva teórico-metodológica dos feminismos interseccionais propostos por mulheres negras: em sociedades capitalistas, patriarcais e racistas as relações não são neutras, mas sim atravessadas por mecanismos de poder que se entrecruzam potencializando violências estruturais (Crenshaw, 1989). Isso faz com que as pessoas sejam oprimidas e emancipadas, escutadas e silenciadas, incluídas e excluídas de espaços sociais/culturais/educacionais de maneiras distintas, a

dependem de marcadores que estão imbricados entre si (Ribeiro, 2018; hooks, 2019; Collins & Bilge, 2021).

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária - entre outras - são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas, das experiências humanas (Collins & Bilge, 2021, p. 15-16).

A análise interseccional possibilita compreender como as relações são construídas entre pessoas “com mais ou menos poder”. Nesse sentido, as feministas negras interseccionais propõem a desnaturalização da ideia de que “somos todos iguais”. Assim, para fins de desnaturalizar a universalidade da condição humana e de historicizar as desigualdades sociais, torna-se fundamental fazermos o exercício de nos questionarmos sobre quais pessoas estamos falando, inserindo nos debates alguns marcadores sociais como gênero, raça e classe (Mayorga, 2014; Hooks, 2019; Rios & Lima, 2020).

Ao nos questionarmos sobre quem são as pessoas que atuam como Agentes Comunitárias de Saúde na APS do Brasil, verificamos em estudos anteriores que essa categoria profissional é composta majoritariamente por mulheres negras que possuem apenas o Ensino Médio (Lino *et al.*, 2012; Simas, 2017; Lotta *et al.*, 2021). Paralelamente, ao investigarmos quem são os(as) especialistas em saúde mental que oferecem EPS no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, constatamos que geralmente são homens e mulheres brancos(as) - mas principalmente mulheres - que atuam como psicólogos(as) ou psiquiatras e que possuem pelo menos o Ensino Superior (Macedo *et al.*, 2012; Almeida & Furegato, 2015; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2016).

Acreditamos que as referidas diferenças de gênero, raça e formação têm implicações diversas nas relações estabelecidas entre ACS e demais profissionais nos processos de Educação Permanente em Saúde, estando diretamente relacionadas com as dificuldades de participação das ACS nesses espaços de ensino/aprendizagem que são (ou pelo menos deveriam ser) dialógicos. Portanto, este trabalho de doutorado teve como principal objetivo analisar, a partir da perspectiva interseccional, como os marcadores sociais atravessam a participação das ACS na principal estratégia de EPS de Belo Horizonte: o Apoio Matricial em Saúde Mental.

O presente artigo é fruto do trabalho de doutorado intitulado "*Atravessamentos interseccionais na Reforma Psiquiátrica: como as Agentes Comunitárias de Saúde participam do Apoio Matricial em Saúde Mental?*". A pesquisa, desenvolvida pela primeira autora com

orientação da segunda e coorientação da terceira, foi realizada entre 2021 e 2023 no programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-PSI) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os principais referenciais teórico-metodológicos utilizados foram a Reforma Psiquiátrica e a Interseccionalidade.

## **Metodologia**

O trabalho de doutorado que originou o presente artigo foi de natureza qualitativa, e visou obter uma compreensão ampla e aprofundada dos fenômenos investigados (Minayo, 2017). A pesquisa foi desenvolvida com quatro Equipes de Saúde da Família, de diferentes Centros de Saúde, da APS de Belo Horizonte. Como critérios de inclusão no estudo, foram selecionadas equipes que realizam reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental regularmente e que contam com a participação frequente de ACS nesses espaços. Como critério de exclusão, foram descartadas as equipes desfalcadas de ACS e/ou de apoiadores matriciais. Embora as reuniões de matriciamento contem com a presença de outros trabalhadores, os profissionais que participaram diretamente do estudo como entrevistados foram ACS e apoiadores matriciais.

Em Belo Horizonte, os apoiadores matriciais em saúde mental têm Ensino Superior completo, sendo, em geral, psicólogo(a) ou psiquiatra. Contudo, todos os apoiadores matriciais entrevistados nesta pesquisa são psicólogos, pois dos quatro Centros de Saúde que participaram do estudo, três estão sem psiquiatra atualmente. Foram feitas algumas tentativas de contato com a única psiquiatra, mas não obtivemos retorno e, então, entrevistamos o psicólogo que também atua como apoiador matricial da equipe em questão.

Para produção dos dados da pesquisa, inicialmente foram realizadas observações participantes durante reuniões presenciais de Apoio Matricial em Saúde Mental que acontecem mensalmente entre Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Foi realizado um total de oito observações, sendo duas em cada Centro de Saúde. Cada observação contou com a presença de dois pesquisadores: doutoranda e/ou alunos de Iniciação Científica. Estes, no final de cada encontro, produziram relatos individuais registrando os fatos observados e impressões pessoais acerca dos mesmos. Os dois registros foram confrontados para confecção de um terceiro relato produzido pela doutoranda, o qual compôs o material de análise propriamente dito (Vieira, 2002; Minayo, 2017).

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas<sup>10</sup> individuais com ACS e apoiadores matriciais, conduzidas pela doutoranda de forma online pela plataforma Microsoft Teams. Foram efetuadas oito entrevistas: quatro com ACS e quatro com apoiadores matriciais. As entrevistas semiestruturadas se caracterizam como roteiros de perguntas previamente elaboradas, mas abertos para outras questões relevantes puderem aparecer no desdobramento das conversas com os participantes (Dallos, 2010; Tedesco, Sade & Caliman, 2013; Minayo, 2017). Tratou-se, portanto, de uma ferramenta que permitiu o acesso às informações que só poderiam ser fornecidas pelas pessoas que vivenciam a realidade em questão (Tedesco, Sade & Caliman, 2013; Minayo, 2017).

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Para análise dos dados produzidos por meio das observações e das entrevistas, lançamos mão da interseccionalidade. Segundo Collins e Bilge (2021), o uso da interseccionalidade como ferramenta analítica pressupõe a assunção de um olhar crítico e envolve considerar elementos – como gênero, raça e classe – para analisar os mecanismos de poder que atravessam as experiências individuais, grupais e institucionais. Isso implica, conseqüentemente, em enunciar silenciamentos e colocar perguntas geralmente ignoradas nas produções acadêmicas.

A interseccionalidade propõe analisar gênero, raça e classe como os principais elementos estruturantes de nossa sociedade. Entretanto, segundo as feministas que propuseram essa ferramenta analítica, existem diversos outros marcadores sociais - como formação, sexualidade, território, etc - que também podem atravessar as relações cotidianas estabelecidas entre as pessoas (hooks, 2018). No caso desta pesquisa, optamos por falar especificamente em gênero, raça e formação por serem estas as categorias que se destacaram no campo de estudo. Porém, compreendemos que abordar tais elementos que são embebidos pelo racismo, pelo machismo e pelo classismo, implica pensar indiretamente também em classe.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE: 61033022.10000.5149) e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE: 61033022.1.3001.5140). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que se evidenciava que seriam respeitados os critérios de sigilo e confidencialidade e que os materiais produzidos seriam utilizados unicamente para fins de publicação científica. Portanto, com o intuito de preservar as identidades das pessoas que se

---

<sup>10</sup> Os roteiros utilizados para realização das entrevistas semiestruturadas se encontram em apêndice, no final da presente tese.

voluntariaram a contribuir com o estudo, foram criados nomes fictícios para os profissionais, conforme se verifica na tabela descritiva abaixo.

Tabela 1 – Identificação dos participantes da pesquisa.

Profissão	Nome fictício	Gênero	Raça	Formação	Centro de Saúde	Equipe
<b>Agente comunitária de saúde</b>	Elza	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 1	Equipe 1
	Alcione	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 2	Equipe 2
	Ivone Lara	Mulher	Negra	Ensino Médio	Centro de Saúde 3	Equipe 3
	Rita	Mulher	Branca	Ensino Superior	Centro de Saúde 4	Equipe 4
<b>Apoiador(a) matricial</b>	Sandra	Mulher	Negra	Mestrado	Centro de Saúde 1	Equipe 1
	Caetano	Homem	Branca	Doutorado	Centro de Saúde 2	Equipe 2
	Elis	Mulher	Branca	Pós-Graduação	Centro de Saúde 3	Equipe 3
	Nara	Mulher	Branca	Ensino Superior	Centro de Saúde 4	Equipe 4

Fonte: Elaboração própria, 2023.

## Resultados e discussão

Para efeito deste artigo, os dados produzidos ao longo da pesquisa foram organizados em duas categorias principais de análise: 1) Gênero, raça e formação de profissionais participantes do Apoio Matricial em Saúde Mental; e 2) Marcadores sociais que atravessam a participação de Agentes comunitárias de saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental.

A primeira categoria foi dividida em duas subcategorias analíticas: 1.1) Agentes comunitárias de saúde; 1.2) Apoiadores matriciais. A segunda categoria também foi dividida em duas subcategorias analíticas: 2.1) Relações entre Agentes comunitárias de saúde e apoiadores matriciais; 2.2) Mecanismos de inclusão/exclusão das Agentes comunitárias de saúde.

## ***1. Gênero, raça e formação de profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental***

### ***1.1 Agentes comunitárias de saúde***

Os resultados produzidos nesta pesquisa corroboram os dados da literatura acerca dos perfis raciais, de gênero e formação das Agentes Comunitárias de Saúde brasileiras (Lino *et al.*, 2012; Simas, 2017; Lotta *et. al.*, 2021): entre as ACS que participaram diretamente do estudo, todas são do sexo feminino, sendo que a maioria é negra e estudou somente até o Ensino Médio. Além de ter sido possível constatar algumas dessas características durante as observações participantes, nas entrevistas uma ACS se declarou como mulher branca com Ensino Superior; uma se autodeclarou como mulher negra com Ensino Médio; e duas se autodeclararam como mulheres pardas com Ensino Médio<sup>11</sup>.

Quando foram questionadas sobre o perfil de gênero de outras colegas de trabalho que também exercem a profissão de ACS na Atenção Primária de Belo Horizonte, todas as ACS afirmaram categoricamente que observam um número maior de mulheres. Uma delas exemplificou dizendo que, nas equipes do Centro de Saúde onde trabalha, há dezessete mulheres e apenas um homem atuando como ACS; outra entrevistada também ilustrou dizendo que, no Centro de Saúde em que atua, há oito mulheres e somente um homem trabalhando como ACS.

Quando as ACS foram questionadas sobre o perfil racial de suas colegas de profissão, as opiniões apresentadas diferiram, o que de antemão já demonstra que o quesito raça/cor ainda é uma temática sensível para quem pergunta e também para quem responde, além de ser um assunto complexo sobre o qual algumas pessoas sequer querem pensar (Silveira *et. al.*, 2021). Exemplo disso é a fala de Ivone Lara: “*Eu percebo uma maioria de mulheres, mas a questão da cor eu nunca parei pra pensar sobre isso*” (IVONE LARA – Agente Comunitária de Saúde).

Diferente de Ivone Lara, a ACS Rita afirmou que observa uma maioria feminina e negra atuando na sua profissão no Centro de Saúde em que trabalha. Segundo ela, trata-se de um número expressivo e evidente de mulheres negras trabalhando como ACS: “*É evidente isso aqui. A gente só tem um colega homem, que também é moreno. A maioria aqui são mulheres*

---

<sup>11</sup> No Brasil, tanto no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) quanto no movimento negro, as autodeclarações como preto(a) e pardo(a), juntas, compõem a população negra. Dito isso, nesta pesquisa foram considerados(as) como negros(as) aqueles(as) que se autodeclararam como pretos(as) ou pardos(as). Utilizamos a categoria negro(a), também, em sua dimensão de identidade política construída pelo movimento negro como forma de resistência aos processos de dominação (Silveira, *et. al.*, 2021).

*negras. Eu sou quase a única branca aqui, só tem eu e mais uma*". (RITA – Agente Comunitária de Saúde).

A ACS Alcione, por sua vez, disse não haver um predomínio de mulheres negras, mas sim de mulheres pardas: *“Na nossa equipe tem só tem uma menina que é negra mesmo, o resto é parda ou da minha cor que é mais morena, não chega a ser negra, negra”* (ALCIONE – Agente Comunitária de Saúde). Essa fala remete a um momento de questionamento do quesito raça/cor durante a entrevista em que houve uma discordância entre a autodeclaração da ACS e a percepção da pesquisadora. Esse fenômeno, entretanto, não diz respeito a um problema na autoimagem da entrevistada, mas aponta para tensionamentos inerentes ao debate racial brasileiro (Silveira, *et. al.*, 2021).

Pensar a negação da identidade racial a partir de uma perspectiva simplista e individual, como se estivesse atrelada a uma distorção do sujeito em relação à sua própria imagem corporal, é reproduzir mais uma forma de violência racial. Conforme explicam Silveira *et al.*, (2021), apesar das conquistas do movimento negro e do fortalecimento das identidades negras, a identificação das pessoas em termos de raça/cor ainda é um tema complexo no Brasil, onde “os processos de branqueamento e as relações inter-raciais produziram uma nação ‘mestiça’ que dificulta o reconhecimento da identidade negra” (p. 6).

O processo de branqueamento e mestiçagem do Brasil produziu uma fratura nas identidades da população negra. Diferente da segregação racial jurídica dos EUA, em que o tom de pele não diferenciava a população negra entre si, no Brasil, quanto mais distante da pele preta, maior a probabilidade de aceitação na sociedade. (...) O segundo aspecto que destacamos é que o racismo se expressa no processo de branqueamento da população na coleta do quesito raça/cor. O Brasil promoveu uma política pública de imigração europeia com intuito de clarear a população brasileira. Paralelo a isso, os discursos de valorização da cultura europeia, dos traços fenotípicos das pessoas brancas como sinônimo de beleza e de humanidade produziram sentimentos de inferioridade e desumanização na população negra (Silveira, *et. al.*, 2021, p. 8).

Os apoiadores matriciais também foram questionados sobre o perfil de gênero e raça de colegas que exercem a profissão de ACS. Assim como as ACS, todos os apoiadores responderam que percebem uma maioria feminina, mas nem todos informaram perceber uma maioria negra. Nara, por exemplo, afirmou: *“Mulheres sim, negras não. São quinze ACS, só tem um homem. Negro a gente não tem; tem mulatas e brancos”* (NARA – Psicóloga e apoiadora matricial). Essa fala reafirma duas questões mencionadas acima: a falta de reflexão sobre o quesito raça/cor e a dificuldade de reconhecimento da identidade negra.

Os outros apoiadores matriciais, entretanto, reconheceram uma maioria negra entre as ACS com as quais trabalham. Caetano afirmou: “*Acho que todas elas são mulheres, a maioria mulheres negras*” (CAETANO – Psicólogo e apoiador matricial). Elis e Sandra destacaram que, além da profissão de ACS ser majoritariamente feminina e negra, os poucos homens que exercem o cargo geralmente são negros: “*No nosso CS só tem um rapaz que, pelas características, estaria dentro da raça negra. Realmente tem uma grande maioria feminina, talvez mais de noventa por cento de mulheres e com pelo menos descendência negra*” (ELIS – Psicóloga e apoiadora matricial).

*Eu não tinha parado para pensar que os dois ACS que eu trabalhei são homens negros. E as mulheres, em sua maioria, negras. Esse recorte de gênero diz muito da saúde também, né? Essa questão do cuidado se transfere para as ACS também porque a maioria são mulheres que estão lá na comunidade cuidando, emprestando para a comunidade o próprio corpo* (SANDRA – Psicóloga e apoiadora matricial).

Conforme destacado pela apoiadora matricial Sandra, a maioria feminina e negra atuando na profissão de ACS não se caracteriza como uma simples coincidência, mas está diretamente atrelada a mecanismos de opressão/emancipação que atravessam sociedades capitalistas, machistas e racistas. Portanto, para não reforçar uma naturalização de fatos, fazendo parecer que ocorreram de maneira aleatória quando, na verdade, foram historicamente configurados (Pereira & Passos, 2017), retomemos o início dessa profissão no país.

A contratação das primeiras ACS aconteceu em 1987, em uma situação de emergência no Ceará, que enfrentava um período de seca severa. À época, com o intuito de auxiliar as regiões mais assoladas do sertão, o Estado elaborou um plano de governo visando promover acesso aos serviços sanitários e criar oportunidades de emprego para a população marginalizada. O governo selecionou 6.000 mulheres, entre as mais pobres do Estado, para realizar ações de promoção da saúde. Sem que precisassem possuir qualquer qualificação técnica prévia, elas receberam treinamentos para execução das tarefas (Junior, 2009).

A busca por empregar mulheres no contexto da seca cearense, no entanto, é apenas um dos motivos que explica a maioria feminina e negra atuando como ACS (Santos, 2019). Além disso, a naturalização de determinadas características como sendo femininas ao longo da história, assim como o papel de cuidadora socialmente relegado à mulher, foram as bases para as contratações das primeiras ACS no Brasil (Barbosa *et. al.*, 2012). “O modelo de trabalho de ACS se apropria das características ‘naturalizadas’ como femininas com a finalidade de explorar uma força de trabalho composta majoritariamente por mulheres, que devem ‘cuidar’

da saúde do ‘outro’, da família e, agora, também da comunidade” (Barbosa *et. al.*, 2012, p. 753).

Lotta *et al.* (2021) afirmam que a feminização de algumas profissões do campo da saúde, “– em especial de agentes comunitários de saúde – pode ser vista como uma extensão da divisão sexual do trabalho” (p. 2). Na mesma direção, Santos (2019) explica que “o trabalho da ACS, intrinsecamente relacionado ao trabalho doméstico feminino (...), acaba por reproduzir valores patriarcais que (...) consideram a mulher como sendo portadora de uma vocação para o cuidado” (p. 29).

Não por acaso, historicamente as mulheres vêm exercendo majoritariamente ofícios relacionados ao cuidado (Santos, 2019; Lotta *et. al.*, 2021). Como colocado por Barbosa *et al.* (2012) e Pereira e Passos (2017), em uma sociedade capitalista, machista e racista como a que vivemos, as mulheres ainda são vistas como naturalmente vocacionadas para o cuidado. De acordo com as autoras, essa ideologia de gênero é sustentada:

(...) pela criação do discurso ideológico do “instinto materno”, naturalizando nas mulheres a capacidade de cuidar (dos outros e das tarefas domésticas) (...). Cuidar é uma capacidade humana, mas historicamente foi ligada aos corpos procriadores das mulheres e somente nelas interpelado. (...) Mesmo que uma mulher não tenha filhos, será demandada culturalmente a ser cuidadora, a se doar pelos outros, nem que para isso abra mão de si mesma e de seus projetos. Aqui, (...) fugir à regra é ser colocada em xeque, identitariamente, como “verdadeira mulher”. (...) Nossa cultura se caracteriza, assim, por ser profundamente misógina (Pereira & Passos, 2017, p. 61).

## ***1.2 Apoiadores matriciais***

Dados da literatura apontam para uma maioria feminina, branca e com alto nível de formação atuando como apoiador matricial no Brasil (Macedo *et. al.*, 2012; Almeida & Furegato, 2015; CFP, 2016), o que foi corroborado nesta pesquisa. Dos quatro apoiadores entrevistados, um se identifica e é identificado como homem branco e possui Doutorado; uma se reconhece e é reconhecida como mulher branca e possui Ensino Superior; uma se reconhece e é reconhecida como mulher branca e possui Especialização; e uma, apesar de ter sido reconhecida como mulher branca pela pesquisadora, afirmou que atualmente se identifica como mulher parda devido a sua ancestralidade e possui Mestrado.

Quando os apoiadores matriciais foram questionados sobre como percebem o perfil de colegas que exercem a mesma função, alguns apontaram observar uma maioria branca conforme se verifica no seguinte relato: “*Eu sou branca. Negros psicólogos eu acho que não tem isso. Assim, negros psicólogos eu não trabalhei com nenhum até agora. Todos brancos*”.

(NARA – Psicóloga e apoiadora matricial). Essa fala faz pensar nas colocações de Cuti (2017), quando afirma que as pessoas brancas chegam a ter medo de pronunciar a palavra “negro” e, mais ainda, de problematizar e se responsabilizar pelas consequências advindas do racismo estrutural.

Carneiro (2005) descreve a branquitude como uma guardiã silenciosa de privilégios socialmente institucionalizados. Segundo a autora, as pessoas brancas se sentem desconfortáveis ao abordar assuntos raciais, de modo que em seus discursos predomina um silêncio em relação à existência das pessoas negras. A autora explica que se trata de uma invisibilidade que aparece nas falas como “não vê, não sabe, não conhece, não convive”, justamente como foi observado na fala da apoiadora matricial citada anteriormente.

Para algumas ACS entrevistadas, há um perfil majoritariamente feminino e branco de apoiadores matriciais: *“Eu ainda não vi um psicólogo negro não. A maioria foram brancos mesmo, só passou um que era mais moreno. Mas, fora isso, todos brancos”* (ELZA – Agente Comunitária de Saúde). Outra ACS afirmou: *“Geralmente são homens e mulheres brancos. Você falando isso agora deu pra perceber. Não tinha pensado nisso, mas agora eu voltei aos que já passaram aqui e aos que estão aqui: são brancos”* (IVONE LARA – Agente Comunitária de Saúde).

Na mesma direção, quando questionada sobre os apoiadores matriciais que integram as equipes da APS belorizontina, outra ACS apontou para uma maioria feminina e branca. Ela analisou a questão de maneira mais aprofundada, abordando as relações estruturais entre gênero feminino e profissões: *“A maioria aqui foi mulher, mas mulheres brancas mesmo. Porque aí a gente também já tem uma questão da psicologia ser uma profissão associada ao cuidado e o cuidado ser uma coisa associada à mulher. E aí geralmente a gente vê mais psicólogas mulheres mesmo, né?”* (RITA – Agente Comunitária de Saúde).

Como menciona a ACS, o fato de haver uma maioria feminina e branca oferecendo Apoio Matricial em Saúde Mental também não é coincidência ou aleatoriedade. Ao contrário, está diretamente relacionado com questões estruturais de gênero, raça e classe. A primeira questão que precisa ser colocada aqui é que, assim como em BH, os profissionais que oferecem apoio matricial nos demais municípios brasileiros geralmente são psicólogos, o que se dá principalmente pela alta rotatividade e baixa adesão de psiquiatras na Atenção Primária à Saúde (Nogueira, *et. al.*, 2021).

Sendo assim, cabe mencionar os dados demográficos referentes ao perfil dos profissionais de psicologia no Brasil, cujas pesquisas apontam para uma maioria feminina e branca (Macedo *et. al.*, 2012; Almeida & Furegato, 2015). Em documento publicado pelo

Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2016, a partir de informações levantadas sobre psicólogos do mercado de trabalho brasileiro, verificou-se que:

As mulheres são maioria entre os psicólogos, somando aproximadamente 132 mil no território nacional, o que representa 90,0% do total de psicólogos ocupados no país. Considerando-se o total de ocupados com ensino superior, as mulheres representam 56,6%, enquanto os homens, 43,3%. (Conselho Federal de Psicologia, 2016, p. 11).

O documento publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2016) traz também informações sobre a raça/cor dos psicólogos no Brasil. Nesse sentido, os dados mostram que 16,5% dos psicólogos(as) são negros, correspondendo a 24.162 pessoas. Enquanto isso, os psicólogos não negros somam 83,5%, o que corresponde a 122.559 pessoas. Entre os psicólogos ocupados com ensino superior, 30,5% são negros (o que equivale a 4.294.331 pessoas) e 69,5% não são negros, equivalendo a 9.766.410 pessoas).

Em pesquisa feita por Macedo *et al.* (2012), constatou-se que 89,6% dos psicólogos atuantes nas redes públicas de saúde são do sexo feminino. O estudo de Almeida e Furegato (2015) apontou que as mulheres são maioria entre os psicólogos que trabalham no SUS. Para Bispo Júnior e Moreira (2018), os estudos que abordaram os profissionais que trabalham como apoiadores matriciais na APS também mostraram que geralmente são mulheres. Na pesquisa de Falcão, Granjeiro e Nascimento (2022), que traz o recorte de Mossoró/RN, observou-se que 68,75% dos profissionais que oferecem apoio matricial na cidade pertencem ao sexo feminino.

## ***2. Marcadores sociais que atravessam a participação de agentes comunitárias de saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental***

### ***2.1 Relações entre agentes comunitárias de saúde e apoiadores matriciais***

Durante as observações participantes, buscamos analisar como são construídas as relações entre os apoiadores matriciais e as ACS. Verificamos diferentes dinâmicas acontecendo nas equipes, mas percebemos que em todas predominam relações hierarquizadas/verticalizadas entre os referidos profissionais. Isso ficou evidenciado a partir de elementos simbólicos que dizem respeito à forma como as reuniões são organizadas e que se mostraram recorrentes ao longo dos encontros: inicialmente, cabe destacar que todas as reuniões são coordenadas pelos apoiadores matriciais, sendo estes os responsáveis por definirem as pautas abordadas e os casos discutidos.

Para uma melhor compreensão da questão, retomemos uma reunião observada cuja pauta envolveu a discussão de artigos acadêmicos que haviam sido previamente compartilhados

pela apoiadora com a equipe para leitura - o que, entretanto, não propiciou um debate coletivo entre os profissionais presentes. Ao contrário, a apoiadora passou a maioria do tempo de reunião em pé, ocupando simbólica e fisicamente um lugar de suposto saber, explicando os conteúdos dos textos e escrevendo alguns comentários em um quadro que havia na sala. Enquanto isso, as ACS e os demais integrantes da equipe permaneceram sentados em fileiras recebendo as informações de maneira predominantemente passiva.

Nesse sentido, retoma-se a concepção de educação bancária concebida por Freire (2020) para descrever uma educação verticalizada onde o educador coloca-se em uma posição de transmissor do conhecimento enquanto os educandos são colocados na posição de aprendizes. Dito isso, reforçamos a compreensão de que os processos de EPS devem ultrapassar esse modelo tradicional da educação que visa apenas transmitir saberes, para fins de promover a construção de diálogos coletivos em contextos democráticos (Tavares, 2021),

Por vezes, a hierarquia nas relações entre ACS e apoiadores apareceu também na organização física do ambiente, o que foi observado em três encontros, sendo um de cada equipe diferente. Durante o matriciamento de um dos Centros de Saúde envolvidos no estudo, os pesquisadores registraram que *“o grupo permaneceu sentado em um círculo, porém uma das ACS estava quase fora dele”* (Relato de observação x). No matriciamento de outro Centro de Saúde, registrou-se o seguinte: *“Durante a reunião, a ACS ficou de fora da roda feita pelos profissionais, ainda que estivesse ouvindo a discussão”* (Relato de campo, março de 2023, CS 4).

De forma semelhante, durante uma reunião de matriciamento de outro Centro de Saúde observado, a equipe sentou-se em uma roda para discutir os casos. Na ocasião estavam presentes uma psicóloga/apoiadora matricial; um psicólogo referência técnica em saúde mental; um médico; uma enfermeira; uma assistente social; duas agentes comunitárias de saúde; e dois pesquisadores. Estes registraram no relatório: *“Um detalhe que nos chamou a atenção foi que todos nós estávamos sentados em roda, exceto as ACS. Elas eram as únicas profissionais que se encontravam de fora, sentadas em cima de uma maca que havia na sala, onde permaneceram até o final da reunião”* (Relato de campo, janeiro de 2023, CS 1).

As relações construídas entre ACS e apoiadores matriciais também foram investigadas com todos os profissionais durante as entrevistas. Os apoiadores descreveram como horizontais as relações estabelecidas com as ACS. Eles também disseram perceber que, em razão disso, as ACS sentem liberdade para se posicionarem, concordarem/discordarem, emitirem suas opiniões/sugestões e colocarem suas dúvidas durante as discussões de casos nas reuniões de matriciamento. Sobre isso, vejamos a fala de uma das psicólogas:

*Pra você ver tamanha a liberdade, numa reunião ela falar isso comigo: “eu discordo”. Eu falo: “Mas por quê você discorda? Vamos pensar em outra coisa”. É importante ela falar que discorda porque aí me dá outras possibilidades. Eu acho que é muito por conta dessa postura que eu tenho com elas de parceria, de apoio, de escutar muito o que elas trazem. “É importante o que você está trazendo sim!”. Porque às vezes elas falam “ai eu não sei falar do jeito que vocês falam”. Eu digo: “fala do seu jeito, me explica com suas palavras que eu vou entender, não precisa ter termo técnico”. (SANDRA – Psicóloga e apoiadora matricial).*

A fala acima, embora contenha elementos que apontam para relações predominantemente horizontalizadas entre apoiadora matricial e ACS, faz parecer que a possibilidade das ACS falarem e emitirem suas opiniões nos espaços de matriciamento é quase que um favor concedido a elas por outros profissionais. A apoiadora ter descrito o fato de algumas ACS discordarem dela como sinônimo de grande liberdade nos fez indagar justamente o oposto: isso não seria o mínimo? Como seria possível pensar em um processo de Educação Permanente em Saúde onde não se tem a possibilidade de discordar?

De maneira parecida, a apoiadora matricial de outra equipe disse manter relações próximas e horizontais com as ACS. Entretanto, descreveu perceber relações verticalizadas sendo estabelecidas entre elas e outros integrantes das Equipes de Saúde da Família. Ela apontou o nível de formação como o principal atravessamento dessas relações hierarquizadas entre ACS e profissionais que possuem nível superior, com exceção dela própria. Nas palavras da psicóloga:

*No começo eu via a maioria das ACS constrangida porque eu estava percebendo um movimento muito sutil dos profissionais de nível superior que às vezes podavam de uma forma velada. Não era de uma forma clara não. Às vezes uma delas ia fazer alguma colocação ou pergunta e outro profissional desqualificava a pergunta. Eu escutava um e outro, respondia um e outro, tentando passar pro profissional de nível superior a informação de que o que a ACS estava trazendo era importante (ELIS – Psicóloga e apoiadora matricial).*

A fala dessa apoiadora traz situações emblemáticas que podem ser analisadas a partir das considerações de Carneiro (2005) e Kilomba (2017). Parece que as ACS são escutadas apenas mediante a validação de suas falas por outro profissional. É como se, para que suas colocações sejam escutadas nas discussões de caso com as equipes, as ACS precisassem de um intermediário. Mas não de qualquer intermediário. Este deve ser alguém “com mais poder”. Alguém que seja branco e que possua Ensino Superior. Nesse sentido, os marcadores de raça e formação parecem atuar como “códigos silenciosos” que dividem as pessoas em dois grupos distintos: aquelas que podem falar e que são ouvidas; e aquelas que até podem falar, mas para serem ouvidas precisam de “validadores” bem específicos.

Outra questão que se destacou em todas as equipes observadas foi uma distinção velada entre os profissionais autorizados a falar livremente e os profissionais que estão autorizados a falar somente mediante solicitação de alguém. No caso desse estudo sendo as profissionais ACS predominantemente mulheres negras, cabe destacar que para Kilomba (2017) o fato do negro ter permissão para falar só a partir da autorização do outro, representa relações de poder e seus “regimes brutais de silenciamento dos/as chamados/as “outros/as”: quem pode falar? o que acontece quando falamos? e sobre o que podemos falar?” (p. 26).

Isso faz pensar nas colocações de Carneiro (2005) sobre o fato de que a cor da pele chega antes das pessoas e, como defende Kilomba (2017), indica aquelas que estão autorizadas a falar. Ainda sobre a mesma questão, as ACS apontaram para relações predominantemente hierarquizadas com os apoiadores matriciais, conforme já mostravam alguns estudos anteriores (Albuquerque *et. al.*, 2017; Pastana, 2019; Alcântara *et. al.*, 2020): “*Existe uma certa hierarquia, uma certa postura diferente*” (ALCIONE – Agente Comunitária de Saúde); “*Eu acho que a questão é hierárquica mesmo. Eles ainda não veem a gente como colega de trabalho*” (RITA – Agente Comunitária de Saúde).

Ambas as ACS acrescentaram que as relações são hierarquizadas, principalmente, quando os apoiadores matriciais são médicos. Ao se referir à psicóloga que oferece Apoio Matricial em Saúde Mental para sua equipe, Elza afirmou: “*ela é muito tranquila pra conversar com a gente*” (ELZA – Agente Comunitária de Saúde). Rita, na mesma direção, colocou que “*a psicóloga atual tem uma escuta bem boa, mas já teve profissionais que não tiveram essa escuta. Com psicólogas a gente sempre teve uma relação melhor, com psiquiatras nunca foi relação muito próxima, nem uma troca muito boa*” (RITA – Agente Comunitária de Saúde). Na sequência, a mesma ACS explica:

*A maioria dos psiquiatras que passaram por aqui tinha um distanciamento bem grande não só das ACS, mas principalmente das ACS. É um poder que parece que eles têm acima de todo mundo. Quando a gente vai dar algum tipo de retorno ou acrescentar alguma coisa no caso, muitas vezes é visto com desdém, sabe? De não escutar, não dar tanta importância. Tem profissional que eu sinto realmente uma barreira (RITA – Agente Comunitária de Saúde).*

A ACS Alcione também disse que a hierarquia nas relações com os apoiadores matriciais é percebida, sobretudo, quando se trata de médicos: “*Ele é um médico, eu sou só uma ACS. Eu tive estudo, mas não igual ele para entender certas coisas. Se eu tivesse tido mais instruções, condições de ter estudado melhor, eu poderia ajudar mais. Mas eu não tive*” (ALCIONE – Agente Comunitária de Saúde). Para melhor ilustrar essas relações

predominantemente verticalizadas, Alcione destaca ainda que não é ouvida pela atual psiquiatra apoiadora matricial:

*Tem uma certa resposta, mas a psiquiatra dá muita resposta direto para o médico, não dá muita atenção à gente. Escuta, mas não entrosa muito com você. Então, se você quer passar um caso direto para a psiquiatra na reunião, ela já responde assim: o médico da equipe está sabendo? Quer dizer que a sua opinião ali não está sendo válida. Então a psiquiatra não escuta direito, ela sempre pergunta se a equipe está a par, como se a gente não soubesse (ALCIONE – Agente Comunitária de Saúde).*

Em algumas falas mencionadas acima, o nível de formação é destacado como um marcador social importante, que atravessa as relações hierarquizadas entre ACS e apoiadores matriciais. Além disso, percebe-se que quando envolve principalmente o conhecimento médico e o profissional da medicina, se estabelece uma relação de saber-poder entre esses profissionais. A ACS Rita deixa entrever em sua fala uma diferenciação que sente em certos momentos em relação às demais ACS, por ela ter Ensino Superior e as demais não terem:

*Minhas outras colegas não têm, são negras, são mulheres. Eu acho que tudo isso interfere. A fala quando é dita por uma pessoa que está no mesmo nível, que eles consideram que está no mesmo nível, as pessoas escutam mais. Por exemplo, quando eu entrei para a prefeitura, toda vez que a gente montava um grupo misto com médico, enfermeira, psicólogo, não sei o que, todos os profissionais envolvidos no posto de saúde se misturavam. A ACS muitas vezes, por exemplo, dizia: “eu sei a resposta que vou falar”. Aí sabe quando parece aquelas coisas de pré-primário? Tipo, não quero escutar o coleguinha, sentia até que fechava a roda. E a gente falava: “a resposta é essa, essa e essa”, aí a pessoa olhava pra nossa cara assim “ah tá, vou continuar aqui gente”, não dava a mínima pro que a gente tava falando. Isso era recorrente. Eu acho que ao longo dos anos existe um movimento que as pessoas começaram a se empoderar mais, em todos os sentidos. Então a gente se impõe mais nessas situações, a gente começa a se questionar por que a pessoa não tá escutando, ou fala que não vai participar mais de tal reunião, porque a gente que está sendo escutada está tendo essa união, tendo um pouco essa força, sabe? (RITA – Agente Comunitária de Saúde).*

Desse modo, mesmo a ACS tendo Ensino Superior, afirma não possuir a mesma autoridade que outros profissionais para falar sobre os casos com demandas referidas à saúde mental nas reuniões de matriciamento. Ela coloca essa questão como uma barreira que divide e identifica aquele que supostamente sabe mais e que, por isso, possui o direito de falar e ser ouvido pelos demais. Além disso, essa questão se refere a uma visão cientificista e elitista de que o saber superior é o científico e acadêmico.

A raça, entretanto, não foi mencionada pelos apoiadores matriciais como algo que influencia as relações construídas com as ACS. Isso é abordado por Silveira *et al.* (2021) ao

afirmarem que as relações raciais ainda são invisibilizadas pelos profissionais que possuem Ensino Superior. “Na negação das desigualdades nas relações de saber-poder entre pessoas brancas e negras, os(as) profissionais da saúde de nível universitário, em sua maioria pessoas brancas, acreditam não compactuar com o racismo, pois, conscientemente, afirmam não diferenciar” (p. 7). Os autores destacam que, apesar disso, essa crença é uma falácia sobre muitos aspectos, uma vez que as relações nunca são neutras, mas atravessadas por diferentes marcadores sociais.

### ***Mecanismos de inclusão/exclusão das agentes comunitárias de saúde***

A literatura aponta para determinados mecanismos de inclusão/exclusão das ACS que são praticados por outros profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental (Lancetti, 2008; Albuquerque *et. al.*, 2017; Alcântara *et. al.*, 2020), o que também foi explorado nesta pesquisa. Ao longo do processo de produção dos dados, buscou-se compreender como operam, nestes espaços de EPS, elementos como linguagem, fala, escuta, silenciamento, ética, sigilo, preconceito de gênero, raça e formação, etc.

Durante as observações foi possível verificar que a linguagem aparece ora como mecanismo de inclusão, ora como mecanismo de exclusão das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental. Em alguns momentos das reuniões, verificamos que os apoiadores matriciais se esforçaram para assumir uma linguagem acessível e de fácil compreensão para discutir o andamento dos casos com demandas de saúde mental, o que contribuía para que as pessoas presentes participassem de forma mais efetiva. Esse esforço foi, inclusive, destacado por uma das psicólogas na entrevista:

*Eu acho que essa rede é múltipla e tem que ser múltipla mesmo, de vários atores, de vários profissionais diferentes. Viva a diversidade! Então a gente tem que falar uma linguagem comum e escutar o que estão dizendo, não ficar conversando só pra gente. Da mesma forma eu trago isso pras ACS porque elas não têm esse saber técnico, essa linguagem técnica que muitas vezes a saúde mental usa, que ninguém entende, só a gente entende, tamo conversando por dentro e deixando os outros profissionais de fora. Então eu tento, na minha prática, usar um discurso mais comum para que as pessoas possam entender e se sentir incluídas. Não excluir por conta de um saber técnico, de uma fala técnica, de um discurso técnico (SANDRA – Psicóloga e apoiadora matricial).*

Nas equipes onde a linguagem operava sobretudo como um mecanismo de inclusão das ACS, os apoiadores matriciais se direcionavam a elas frequentemente durante as reuniões, incluindo-as no debate e solicitando suas contribuições/opiniões sobre os pacientes para melhor

construção dos casos com demandas de saúde mental. Isso fazia com que elas conseguissem participar de maneira mais efetiva, conforme se verifica neste relato de observação:

*Ao relatar o caso, o apoiador matricial (psicólogo) se dirigia a todos, mas em especial à ACS presente. Ele se voltava para ela constantemente, descrevendo os detalhes do caso e perguntando se ela tinha mais informações. (...) Quem iniciava e conduzia as conversas era o psicólogo, mas ele o fazia solicitando contribuições da ACS e se mostrando interessado em quaisquer informações que ela trouxesse (Relato de campo, janeiro de 2023, CS 3).*

A linguagem apareceu, também, como mecanismo de exclusão das ACS no matriciamento em saúde mental. Isso foi observado, sobretudo, nos momentos em que os profissionais usaram termos técnicos muito específicos da área da saúde mental, como foi registrado no seguinte relato de campo: “durante o encontro, a psicóloga e a médica utilizavam uma linguagem demasiadamente técnica, utilizando muitos termos técnicos e jargões durante a discussão dos casos, o que dificultava um entendimento mais claro”. Relato de campo, fevereiro de 2023, CS 2).

Foi possível perceber que a priorização de termos técnicos na linguagem utilizada pelos apoiadores fazia com que as ACS não conseguissem compreender muito bem o que estava sendo dito sobre os usuários, o que dificultava a participação dessas profissionais nas discussões, pois ao invés de elas sentirem liberdade para perguntar, elas geralmente se calavam e não colocavam suas opiniões. Esta questão também foi destacada nas entrevistas por algumas ACS:

*Eu acho que muitos colegas meus têm vergonha de perguntar alguma coisa que ficou em dúvida sobre alguma patologia que está sendo falada ou algum comportamento. Eu acho que teria que ter um curso pra aprofundar a questão da saúde mental com as agentes comunitárias de saúde. Tem horas que o pessoal fica voando, sem saber do que está se tratando aquela situação porque entra muitos termos técnicos que muitas vezes a gente não conhece e aí fica meio solto o processo. Eu acho que falta a gente ter o conhecimento porque a maioria não tem estudo (RITA – Agente Comunitária de Saúde).*

Constatou-se que os apoiadores matriciais solicitam a participação das ACS constantemente durante as reuniões de matriciamento. Entretanto, o fazem quase que exclusivamente quando precisam de mais informações sobre os casos. Nesses momentos, a equipe geralmente questiona as ACS sobre detalhes territoriais como situação de moradia do usuário, dinâmica familiar, vizinhança, como foi registrado no seguinte relato: “durante as discussões, as ACS pareciam estar à vontade para falar, mas falavam somente quando eram

*solicitadas, diferente dos demais profissionais”* (Relato de campo, janeiro de 2023, CS 1). Isso também foi registrado em outra situação observada:

*Ao passar para o caso seguinte, a enfermeira leu na ficha o nome do usuário e pediu para a ACS contar sobre ele. Ela então começou a contextualizar o caso, ao que a psicóloga interrompe, dizendo: “ah, sei quem é. É o que veio do interior e mora com o pai?” A ACS responde que não, explicando que ele mora com a mãe e trazendo mais informações sobre ele. Nesse momento, a psicóloga lembra quem é o usuário e toma a frente na fala sobre o caso. A ACS, ao ser interrompida, não termina a história que estava contando* (Relato de campo, março de 2023, CS 4).

O fato das contribuições das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental acontecerem quase que exclusivamente quando são solicitadas por outros profissionais, somado às outras situações mencionadas, faz pensar em um importante questionamento colocado por Santos (2021): o que é ouvido e o que é silenciado no Apoio Matricial em Saúde Mental? Ou melhor, quem é ouvido e quem é silenciado nesses espaços supostamente dialógicos de Educação Permanente em Saúde? Nessa direção, Foucault (2002) destaca que um dos operadores dos procedimentos de exclusão está presente nas práticas discursivas. Segundo o autor, isso aparece como permissão que aqueles que detêm a autoridade da fala possuem para enunciar a verdade sobre um objeto ou situação. Esses efeitos de verdade podem ser produzidos no discurso dos sujeitos que supostamente sabem, ainda que estes enunciem um discurso desqualificado.

Além disso, conforme apontaram as pesquisas de Pastana (2019) e Oliveira (2021), constatou-se um silenciamento mais direto dos saberes das ACS em algumas reuniões de matriciamento em saúde mental. Exemplo disso é que, durante as observações, percebemos que, em vários momentos da discussão em uma das equipes, a psiquiatra direcionava sua fala apenas ao médico da equipe, desconsiderando os outros profissionais presentes, sobretudo as ACS.

Em outra equipe observada, situação semelhante foi verificada: *durante a reunião a psiquiatra tinha bastante posse da palavra. A conversa ocorria, sobretudo, entre psiquiatra, médico e enfermeira; as ACS às vezes eram consultadas para complementar com detalhes sobre os casos, como informações de parentesco, localidade de residência, alterações de endereço* (Relato de campo, fevereiro de 2023, CS 3). Cabe destacar, ainda outra situação parecida observada em outra equipe:

*A médica relata o primeiro caso se direcionando apenas à psicóloga, inclusive corporalmente, chegando a inclinar-se em direção a ela, como se não houvesse mais ninguém na sala nesse momento. A psicóloga escuta e, de forma semelhante, discute somente com a médica, questionando-a: “Você tem algum palpite sobre o diagnóstico e a piora desse caso?”. Em seguida, a médica fala de uma usuária que não quer ser atendida no CS e informa que,*

*portanto, irá tentar marcar consulta para ela na UniBH. A ACS intervém, dizendo: “Vou conversar com ela, tenho boa relação com ela”, ao que a psicóloga responde: “ótimo, então ajuda a gente, conversa com ela sim, vamos fazer uma força tarefa!” (Relato de campo, março de 2023, CS 2).*

Isso também ficou evidenciado em outra reunião de equipe observada, cujas falas das ACS em relação aos casos eram silenciadas pela apoiadora matricial. Esta, embora escutasse o que elas diziam, desconsiderava suas contribuições na construção dos casos. Nas ocasiões, as ACS traziam detalhes importantes sobre usuários com demandas agravadas de saúde mental e, a partir de seus conhecimentos relacionados à dinâmica familiar em questão, davam sugestões que poderiam contribuir significativamente para se pensar em novos direcionamentos para as situações.

Ao discutir sobre isso, Carneiro (2005) afirma que as pessoas brancas não precisam se afirmar enquanto aquelas que detêm o saber, enquanto as pessoas negras são constantemente questionadas por serem reconhecidas como aquelas que não detêm o saber. Além disso, Carneiro (2005) problematiza a categoria raça, explicando que “o negro chega antes da pessoa, o negro chega antes do profissional, o negro chega antes do gênero. (...) Mesmo após a averiguação, ele será submetido a diferentes testes para provar que seja algo além de um negro” (p. 131). Em relação a isso, vejamos o seguinte relato de observação:

*No início da reunião, a psiquiatra e apoiadora matricial (mulher branca) perguntou quem somos nós, pesquisadores. (...) Depois, a ACS (mulher negra) também perguntou quem somos. Nos apresentamos brevemente e explicamos os objetivos da pesquisa. Nesse momento, a psiquiatra diz, em meio a risadas: “eles vieram avaliar se vocês, ACS, estão contribuindo ou atrapalhando. No final eles vão avaliar se vocês estão vindo aqui pra ajudar ou atrapalhar”. Eu respondi dizendo que o objetivo não era esse, ao que a médica disse: “eu sei, eu estou enchendo o saco delas”. Logo, uma das ACS ressaltou que trabalha na área há mais de 16 anos e que a médica poderia perguntar para qualquer um sobre a qualidade do trabalho dela; ela também acrescenta que já saiu em pesquisas e até na televisão como “ACS destaque”. A enfermeira comentou: “sim, o trabalho dela é impecável”. Mesmo a psiquiatra tendo colocado que era uma brincadeira, nos pareceu que a ACS ficou incomodada (Relato de campo, fevereiro de 2023, CS 3).*

A fala da psiquiatra e apoiadora matricial em questão corrobora que, as ACS, sendo majoritariamente mulheres negras, são constantemente questionadas, como se precisassem quase sempre provar que seus saberes são qualificados. Nesse sentido, vale destacar também no discurso da psiquiatra uma relação de poder, com o objetivo de colocar a pesquisa como uma espécie de avaliação do trabalho das ACS, mas não dos demais profissionais presentes no matriciamento. Na ocasião, foi possível perceber que a situação gerou um mal-estar na equipe, que se mostrou constrangida diante do acontecimento. Também refletindo sobre os

atravessamentos de gênero, raça e formação no seu contexto de trabalho, a ACS - Rita, fala sobre a diferença que percebe no cotidiano de trabalho:

*Eu, enquanto mulher branca, acho que eu sou mais respeitada que uma mulher negra. Então eu acho que influencia sim. Acho que nossa sociedade está muito ligada à questão machista e muito preconceituosa em todos os sentidos. Quando se trata de uma mulher negra então, acho que ela tem menos escuta mesmo. Percebo isso em todas as situações que eu vou me posicionar. Muitas vezes a colega tem a mesma opinião, tem a mesma fala e não é escutada (RITA – Agente Comunitária de saúde).*

Nas cenas de reunião de uma das equipes, observou-se que as ACS passavam grande parte da reunião conversando entre si, paralelamente à discussão que se desdobrava entre a apoiadora matricial (psicóloga) e a médica da equipe. Percebemos que, ao invés de se sentirem à vontade para colocar suas dúvidas para todo o grupo, as ACS faziam perguntas umas às outras sobre os casos que estavam sendo discutidos para que conseguissem compreender de quais usuários se tratavam para acompanhar quais encaminhamentos estavam sendo efetivados. Essa questão coloca que as ACS possuem mais possibilidade de serem ouvidas quando compartilham os casos dos usuários entre si, o que acaba por criar uma articulação na própria categoria profissional por estas encontrarem desafios semelhantes de participação nas discussões da equipe.

As estratégias de silenciamento têm papel importante, pois o silenciamento do outro ou sua incapacidade para falar é fundamental para não poder representar a si mesmo. Só os grupos privilegiados estão capacitados para elaborar e questionar o discurso dominante. O discurso dominante trata como acientífico ou como menos importante o que é falado por corpos que são femininos, negros e com baixo nível de escolaridade (Lucena, 2006; Kilomba, 2017; Santos & Oliveira, 2021).

Uma das ACS relatou que, por vezes, suas colegas deixam de comparecer nas reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental por não serem escutadas. Isso foi apontado pela profissional como um elemento que desmotiva significativamente as ACS, de modo que algumas não veem sentido em participar desses espaços de discussão. Segundo a entrevistada, em algumas situações as ACS chegam a ser tratadas como objeto, e não como sujeito: “*a gente já deixou de ir em reunião por causa disso, de não estar sendo escutada, não fazia sentido a gente ir. Então ir num espaço pra se sentir um objeto, e não um sujeito, não vale a pena não*” (RITA – Agente Comunitária de saúde).

A ausência dessas profissionais nesses espaços de discussão de casos, pode ser compreendida de diversas maneiras. Contudo, importante mencionar que a ausência de reflexão

crítica por parte da equipe acerca do porquê da falta das ACS nas reuniões, pode reforçar uma imagem estereotipada que os outros profissionais já possuem sobre essa categoria, como se não fossem tão comprometidas com o trabalho. O que, em suma, essa falta aponta é o fato de não serem reconhecidas como pertencentes à equipe e profissionais que podem contribuir no trabalho.

Sobre essa questão, uma vez que o silêncio sobre raça, cor e formação sustenta a ideia de que “somos todos iguais”, esses diferentes marcadores sociais precisam ser devidamente demarcados para uma análise interseccional dos mecanismos de opressão que atravessam a participação das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental (Silveira *et. al*, 2021). Para Ribeiro (2020) a situação da mulher negra é radicalmente diferente da situação da mulher branca. Assim, apesar do gênero ser uma categoria que une esses dois grupos de pessoas, a raça se constitui como uma especificidade que as diferencia. Desse modo, falar sobre isso, segundo a autora, “é romper com a ilusão de universalidade que exclui” (p. 78), ao passo que ignorar pode ser contribuir para que as coisas se mantenham exatamente como estão.

Os entrevistados também foram questionados se observam algum tipo de preconceito sendo praticado por apoiadores matriciais em relação às ACS. Sobre isso, cabe mencionar a resposta de uma ACS que nos chamou a atenção ao afirmar que não observa, mas, ao mesmo tempo, afirma que não quer observar.

*Olha, eu não observo isso não. Porque eu tenho que aceitar o jeito que eu sou com naturalidade, né? Se eu chegar falando: “Me tratou assim porque eu sou...”. Então eu vou ficar sofrendo isso a vida inteira. A gente procura não pensar justamente pra não ficar com aquilo na cabeça. Que se a gente fica muito com isso na cabeça, tudo que vier pra cima de você, você vai achar que é por causa da sua cor. Então eu não penso muito nisso não (ELZA – Agente Comunitária de Saúde).*

Dessa forma, o relato do ACS parece uma recusa em refletir eventuais experiências de preconceito entre as profissionais. Parece que ela estava dizendo que existe, mas que não quer lidar diretamente com isso, o que é uma posição bastante complexa, pois não nomear episódios de preconceitos como racismo, machismo, entre outros, não é garantia de não sofrer preconceitos como esses. Muito pelo contrário, pois, como bem disse Ribeiro (2020), não se pensa em saídas emancipatórias para problemas que sequer foram ditos.

Para analisar os atravessamentos de raça na participação das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental, é necessário pensar nas diferentes formas a partir das quais o racismo é (re)produzido na sociedade brasileira. Para Ribeiro (2020, p. 72) “há quem pense que racismo diz respeito somente a ofensas e injúrias, sem perceber que vai muito mais além: consiste em

um sistema de opressão que privilegia um grupo racial em detrimento de outro”. Convém lembrar também, segundo a autora, que “sim, o Brasil é racista, e o ódio contra a população negra existe desde que o primeiro navio negreiro aqui chegou” (Ribeiro, 2020, p. 71). Entretanto, vivemos em um país onde as práticas racistas muitas vezes são profundamente dissimuladas ou silenciadas. Isso significa dizer que os elementos que pretendemos analisar aqui, são, principalmente, da ordem daquilo que está implícito ou não-dito (Silveira *et. al.*, 2021).

A raça foi apontada por alguns entrevistados como um elemento que atravessa as relações entre ACS e apoiadores matriciais. Nesse sentido, vale lembrar que o racismo muitas vezes acontece de forma disfarçada e silenciada. Santos (2018) explica que, em nossa sociedade, às vezes é como se o racismo não existisse, pois se dá no silêncio, sem nenhuma expressão explícita de racismo. Isso foi colocado por Rita, ACS que na entrevista relatou perceber uma diferença significativa entre como ela (mulher branca) é tratada e como outras colegas (mulheres pretas) são tratadas.

Em algumas situações, entretanto, o racismo é praticado de forma muito clara e direta. Isso também apareceu na fala de uma ACS, que quando entrevistada relatou uma situação de racismo praticado por outros profissionais em relação a ela. A situação mencionada faz pensar no que diz Carneiro (2005): “os atos infracionais dos negros são a consequência esperada e promovida da substância do crime que é a negritude” (p. 129). Isso porque a situação elucida diferentes elementos que concorrem para a produção de um personagem que possa ser incriminado.

*Nós tivemos uma gerente há uns anos atrás que não aceitava o pessoal de cor lá não, viu? (...) Nossa menina, ela tinha uma coisa comigo, eu fui parar na delegacia. Ela nos acusou como se a gente tivesse roubado, só que ela não conseguiu provar. Ela era branca, branca mesmo, e ela não gostava da gente por causa de uma cor. (...) Foram as duas únicas que ela suspeitou e denunciou como se tivesse tido roubo no posto. E olha que você já me conhece, né Isa? Eu não sou negra, não sou negra de falar assim que é preta, preta, sabe? Mas era as de cor mais forte que tinha lá e aí ela fez isso com a gente (IZA).*

O relato acima coloca em questão algumas situações que merecem um olhar atento. Quando a ACS sinaliza o preconceito que sofreu no ambiente de trabalho e afirma que “não é negra”, é possível perceber uma não identificação da mesma com as pessoas mais retintas. Em seguida, verifica-se a reprodução de uma naturalização da violência quando esta é praticada em relação às pessoas mais retintas, como se o racismo sofrido por elas fosse justificável. Assim, fica ainda mais evidente o quanto o racismo na sociedade produz o aniquilamento de

subjetividades negras, fazendo com que os indivíduos não percebam violências estruturais e não se identifiquem com a população negra na sua totalidade.

Outro preconceito relacionado às ACS também merece ser destacado: em alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte as ACS não têm permissão para participar das reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental, com a justificativa de que a presença delas poderia comprometer o sigilo em relação aos casos. Essa questão foi levada para as entrevistas para que pudéssemos compreender a opinião dos profissionais em relação a isso. Uma das psicólogas apoiadoras reforçou a necessidade de se manter algumas informações em sigilo, sem que sejam compartilhadas com as ACS:

*A participação das ACS não seria uma desvantagem, mas você tem que ficar numa posição mais seletiva dos dados. O dado que eu compartilho com o médico, talvez eu não possa compartilhar com elas por causa do sigilo. Por exemplo, eu atendo uma paciente que é prima da ACS, é uma paciente que entrou numa crise e começou uma medicação. Ela sofreu abuso sexual e, vamos supor, a família não sabe, e ela é prima da ACS. Então o que eu estou discutindo com o médico (a medicação, a depressão da paciente) eu não posso passar. Então a questão do sigilo é a única coisa, mas eu não acho que isso chega a ser problema. Acho que tem mais benefício a participação delas do que ser algo negativo. Porque preservar algum fato do paciente não vai descaracterizar a discussão, é um dado que para um médico vai fazer diferença, mas pra elas não vai. Fica a cargo mesmo da gente fazer a avaliação de dados que a gente não passa no matriciamento devido ao sigilo do caso. Acontece de depois procurar o médico para dar algum detalhe mais da nossa área. (NARA – Psicóloga e apoiadora matricial).*

Na mesma linha de pensamento defendida pela psicóloga Nara, outra apoiadora matricial afirmou que o sigilo não é uma justificativa para excluir as ACS dos espaços de matriciamento em saúde mental. Ela afirmou: “Eu sei que tem profissionais que não gostam que as ACS estejam presentes, conheço colegas que barram por causa de sigilo, por conta de vazar. Mas isso é um acordo que se faz, que diz da nossa ética profissional também. Elas têm noção, isso sempre também é reforçado com elas e com toda a equipe (SANDRA – Psicóloga e apoiadora matricial).

Embora as apoiadoras não defendam a exclusão das ACS do matriciamento, suas falas parecem deixar entrever certa desconfiança em relação à ética dessas profissionais. Isso porque elas não refletem sobre a possibilidade de que o sigilo em relação aos usuários atendidos seja quebrado por outros profissionais além das ACS. O questionamento que se coloca é se, sendo as ACS integrantes da Equipe de Saúde da Família, não estariam aptas a se comprometerem com a manutenção do sigilo em relação aos usuários, assim como os demais profissionais. Apenas um dos apoiadores refletiu sobre a questão, destacando que pensar o sigilo somente em

relação às ACS pode ser uma forma de praticar preconceitos, isto é, uma desculpa para exercer o poder:

*Eu não concordo. Primeiro que a questão do sigilo pra elas não é tanto porque elas conhecem os pacientes muito mais que nós. Tem coisa que o paciente fala com elas e não fala com a gente. E outra: elas conhecem o território. Ninguém vive isolado no território. A gente não trata a pessoa “isoladazinha” na vida. Ela tem território, ela pertence a uma comunidade, e aquela ACS conhece aquela comunidade, ela sabe como as informações a respeito daquela pessoa transitam naquele território. Então, se a gente faz isso, a gente começa a desqualificar pessoas, a falar que tem pessoas que são profissionais, mas não têm competência pra participar de uma reunião de matriciamento. Todo mundo ali tá sendo qualificado e a exposição pode acontecer com a participação ou não da ACS. Porque qual é a diferença de contar um caso pra mim e de contar pra uma ACS? Quem garante que eu vou ter uma reserva com aquilo que está sendo contado? Eu acho que é uma forma de elitizar (CAETANO – Psicólogo e apoiador matricial).*

O apoiador Caetano traz uma reflexão importante em relação ao fato de que existe uma “valorização” de alguns profissionais em detrimento de outros, o que acaba por impedir a participação das ACS em algumas discussões de casos quando se prioriza a ideia de que é necessário selecionar as informações que podem ser compartilhadas com elas. Assim como foi colocado pelo psicólogo, as ACS entrevistadas também mencionaram que serem excluídas de alguns espaços de matriciamento (supostamente devido ao sigilo) não faz sentido algum, mesmo porque elas ficam sabendo de várias questões sobre os usuários antes mesmo que os demais profissionais.

*O médico fala que por ética não pode passar certas coisas. Mas só que eu já sei muito mais do que isso sobre certas situações. Igual, “fulana foi estuprada e não quer que fala”, mas eu já sei antes dele, porque às vezes a pessoa já desabafou comigo. Aí ele fala que é ética e que não pode passar, mas a gente se sente incomodada, porque você não está falando disso e eu já sei disso há muito tempo. Por exemplo, a mulher chegou lá e falou assim “eu caí e estou com um olho roxo”. Mentira, foi o marido que deu um soco, eu sei porque eu frequento a casa (IVONE LARA – Agente Comunitária de Saúde).*

*Eu acho que é um absurdo porque nós somos profissionais da saúde. Nós temos a mesma obrigação de ter sigilo com o paciente que qualquer outro profissional aqui dentro. E a gente vai responder, se a gente quebrar o sigilo, como qualquer outro profissional. Eu acho um absurdo, porque a gente sabe muito mais do que o profissional porque a gente convive, entra na casa da pessoa, vê as pessoas crescendo, convive com a mãe, o pai, o periquito, o papagaio. A gente sabe mais da intimidade do paciente que o médico, psiquiatra, psicólogo ou qualquer profissional. Então, falar que a gente vai ter quebra de sigilo? Que quebra de sigilo se a gente já sabe praticamente tudo da vida do morador? Não faz sentido nenhum essa justificativa. Eu acho que entra a questão mesmo do preconceito, do não entendimento do que é o profissional agente comunitário de saúde. Eu acho que falta muita coisa pra caminhar pra gente ser respeitada como profissional de uma equipe de saúde*

*da família. Se a gente faz parte de uma equipe, todas as reuniões que dizem do paciente, a gente tem que participar* (RITA – Agente Comunitária de Saúde).

As falas das ACS Ivone Lara e Rita reforçam que o sigilo é apenas uma justificativa para continuar excluindo mulheres negras com baixa escolaridade dos espaços de discussão de casos, nos quais seus saberes muitas vezes são questionados e definidos como desqualificados. As duas situações representam um descontentamento das profissionais com tantos episódios de desqualificação e exclusão, quando estas não são incluídas na equipe como profissionais de saúde.

### **Considerações Finais**

As reflexões e análises produzidas ao longo desta pesquisa condizem com estudos que mostram que a maioria das pessoas que atuam como Agentes Comunitárias de Saúde na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte são mulheres negras que estudaram somente até o Ensino Médio, ao passo que a maior parte das pessoas que oferecem Apoio Matricial em Saúde Mental no município são mulheres brancas que possuem, no mínimo, Ensino Superior. Foi possível perceber que essas diferenças de gênero, raça e formação têm implicações diversas nas relações estabelecidas entre ACS e apoiadores nos espaços de matriciamento em saúde mental.

A partir das entrevistas e observações participantes realizadas, verificamos relações predominantemente hierarquizadas sendo construídas entre ACS e apoiadores matriciais. Isso ficou evidenciado a partir das falas dos profissionais entrevistados, mas também a partir de elementos observados durante as reuniões de matriciamento. Além dos encontros serem sempre conduzidos pelos apoiadores, esses profissionais muitas vezes assumem a posição de transmissores do saber, como se o conhecimento fosse algo produzido unilateralmente, o que aponta para uma perspectiva bancária da educação que não condiz com a proposta da Educação Permanente em Saúde que teoricamente se baseia justamente no oposto: em uma perspectiva pedagógica libertadora.

Além disso, verificamos que durante as reuniões parece circular uma ideia velada de que, por um lado, os apoiadores matriciais (enquanto profissionais majoritariamente brancos que possuem, no mínimo, Ensino Superior) estão autorizados a falar e a serem ouvidos sem terem seus conhecimentos questionados. Por outro lado, as ACS (enquanto profissionais majoritariamente negras com apenas o Ensino Médio) parecem estar autorizadas a falar somente mediante solicitação de outrem. Além disso, quando os saberes das ACS são colocados nas

discussões, é como se precisassem de validação de terceiros para que sejam considerados e não questionados pelas equipes.

Estes são alguns dos elementos que demonstram o quanto as relações entre ACS e apoiadores matriciais são atravessadas por marcadores sociais como gênero, raça, formação e classe. Principalmente as questões raciais e de formação, que estão diretamente ou indiretamente relacionados com a inserção de classe, parecem definir de antemão quem são as pessoas que estão autorizadas a falar e a terem seus conhecimentos validados; e quem são as pessoas que não estão autorizadas a falar e a terem seus conhecimentos validados nesses espaços de ensino/aprendizagem.

Nas relações de poder que se estabelecem nos processos de apoio matricial, é possível perceber que a questão da diferença de formação entre ACS e Apoiadores matriciais é mais abertamente falada e utilizada inclusive como justificativa para o controle da circulação de informações e trocas, com a preocupação sobre o sigilo. Entretanto, é possível colocar em questão a construção dessa diferença, tendo em vista que se estabelece ali a relação de uma equipe de saúde e, portanto, o cuidado com as informações seria também um compromisso coletivo. Nesse sentido, fica a dúvida se a formação está ali sendo explicitada como forma de garantir posições hierárquicas muito mais estruturantes, vinculadas a gênero, raça e classe. Tudo isso dificulta a efetiva participação das ACS no Apoio Matricial em Saúde Mental, desqualificando o cuidado em saúde mental oferecido na APS e despotencializando o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Dito isso, evidencia-se que alguns marcadores sociais - como gênero, raça, classe e formação - atravessam as relações estabelecidas entre ACS e apoiadores matriciais, resultando em dificuldades de participação das ACS em processos de Apoio Matricial em Saúde Mental. Estes são elementos que apontam para a relevância de se pensar em processos de trabalho e políticas públicas que levem em conta os diferentes lugares ocupados por ACS e apoiadores em nossa sociedade para fins de se pensar em saídas que possibilitem uma participação mais efetiva dessas profissionais nos dispositivos de Educação Permanente em Saúde como o AMSM.

### **Referências Bibliográficas**

Albuquerque, E. G., *et al.* (2017) Percepção dos agentes comunitários em saúde acerca do acompanhamento aos usuários de saúde mental. *Sanare*, 16(1), pp. 24-31.

- Alcântara, K. D., *et al.* (2020). Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção do perfil de usuários da Atenção Básica com necessidades de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4).
- Almeida, A. S. Furegato, A. R. F. (2015). Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4 (1), pp. 79-88. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>
- Barbosa, R. H. S., *et al.* (2012). Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16, pp. 751-765.
- Bispo Junior, J. P. Moreira, D. C. (2018). Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], v. 28, n. 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>
- Campos, G. W. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 393-403. Disponível em: [www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/?format=pdf&lang=pt) Recuperado em 15/01/2022.
- Campos, G. W. (2018). Prefácio. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Mendonça, M.H.M., Matta, G.C., Gondim, R. & Lidia, G. (Orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Campos, G. W. de S. Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), pp. 399-407. Recuperado em 10/07/2019. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016
- Campos, D. B., *et al.* (2020). Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial, Trabalho, Educação e Saúde. *18*(1), pp. 1-18, Rio de Janeiro.
- Carneiro, A. S. A. (2005). *Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. (Tese de doutorado) Feusp, São Paulo.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário *interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, pp.161-77, set.2004/fev.
- Collins, P. H. Bilge, S. (2021) *Interseccionalidade: Boitempo*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Final Análise de Dados Contrato de Prestação de Serviço Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

- Crenshaw, K. (1989). “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. *The University of Chicago Legal Forum*, n. 140, pp. 139-167.
- Cuti, L. S. (2017). Quem tem medo da palavra negro? In: NAOMI, M. K.; SILVA, M. L.; ABUD, C. A. (Ed.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise*. São Paulo: Perspectiva, pp. 197–212.
- Dallos, R. (2010). Métodos observacionais. In G. Breakwell *et al.* *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (pp. 134-169). Porto Alegre: Artmed.
- Deslandes, S. F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, 9(17), pp. 389-406.
- Falcão, M. M., *et al.* (2022). O. A Percepção dos Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sobre o Apoio Matricial. *Revista Saúde em Redes*, v. 8, n. 1. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3258>
- Foucault, M. (2002). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*, Martins Fontes.
- Freire, P. (2020). *Pedagogia do oprimido*. Paz & Terra. 73 edição.
- Hooks, Bel. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro*. Perspectiva.
- Junior, M. A. D. (2009). *Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Kilomba, Grada. (2017). A máscara. *PISSEAGRAMA*. N. 11, pp. 26-31, nov.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. Hucitec.
- Lino, M; M., *et al.* (2012). Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1), pp. 67-64.
- Lotta, G., *et al.* (2021) A pandemia de COVID-19 e os profissionais da saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. *Revista: Fiocruz*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/pandemia-de-covid-19-e-osas-profissionais-de-saude-publica-uma-perspectiva-de-genero-e> Recuperado em 18/02/22 : Artigo 2 - google acadêmico.pdf
- Lucena, J. (2006). Género, sanidad y colonialidad: la ‘mujer marroquí’ y la ‘mujer española’ en la política sanitaria de España en Marruecos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 2, pp. 325-47, abr.-jun.
- Macedo, J. P., *et al.* (2011). O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos?. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 3, pp. 479-489. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/pe/a/tkKzmJLq5NsXjxZtZxKBrJg/?format=pdf&lang=pt>. Epub 12 Abr 2012.
- Mayorga, C. (2014). Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. *Athena Digital*, 14 (1), pp. 221-236.
- Minayo, M. (2017) Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2009). Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nogueira, L. S. Silva Junior MF, Müller E. V. (2021). Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 16(43):2159. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2159](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2159)
- Onocko-Campos, R. (2013). Saúde mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam. In: Paulon, S. & Neves, R. (Org). (2013). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina.
- Oliveira, J. C. (2021). Articulação entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados em las personas y basados em los derechos..
- Pastana, D. H. (2019). O aspecto técnico-pedagógico do apoio matricial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Pereira, M. O. Passos, R. G. (2017). Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Editora: Autografia, Rio de Janeiro.
- Pelbart, P. P. (2008). Prefácio. In: Lancetti, A. Clínica Peripatética. (2008). São Paulo: Hucitec.
- Ribeiro, D. (2018). Quem tem medo do feminismo negro? 1. ed. Cia das Letras.
- Ribeiro, D. (2020). Lugar de fala. Editora Jandaíra.
- Santos, T. G. C. (2019). Histórias que os manuais de práticas de cuidado não contam: os encontros das agentes comunitárias de saúde com usuários de álcool e outras drogas.

Dissertação de Mestrado, Programa de Pós graduação de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei.

Silveira, R., *et al.* (2021). Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde Soc.*, v.30, n.2, pp. 1-12.

Simas, P. R. P., Pinto, I. C. M. (2017). Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde na região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, (6), pp. 1865-1876.

Tavares, F. de S. (2021). Processos de formação em serviço para qualificar a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial em Belo Horizonte-Minas Gerais. Dissertação de Mestrado, UFMG.

Tedesco, S. H. *et al.* (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: experiência do dizer. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25 (2), pp. 299-322.

Vieira, J. A. (2002) O uso do diário em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*. 5, pp. 93 – 104.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo geral analisar interseccionalmente a participação de Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica. O artigo I consistiu em um ensaio teórico que foi estruturado em torno de dois momentos distintos - antes e depois do advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil - para investigar, do ponto de vista interseccional, mudanças e continuidades quanto à concepção de quem são os cidadãos caracterizados como loucos e os lugares considerados cabíveis para eles na sociedade brasileira. Percebeu-se que em organizações sociais estruturalmente assentadas no capitalismo, no patriarcado e no racismo, a maioria das pessoas tidas e tratadas como loucas fazem parte de uma parcela bem específica da população - mulheres, negros e pobres -, elementos que indicam o quanto os saberes e lugares relacionados à loucura foram sendo construídos socialmente com base em categorias como gênero, raça e classe.

O manicômio, enquanto instituição da violência criada e legitimada no bojo do sistema capitalista, atuou como mecanismo de exclusão daquelas pessoas que não se enquadravam em um modelo de sujeito ideal, universal e gerador de capital, sendo elas sobretudo negros e pobres. Frente a isso, a Reforma Psiquiátrica brasileira se constituiu como um processo social complexo e interseccional que visou não apenas uma reorganização do modelo de tratamento da loucura, mas também, e principalmente, um projeto societário de transformação. Aliada a outros movimentos de luta por direitos humanos - como a Luta Antirracista e a Luta Anticapitalista -

a Reforma Psiquiátrica possibilitou inúmeros avanços no que tange às relações estabelecidas pela sociedade com a loucura, assim como a efetivação de transformações extremamente importantes no campo da saúde mental.

Porém, não obstante aos inúmeros avanços alcançados a partir do advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda são muitos os desafios enfrentados no âmbito desse movimento que segue em curso no país. Mesmo porque há um movimento robusto de contrarreforma que atua em favor da perpetuação da lógica manicomial com vieses de gênero, raça e classe. Nesse sentido, ao nos questionarmos sobre o que restou dos manicômios na sociedade atual, percebemos que restaram muitas coisas, inclusive os manicômios. A psiquiatria, enquanto uma ciência patriarcal, racial e classista de forte caráter higienista, segue por vezes excluindo uma parcela muito específica da população e assim operando em favor das velhas hierarquias sociais. Esses elementos, em articulação com o conceito de interseccionalidade, assinalam engendramentos das opressões como de gênero, raça e classe atravessando a produção de saberes e práticas direcionados à loucura ainda na contemporaneidade.

Já para fins de pensar o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira pela ótica dos feminismos negros interseccionais, no artigo II foram abordados os processos de ensino/aprendizagem protagonizados pelas Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental de alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte. Essa é uma temática relevante para se discutir sobre a potencialização do movimento de Reforma, uma vez que a presença e a participação efetiva das ACS nas práticas de Educação Permanente em Saúde - como o matriciamento em saúde mental - são fundamentais para que seja possível qualificar o cuidado em saúde mental oferecido pelas Equipes de Saúde da Família aos usuários da Atenção Primária à Saúde.

Percebemos as práticas matriciais de Belo Horizonte como dinâmicas, complexas e contraditórias, uma vez que se configuram ora como espaços norteados por uma perspectiva libertadora da educação (onde as ACS qualificam os apoiadores e são qualificadas pelos mesmos), ora como espaços fundamentados por uma concepção bancária da educação (onde o conhecimento não é produzido coletivamente, mas sim transmitido de apoiadores para ACS). Nesse sentido, foram destacados alguns elementos que fomentam perspectivas pedagógicas libertadoras e potencializam o ensino/aprendizagem das ACS no matriciamento de modo a contribuir para o avanço da Reforma, dentre os quais se destacam a proximidade que elas têm com o território e as informações que acessam sobre os usuários. Constatou-se também que há elementos que fomentam perspectivas pedagógicas bancárias, dificultando os processos de ensino/aprendizagem das ACS no apoio matricial e despotencializando o avanço da Reforma,

tais como o curto período de tempo das reuniões, a limitação de agenda dos profissionais da APS, o aumento/agravamento de casos com demandas de saúde mental após a pandemia e as diferenças de gênero, raça e formação entre ACS e apoiadores matriciais.

No artigo III discutimos especificamente alguns marcadores sociais que atravessam a participação de Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental de Belo Horizonte. Os resultados mostraram que, no município, a maioria das profissionais que trabalham como ACS são mulheres negras que possuem o Ensino Médio, enquanto a maioria dos profissionais que oferecem Apoio Matricial em Saúde Mental são mulheres brancas que possuem pelo menos o Ensino Superior. Foi possível perceber que tais diferenças de gênero, raça e formação, que também estão relacionadas com diferenças de classe, muitas vezes produzem relações predominantemente hierarquizadas entre ACS e apoiadores, sendo um pano de fundo gerador de silenciamentos, violências e preconceitos - majoritariamente velados - praticados pelos apoiadores em relação às ACS. Além disso, essas diferenças parecem estar relacionadas com alguns mecanismos de exclusão das ACS dos espaços de matriciamento em saúde mental, fazendo com que essas profissionais encontrem dificuldades para protagonizar processos de ensino/aprendizagem na Educação Permanente em Saúde.

Estes são elementos que, certamente, têm impactos negativos na Reforma Psiquiátrica brasileira. Ora, se ACS, que colaboram “na linha de frente” dos serviços para que o cuidado da loucura aconteça de forma territorializada, encontram dificuldades para participar efetivamente dos processos de Educação Permanente em Saúde, estamos perdendo uma oportunidade ímpar de dialogar com mulheres estratégicas para transformar as relações estabelecidas pela sociedade com a loucura. Nesse sentido, para fazer avançar a própria Reforma Psiquiátrica, é urgente se pensar interseccionalmente em estratégias que possibilitem uma participação mais efetiva das Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental - e, para isso, é necessário se considerar elementos como gênero, raça, classe e formação.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTA COM ACS

- 1) Esta pesquisa é sobre a participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Apoio Matricial ou Matriciamento em Saúde Mental. Então, eu gostaria de começar assim: imagine alguém que nunca ouviu falar sobre o matriciamento: como você explicaria para essa pessoa o que é o matriciamento? E o que você acha desse matriciamento?
- 2) Observando as reuniões de matriciamento em saúde mental nos Centros de Saúde, percebi que as equipes discutem muitos casos. Nesses momentos, como você se sente pra compartilhar suas opiniões e dúvidas em relação aos casos que você acompanha?
- 3) Quando as discussões da equipe são relacionadas aos casos que você não acompanha diretamente (por ex. quando são casos da área de outra ACS), como você se sente para compartilhar suas opiniões ou dúvidas?
- 4) Na sua opinião, como o psicólogo ou psiquiatra (se tiver) recebem os conhecimentos, dúvidas e experiências de vocês (ACS)?
- 5) Você sente liberdade de perguntar ou expor suas dúvidas quando não compreende o que está sendo discutido?
- 6) Você aprende ou acredita que tem algo a aprender com a equipe de apoio em saúde mental? Se sim, poderia exemplificar?
- 7) Você ensina, ou acredita que tem algo a ensinar à equipe de apoio em saúde mental? Se sim, poderia exemplificar?
- 8) Você percebe se todas as ACS da sua equipe conseguem participar do matriciamento da mesma forma? Ou a participação de cada ACS acontece de forma diferente? Se diferente: o que você acha que explica essa diferença de participação entre as ACS?

- 9) Como é a relação entre vocês (ACS) e os apoiadores matriciais? A relação deles com os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos é parecida ou tem diferenças? Se sim: você pode explicar essas diferenças?
- 10) É possível perceber que em alguns Centros de Saúde as ACS têm dificuldade de participar do matriciamento. Você acha que isso acontece no seu local de trabalho? Se sim, poderia nos dizer por que você acredita que isso acontece?
- 11) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria das ACS são mulheres, sendo principalmente mulheres negras. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 12) Como você descreve a cor da sua pele?
- 13) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria dos apoiadores matriciais são homens e mulheres brancos. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 14) Você acredita que essa diferença de gênero e da cor da pele interfere na forma que ACS e apoiadores matriciais participam do matriciamento?
- 15) Como é, para você, discutir com outros profissionais questões de saúde mental de um usuário que mora na sua área ou que pode até mesmo ser da sua família ou vizinhança? (Se for algo problemático, explicar melhor qual o ponto que é mais difícil e o porquê.)
- 16) Você percebe que os apoiadores têm algum tipo de preconceito em relação às ACS?
- 17) Na sua opinião, o que poderia contribuir para melhorar a participação das ACS no matriciamento em saúde mental?

## APÊNDICE B - ROTEIRO DAS ENTREVISTA COM APOIADORES MATRICIAIS

- 1) Esta pesquisa é sobre a participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Apoio Matricial ou Matriciamento em Saúde Mental. Então, eu gostaria de começar assim: imagine alguém que nunca ouviu falar sobre o matriciamento: como você explicaria para essa pessoa o que é o matriciamento? E o que você acha desse matriciamento?
- 2) Observando as reuniões de matriciamento em saúde mental nos Centros de Saúde, percebi que as equipes discutem muitos casos. Nesses momentos, você percebe que as ACS se sentem à vontade para compartilharem informações, opiniões e dúvidas sobre os casos discutidos ou você percebe algum tipo de constrangimento?
- 3) Como costumam ser recebidas as informações, opiniões e dúvidas das ACS sobre os casos discutidos no matriciamento em saúde mental?
- 4) Quando as discussões da equipe são relacionadas aos casos que uma ACS não acompanha diretamente (por ex. quando são casos da área de outra ACS), como você percebe que acontece a participação delas?
- 5) Você percebe se todas as ACS da sua equipe conseguem participar do matriciamento da mesma forma? Ou a participação de cada ACS acontece de forma diferente? Se diferente: o que você acha que explica essa diferença de participação entre as ACS?
- 6) Você aprende ou acredita que tem algo a aprender com as ACS? Se sim, poderia exemplificar?
- 7) Você ensina, ou acredita que tem algo a ensinar para as ACS? Se sim, poderia exemplificar?
- 8) Você percebe que as ACS utilizam ou criam estratégias para participarem do matriciamento ou isso acontece de forma natural?
- 9) Na sua opinião, há algo que poderia contribuir para melhorar a participação das ACS no matriciamento em saúde mental?

- 10) Como é a relação entre vocês (os apoiadores matriciais) e as ACS? A relação de vocês com os outros profissionais (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) é parecida com a relação que vocês têm com as ACS ou tem diferenças? Se sim: você pode explicar essas diferenças?
- 11) É possível perceber que em alguns Centros de Saúde as ACS têm dificuldade de participar do matriciamento. Você acha que isso acontece no seu local de trabalho? Se sim, poderia nos dizer por que você acredita que isso acontece?
- 12) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria das ACS são mulheres, sendo principalmente mulheres negras. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 13) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria dos apoiadores matriciais são homens e mulheres brancos. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 14) Como você descreve a cor da sua pele?
- 15) Você acredita que essa diferença de gênero e da cor da pele interfere na forma que ACS e apoiadores matriciais participam do matriciamento?
- 16) Você percebe que os apoiadores têm algum tipo de preconceito em relação às ACS?
- 17) Em alguns CS de BH, as equipes decidiram que as ACS não devem participar das reuniões de matriciamento, justificando que elas conhecem alguns usuários e que isso iria atrapalhar o sigilo. O que você acha disso?

## APÊNDICE C - TCLE DAS ENTREVISTA COM ACS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Agentes Comunitárias de Saúde

#### Prezada(o) Sra.(o)

Por meio deste instrumento, venho torná-la(o) ciente da pesquisa de **PARTICIPAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: PENSANDO A REFORMA PSQUIÁTRICA INTERSECCIONALMENTE**, e convidá-la(o) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido, coorientação da Profa. Dra. Lisandra Espíndula Moreira e está sendo executada pela doutoranda Isa Magesti Corrêa Netto.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar interseccionalmente a participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM) da Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte/Minas Gerais. A produção dos dados será realizada a partir de observações participantes durante reuniões de AMSM e de entrevistas realizadas com ACS e apoiadores matriciais.

**Você foi convidada(o) para participar desse estudo por ser uma Agente Comunitária de Saúde que participa das reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais.**

A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte sobre como se dá a sua participação nas reuniões de Apoio Matricial em Saúde Mental, refletindo sobre a circulação dos saberes nesses espaços de Educação Permanente em Saúde.

Rubrica do Pesquisador Responsável: *Isa Magesti Corrêa Netto*

Rubrica do Participante da Pesquisa ou do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Página 1/3

Essa entrevista será realizada de maneira online. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da

plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas serão armazenados pelos pesquisadores por no máximo 5 anos, em sala reservada ao grupo de pesquisa, localizada na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Após o tempo de armazenamento as gravações serão destruídas/apagadas.

Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado. Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de participação no Apoio Matricial em Saúde Mental ou sobre violências de gênero, raça e classe ocorridas nesses espaços de Educação Permanente em Saúde, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; cansaço, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Primária de Belo Horizonte-MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da participação de Agentes Comunitárias de Saúde no Apoio Matricial em Saúde Mental e, conseqüentemente, na qualificação do cuidado em saúde mental e no avanço da Reforma Psiquiátrica.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail [claudiapenido@ufmg.br](mailto:claudiapenido@ufmg.br), para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas, você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto às questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Rubrica do Pesquisador Responsável: *Isa Magaldi Corría Netto*

Rubrica do Participante da Pesquisa ou do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Página 2/3

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

**Declaração e assinatura:**

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este

36

termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora doutoranda Isa Magesti Corrêa Netto - [isamagesti@hotmail.com](mailto:isamagesti@hotmail.com) e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - [claudiamfpenido@ufmg.br](mailto:claudiamfpenido@ufmg.br).

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

RG do Participante \_\_\_\_\_

Data:

---

Professora orientadora  
Cláudia Maria Filgueiras Penido

---

Professora coorientadora  
Lisandra Espíndula Moreira

*Isa Magesti Corrêa Netto*

Pesquisadora doutoranda  
Isa Magesti Corrêa Netto

Rubrica do Pesquisador Responsável: *Isa Magesti Corrêa Netto*

Rubrica do Participante da Pesquisa ou do Representante Legal: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - TCLE DAS ENTREVISTA COM ACS

### Roteiro de entrevistas – Apoiadores Matriciais

- 1) Esta pesquisa é sobre a participação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no Apoio Matricial ou Matriciamento em Saúde Mental. Então, eu gostaria de começar assim: imagine alguém que nunca ouviu falar sobre o matriciamento: como você explicaria para essa pessoa o que é o matriciamento? E o que você acha desse matriciamento?
- 2) Observando as reuniões de matriciamento em saúde mental nos Centros de Saúde, percebi que as equipes discutem muitos casos. Nesses momentos, você percebe que as ACS se sentem à vontade para compartilharem informações, opiniões e dúvidas sobre os casos discutidos ou você percebe algum tipo de constrangimento?
- 3) Como costumam ser recebidas as informações, opiniões e dúvidas das ACS sobre os casos discutidos no matriciamento em saúde mental?
- 4) Quando as discussões da equipe são relacionadas aos casos que uma ACS não acompanha diretamente (por ex. quando são casos da área de outra ACS), como você percebe que acontece a participação delas?
- 5) Você percebe se todas as ACS da sua equipe conseguem participar do matriciamento da mesma forma? Ou a participação de cada ACS acontece de forma diferente? Se diferente: o que você acha que explica essa diferença de participação entre as ACS?
- 6) Você aprende ou acredita que tem algo a aprender com as ACS? Se sim, poderia exemplificar?
- 7) Você ensina, ou acredita que tem algo a ensinar para as ACS? Se sim, poderia exemplificar?
- 8) Você percebe que as ACS utilizam ou criam estratégias para participarem do matriciamento ou isso acontece de forma natural?

- 9) Na sua opinião, há algo que poderia contribuir para melhorar a participação das ACS no matriciamento em saúde mental?
- 10) Como é a relação entre vocês (os apoiadores matriciais) e as ACS? A relação de vocês com os outros profissionais (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) é parecida com a relação que vocês têm com as ACS ou tem diferenças? Se sim: você pode explicar essas diferenças?
- 11) É possível perceber que em alguns Centros de Saúde as ACS têm dificuldade de participar do matriciamento. Você acha que isso acontece no seu local de trabalho? Se sim, poderia nos dizer por que você acredita que isso acontece?
- 12) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria das ACS são mulheres, sendo principalmente mulheres negras. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 13) Alguns estudos mostram que, no Brasil, a maioria dos apoiadores matriciais são homens e mulheres brancos. Você percebe isso no CS onde você trabalha?
- 14) Como você descreve a cor da sua pele?
- 15) Você acredita que essa diferença de gênero e da cor da pele interfere na forma que ACS e apoiadores matriciais participam do matriciamento?
- 16) Você percebe que os apoiadores têm algum tipo de preconceito em relação às ACS?
- 17) Em alguns CS de BH, as equipes decidiram que as ACS não devem participar das reuniões de matriciamento, justificando que elas conhecem alguns usuários e que isso iria atrapalhar o sigilo. O que você acha disso?