



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

LÍVIA MARIA FONTANA

**DO NASCIMENTO AO *DÉBUT*: CONTANDO HISTÓRIAS SOBRE OS  
15 ANOS DO CAPS II PONTA DO CORAL**

FLORIANÓPLIS

2019

Lívia Maria Fontana

**DO NASCIMENTO AO *DEBUT*: CONTANDO HISTÓRIAS SOBRE OS 15  
ANOS DO CAPS II PONTA DO CORAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre profissional em saúde mental e atenção psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Coorientadora: Profa. Dra. Magda do Canto Zurba

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fontana, Livia Maria

Do Nascimento ao Début : Contando Histórias sobre os 15  
anos do CAPS II Ponta do Coral / Livia Maria Fontana ;  
orientador, Paulo Duarte de Carvalho Amarante,  
coorientador, Magda do Canto Zurba, 2019.  
70 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Reforma  
Psiquiátrica. 3. Atenção Psicossocial. 4. CAPS. 5.  
Florianópolis. I. Amarante, Paulo Duarte de Carvalho . II.  
Zurba, Magda do Canto. III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial. IV. Título.

Lívia Maria Fontana

**Do nascimento ao *début*: contando histórias sobre os 15 anos do CAPS II Ponta do Coral**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Andrea Vieira Zanella  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Júnior  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre profissional em saúde mental e atenção psicossocial.

---

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas  
Coordenador do Programa

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
Orientador

Florianópolis, 01 de julho de 2019.

Este trabalho é dedicado aos/às meus/minhas amigos/as e inimigos/as da saúde mental de Florianópolis/SC.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a cada um/a dos/as participantes da pesquisa que concordaram em conceder entrevista e autorizar o uso de imagem e áudio para produzirmos esse registro histórico-político em alto e bom som e a cores.

Agradeço a minha amiga Christina de Salles Juchem que sempre esteve prontamente disponível para ler e assistir o material e dar palpite.

Agradeço a profa. Dra. Magda do Canto Zurba por ter me acolhido nos momentos de angústia enquanto coordenadora do programa e depois por ter insistido em mim e aceitado a co-orientação.

Agradeço ao amigo e técnico de audiovisual Sandro Machado por ter topado me acompanhar em todo o processo.

Por fim, agradeço ao CAPS II Ponta do Coral, representado pelos/as seus/uas profissionais e usuários/as; lugar onde eu, literalmente, encontrei o AMOR.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica é um campo de disputa de diferentes interesses (sociais, econômicos, políticos, culturais) que ora pende para um lado, ora para outro, a depender da correlação de forças. Por isso, é importante um olhar atento aos fatores que influenciam o processo da Reforma nas diversas realidades; um olhar histórico para entender o contexto em que o processo se enseja; um olhar crítico para avaliar os conflitos e as posições políticas envolvidas; e um olhar clínico para identificar os efeitos da Reforma. O CAPS é um importante instrumento da mudança paradigmática proposta pela Reforma, à luz do Paradigma da Atenção Psicossocial; pois, é também do CAPS que se deflagram os diferentes processos de Reforma Psiquiátrica local, que se propõe outra forma de atenção em saúde mental, que se produz cidadania, que, pela via da clínica política, busca ampliar as concepções do processo saúde-doença, transformar a assistência à saúde, a representação social da loucura e o estatuto da pessoa em sofrimento psíquico. Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo registrar, em formato audiovisual, a história dos 15 anos do CAPS II Ponta do Coral, do município de Florianópolis/SC, a partir da narrativa dos seus diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares. O método de investigação escolhido foi a história oral, para que, a partir da narrativa dos sujeitos, das suas experiências e significados, pudesse ser extraída a história dos 15 anos do CAPS. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas temáticas de história oral, com roteiro pré-elaborado e com apoio de material impresso sobre o CAPS organizado, cronologicamente, em pastas-catálogo. As entrevistas foram filmadas e gravadas obedecendo a todas as exigências éticas, com a participação de 11 sujeitos de pesquisa entre gestores/as, profissionais, familiares e usuários/as que passaram pelo serviço no período de 1996 a 2011. O material coletado foi analisado a partir da análise de conteúdo: primeiro um contato mais global, onde foi possível periodizar a história em 4 fases e depois a seleção das unidades de análise entre temas e categorias que foram materializando a narrativa. Material analisado, partiu-se para a produção do vídeo com a elaboração do roteiro, a edição das cenas e a inserção de objetos (fotos, documentos, áudios, músicas...), até chegar ao formato final do vídeo-documentário. A produção do vídeo resultou, em si, um registro histórico sobre os 15 anos do CAPS, inexistente até o momento. O processo de pesquisa, por sua vez, revelou 4 períodos importantes do serviço: antes (da atenção à saúde mental no modelo manicomial às condições para a criação do CAPS), de 1996 a 2002 (a paixão dos ideais e novas experiências), de 2003 a 2008 (modelo e referência de atenção à saúde mental, mas início de embates político-ideológicos) e de 2009 a 2011 (reestruturação da rede de saúde mental do município e mudanças no serviço). História que revelou um CAPS potente como um serviço substitutivo e inovador, demonstrando os diferentes fatores que ensejam o processo de Reforma Psiquiátrica em nível local.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial. CAPS.

## ABSTRACT

Psychiatric Reform is a field of dispute of different interests (social, economic, political, cultural) that sometimes tilts to one side, sometimes to another, depending on the correlation of forces. Therefore, it is important to look closely at the factors that influence the Reformation process in the various realities; a historical look to understand the context in which the process takes place; a critical look at assessing the conflicts and political positions involved; and a clinical look to identify the effects of the Reformation. The CAPS is an important instrument of the paradigmatic change proposed by the Reform, in the light of the Psychosocial Care Paradigm; therefore, it is also from CAPS that the different processes of local Psychiatric Reform are launched, which proposes another form of mental health care, which produces citizenship, which, through the political clinic, seeks to broaden the conceptions of the health-disease process, transform health care, the social representation of madness and the status of the person into psychological distress. This course conclusion paper aimed to record, in audiovisual format, the history of the 15 years of CAPS II Ponta do Coral, from Florianópolis/SC, from the narrative of its different actors: managers, professionals, users and family members. The research method chosen was oral history, so that from the narrative of the subjects, their experiences and meanings, the history of 15 years of CAPS could be extracted. Data collection was done through oral history thematic interviews, with pre-elaborated script and supported by printed material about the CAPS, organized chronologically in catalog folders. The interviews were filmed and recorded in compliance with all ethical requirements, with the participation of 11 research subjects, including managers, professionals, family members and users who went through the service from 1996 to 2011. The collected material was analyzed according to from content analysis: first a more global contact, where it was possible to periodize the story in 4 phases and then the selection of units of analysis between themes and categories that were materializing the narrative. Analyzed material, went to the production of the video with the elaboration of the script, the editing of the scenes and the insertion of objects (photos, documents, audios, songs ...), until reaching the final format of the video documentary. The production of the video itself resulted in a historical record of CAPS's 15 years, nonexistent to date. The research process, in turn, revealed four important periods of service: before (from mental health care in the asylum model to the conditions for the creation of CAPS), from 1996 to 2002 (the passion of ideals and new experiences), from 2003 to 2008 (model and reference of mental health care, but beginning of political-ideological clashes) and from 2009 to 2011 (restructuring of the municipal mental health network and changes in the service). History that unveiled a powerful CAPS as a substitute and innovative service, demonstrating the different factors that drive the Psychiatric Reform process at the local level.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Psychosocial Attention. CAPS.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Modo Asilar e o Modo Psicossocial.....	29
Quadro 2 – Instrumento de seleção das cenas por período.....	45
Quadro 3 – Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 1 (período pré CAPS - até 1995).....	45
Quadro 4 – Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 2 (período de 0 a 6 anos - 1996 a 2002).....	46
Quadro 5 – Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 3 (período de 7 a 12 anos - 2003 a 2008).....	46
Quadro 6 – Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 4 (período de 13 a 15 anos - 2009 a 2011).....	47
Quadro 7 – Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 5 (período pós CAPS - atualmente).....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRASME Associação Brasileira de Saúde Mental

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

MNLA Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RENILA Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SUS Sistema Único de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	OBJETIVOS.....	20
1.1.1	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>20</b>
1.1.2	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>21</b>
2.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	21
2.1.1	<b>Reforma Psiquiátrica Brasileira .....</b>	<b>21</b>
2.1.2	<b>Atenção Psicossocial.....</b>	<b>28</b>
2.1.3	<b>Centro de Atenção Psicossocial.....</b>	<b>32</b>
2.1.4	<b>Construindo a história .....</b>	<b>37</b>
2.2	METODOLOGIA.....	39
2.2.1	<b>Caracterização da pesquisa.....</b>	<b>39</b>
2.2.2	<b>Campo de pesquisa.....</b>	<b>40</b>
2.2.3	<b>Sujeitos.....</b>	<b>40</b>
2.2.4	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>41</b>
2.2.5	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>41</b>
2.2.6	<b>Análise de dados.....</b>	<b>43</b>
2.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE B – Consentimento para fotografias, vídeos e gravações.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento e esclarecido para uso da imagem..</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE D – Roteiro da entrevista.....</b>	<b>70</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira passa, constantemente, por avanços e retrocessos. Desde o marco inaugural da Reforma, que podemos considerar a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em 1978, passaram-se 41 anos. Quatro décadas de muitas conquistas! No eixo teórico-conceitual, temos uma larga produção de conhecimento, publicações e eventos científicos, além da criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) que agrega e socializa o conhecimento na área. No eixo jurídico-político, comemoramos 16 anos da lei 10.216, além das demais normativas ministeriais, como a portaria MS 3088/11, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No eixo sociocultural, vimos colocando a loucura na rua com várias iniciativas, como a banda Harmonia Enlouquece, TV Pinel, Rádio Tam Tam, entre outros. Por fim, no eixo técnico-assistencial, a implantação da rede substitutiva, por meio da RAPS, está presente e crescente no país todo.

Amarante (2007) já nos alerta que a Reforma Psiquiátrica não deve ser reduzida a mera reestruturação dos serviços; ela é um processo, “um processo que é social; e um processo social que é complexo” (p. 63). Sendo assim, sabemos que, infelizmente, não é só de conquistas que a Reforma vem sendo construída. Em vários momentos históricos, cada vez mais rápido e com mais força, os avanços precisam ser assegurados. Isto é, a Reforma sofre ameaças constantes que é preciso lutar para não retroceder; situação política, aliás, que vivenciamos atualmente.

Se, por um lado, comemoramos a implantação da RAPS, por outro, lamentamos a abertura para o financiamento das comunidades terapêuticas com recurso público. A nomeação de um diretor técnico de um dos maiores hospitais psiquiátricos e, posteriormente, de um psiquiatra respaldado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para assumir o cargo de coordenador nacional de saúde mental, representou o desvelamento dos embates que vivenciamos no dia a dia dos serviços e da militância. Além do que poderíamos considerar ataques “externos”, também contamos com as contradições internas do próprio movimento: 1) um movimento social, formado por diversos atores e suas diferenças, mas que sempre teve um objetivo comum, dividido, com perdas significativas em sua capacidade de operação; 2) em tempos de interdisciplinaridade, discursos de reserva de mercado e de hierarquia de

profissões; 3) gradativa extinção dos manicômios físicos, para a capilarização dos manicômios mentais...

Quatro décadas de Reforma: uma eterna transição! Transição... pode ser; mas não estagnação. A cada passo que retrocedemos, não voltamos para o mesmo lugar, nem do mesmo jeito, nem com as mesmas pessoas. É nessa oscilação que o movimento se enfraquece e se revitaliza, que as práticas cristalizam e se reinventam, que os discursos se transvestem. Nenhuma pessoa, “nem louca e nem sã”, defende mais a manutenção das grandes colônias, com mais de dois mil leitos (incluindo, aqui, os leitos-chão) como temos registrado em Santa Catarina; mas há muitos que promovem a medicalização da vida e do sofrimento.

Cientes dessa “eterna transição”, é preciso que nos apropriemos da história. É conhecendo a história que nos rejuvenescemos para a luta, lembrando os bons momentos e algumas vitórias; mas também é, pela apropriação dela, que tentamos romper com a repetição. Ainda, conforme aponta Mello e Souza (2012), conhecer o passado, remoto e recente, permite melhores condições de se refletir sobre o destino coletivo e de tomar decisões.

Neste sentido, é de suma importância que cada município, estado, mesmo o país, recupere a sua história da loucura, lembre-se das diferentes representações sociais que o fenômeno da loucura adquiriu ao longo do tempo, do estatuto jurídico do louco encontrado no arcabouço legal, e, na vertente da assistência à saúde, nunca deixe se apagar as atrocidades perpetradas pela desumanização do confinamento e segregação das diferenças. A esse respeito, temos uma vasta produção publicada em diferentes formatos: livros, produções acadêmicas-científicas, vídeos, filmes. Algumas produções que imortalizaram as condições desumanas, do que Franco Basaglia chamou de campo de concentração na sua visita ao Brasil, do Hospital Psiquiátrico de Barbacena (MG) foram: o filme “Em Nome da Razão”, de Helvécio Ratton (1979); o livro “Nos Porões da Loucura” de Hiran Firmino (1982); o livro “Colônia: uma Tragédia Silenciosa”, organizado por Jairo Toledo (2008); e uma das produções mais recentes, o livro “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex (2013).

Brognoli (2016) fala da colonização do imaginário de loucos e não loucos com relação ao lugar social ocupado pelas grandes colônias de alienados:

Se a resposta para a pergunta sobre o destino de alguém fosse: “A Colônia”, o silêncio se instaurava como réplica e dava lugar à imaginação horrorizada de condenação no inferno pela qual o pobre coitado deveria estar passando. Uma imagem dantesca de sofrimento, um vácuo no tempo e no espaço, uma condenação perpétua no limbo se associavam inevitavelmente ao som daquele nome (p. 355).

Por outro lado (e talvez ainda feito em menor escala), também é fundamental que se divulgue, publique e socialize as alternativas a essa história sombria da humanidade. Precisamos apontar outros caminhos, oferecer diferentes estratégias, ampliar o leque de possibilidades para lidarmos com o fenômeno da loucura nos diferentes cenários da vida. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é esse caminho alternativo e, dentre suas diversas possibilidades, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganham destaque pelo papel estratégico que assumiram e assumem nesse processo de mudança paradigmática.

A rede de serviços substitutivos é a aposta da Reforma para a mudança do modelo de atenção à saúde mental. Aposta que começou a se esboçar mesmo antes das legislações do campo com experiências inovadoras e inusitadas em diversos lugares do país. Podemos nos remontar à criação do primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987; à experiência de Santos com a substituição da Casa de Saúde Anchieta pela implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989; à estratégia da clínica da rua do Acompanhamento Terapêutico desenvolvida nos CAPS's; à expansão das Associações de Usuários e Familiares, com muitas delas surgindo a partir dos CAPS's.

De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS é um serviço de saúde mental, público, aberto e comunitário, que atende às pessoas em sofrimento psíquico grave de uma determinada população adscrita, oferecendo ambiente acolhedor e de convivência, com o objetivo de garantir acompanhamento clínico e reinserção social de seus usuários, funcionando pela lógica do território e propondo-se a ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

É o CAPS e do CAPS que se deflagram os diferentes processos de Reforma Psiquiátrica local, que se propõe outra forma de atenção, que se escuta e se acolhe a loucura, que coloca a loucura na rua e na ordem do dia, que produz cidadania, que, pela via da clínica política, busca transformar a assistência à saúde, a representação social da loucura e o estatuto do louco.

E qual é a história do CAPS II Ponta do Coral do município de Florianópolis? Onde ela está registrada e de que forma? Ela está registrada?

Da mesma forma que consideramos a criação do MTSM, em 1978, como o marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em nível municipal (e arriscaríamos dizer, estadual também),

consideramos a implantação do CAPS II Ponta do Coral como o início da Reforma em Florianópolis, em março de 1996. Ou melhor, NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) II Ponta do Coral. Distinção de apenas uma letra (“n” por “c”) ou palavra (núcleo por centro) que, segundo Costa-Rosa, revela um posicionamento político. Costa-Rosa (2013) afirma que o NAPS é permeado pelo ideário da Reforma Psiquiátrica Italiana de extinção radical dos manicômios e efetiva substituição do asilo pela rede ambulatorial; enquanto que a opção pelo CAPS, apesar de, da mesma forma, opor-se ao manicômio, convive com ele. Segundo o autor, referente a escolha ministerial de trocar NAPS por CAPS: “de certa forma a situação se arranhou ao modo temerário da forma da contradição ‘um, mas não sem o outro’” (COSTA-ROSA, 2013, p. 18).

A Reforma Psiquiátrica é esse campo de disputa de diferentes interesses (sociais, econômicos, políticos, culturais) que ora pende para um lado, ora para outro, a depender da correlação de forças. Por isso, é importante um olhar atento aos fatores que influenciam o processo da Reforma nas diversas realidades; um olhar histórico para entender o contexto em que o processo se enseja; um olhar crítico para avaliar os conflitos e as posições políticas envolvidas; e um olhar clínico para identificar os efeitos da Reforma. Uma pesquisa que se dedique a estudar tais fatores, registrando a sua história, tem relevância social na medida em que contribui para o amadurecimento desse processo social, para a avaliação dos avanços e retrocessos, para identificação de elementos que não estejam imediatamente visíveis...

E lá se vão 20 anos de Reforma Psiquiátrica em Florianópolis, 20 anos de CAPS II Ponta do Coral. Igualmente com suas contradições, avanços e retrocessos. História que precisa ser contada e registrada para valorizar e resistir!

Entretanto, registrado ou não, sabemos que o CAPS II Ponta do Coral foi o primeiro serviço substitutivo da rede pública municipal de saúde e caracterizou-se como o lócus da Reforma Psiquiátrica no município por um longo período, principalmente porque era o único serviço de saúde mental já construído com base nas propostas da Reforma à época. Mas também pela história de militância e mobilização de seus atores, pelo seu papel de formação de recursos humanos, por trazer o movimento social nacional para o município, por ter colocado o debate da Reforma Psiquiátrica em Florianópolis.

Mas, o que faz de um CAPS um serviço efetivamente substitutivo? Quais teriam sido as condições para o surgimento do CAPS II Ponta do Coral à época? Que proposta ele tinha? Quais desafios enfrentou? Quais teriam sido os limites e as possibilidades de atuação do CAPS II Ponta do Coral nos seus primeiros 15 anos? O CAPS ocupou um papel estratégico?



Ele se aproximou mais de um ambulatório ou de um serviço substitutivo? O que a história desse CAPS pode nos apontar sobre a Reforma Psiquiátrica no município?

Assim, a partir do tema mais amplo da história do CAPS, o problema de pesquisa que nos é colocado é: como se deu a história do CAPS II Ponta do Coral nos seus 15 anos?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Registrar, em formato audiovisual, a história dos 15 anos do CAPS II Ponta do Coral, do município de Florianópolis/SC, a partir da narrativa dos seus diferentes atores: gestores/as, profissionais, usuários/as e familiares.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Compreender a história do CAPS
- Fazer levantamento de documentos de domínio público
- Identificar atores chave na história do CAPS
- Discutir a relação do processo histórico do CAPS II Ponta do Coral e a Reforma Psiquiátrica em Florianópolis.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Se o campo da saúde mental e atenção psicossocial foi, outrora, uma prática sem teoria, atualmente, vimos uma vasta produção científica publicada que dá corpo e sustentação teórica para o campo. Entretanto, para fins da revisão de literatura do presente estudo, optamos por fazer uma revisão do tipo narrativa, adotando alguns critérios para a seleção de artigos, além da consulta a fontes de dados primários, como livros da área.

A revisão narrativa não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos” (BIBLIOTECA, 2015, p. 02).

A seleção dos artigos foi realizada em três bases de dados, quais sejam: Scielo, Lilacs e Pepsic; a partir de três chaves de busca: Reforma Psiquiátrica AND Atenção Psicossocial, História AND CAPS OR Centro de Atenção psicossocial e História AND CAPS OR Saúde Mental. Os critérios utilizados para a referida seleção consideraram: pesquisa por artigos, idioma português, país Brasil, texto completo disponível, palavras da chave de busca presentes no título e, por fim, leitura do resumo. As demais fontes de estudo levaram em conta livros e autores consagrados da área, além de busca genérica na rede de computadores.

Considerando que o presente estudo tem como objeto a história de um CAPS, a leitura da bibliografia selecionada teve como objetivo (partindo do geral para o específico) caracterizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o campo da Atenção Psicossocial de forma mais ampla, e, mais especificamente, conceituar CAPS e conhecer o que está sendo construído e registrado sobre a história desses dispositivos.

#### 2.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Os autores são unânimes ao conceituar a Reforma Psiquiátrica como um processo, um movimento, algo dinâmico. Ou seja, Reforma é diferente de reforma. Uma reforma (da

casa, da cidade, de um programa, por exemplo) tem início, meio e fim; é feito um planejamento e depois a sua execução. Já a Reforma e, no caso, a Reforma Psiquiátrica, é um processo inacabado e extremamente complexo que envolve uma mudança paradigmática.

Pitta (2011) afirma que a Reforma Psiquiátrica é um “processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos... nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais” (p. 4581).

Para Amarante e Costa (2012), falar em *processo* implica em movimento, inovação, construção; *processo social*, implica em conflitos e tensões; e *processo social complexo*, por sua vez, marca a coexistência de diferentes dimensões que se atravessam.

Maciel (2012) enfatiza o caráter de movimento da Reforma Psiquiátrica:

Entendida como um movimento social, a reforma é articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura. Enquanto prática social, esse movimento é construído coletivamente, nas diferenças, nos conflitos e nas contradições (p. 75)

Os últimos autores fazem referência às quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica cunhadas por Amarante (2007), que conceitua a Reforma como um processo social complexo que se constitui enquanto entrelaçamento das dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito a produção de conhecimento, ao modelo de ciência, à reflexão dos conceitos. No contexto da Reforma, a máxima que caracteriza essa dimensão é tomada emprestada de Basaglia: “colocar a doença entre parênteses”. Ou seja, uma operação epistêmica que tenta superar a lógica do paradigma psiquiátrico que colocava o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, ocupando-se, agora, do sujeito, da sua existência-sofrimento (AMARANTE, 2007).

Tal mudança epistemológica implica, necessariamente, na dimensão técnico-assistencial na medida em que os serviços deixam de ser espaços de classificação, observação e tratamento da doença, para serem locais de acolhimento do diferente, do excluído, produzindo cuidado, trocas sociais e subjetividades (AMARANTE, 2007).

Colocar a doença entre parênteses e ocupar-se da pessoa em sofrimento psíquico, numa outra perspectiva de modelo de atenção que valorize mais as potencialidades da pessoa e não suas limitações, que valorize a sua saúde e não a doença, rompe com o estatuto do louco

como pessoa perigosa, improdutiva e incapaz. Tais mudanças, materializadas em leis e normativas, configuram a dimensão jurídico-política da Reforma. “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, p. 69).

Por fim, em que pese a importância de cada uma das dimensões anteriores, se elas não tiverem eco, ressonância, na sociedade em geral, a Reforma estaria fadada a ensimesmar-se nos muros da academia e dos serviços. Por isso, a dimensão sociocultural tem caráter estratégico na medida em que pretende construir um novo imaginário social sobre a loucura e o louco (AMARANTE, 2007).

Assim, fica evidente que Reforma não é só mudança do modelo de atenção ou criação de novos serviços, como alguns insistem em falar, por exemplo, em Reforma da Assistência em Saúde Mental. Não se muda a assistência em saúde, sem mudar a concepção, a legislação e a representação social da loucura. Da mesma forma, os operadores diretos da dimensão técnico-assistencial, como os profissionais de saúde mental, têm a tarefa ética-política (árdua) de ampliar a atenção à saúde mental contemplando as demais dimensões, produzindo conhecimento, política e transformação social.

Esse é o caráter dinâmico, de movimento, de vitalidade da Reforma Psiquiátrica! Vitalidade que segundo Lobosque (2011), “não nasce de outra fonte senão esta, a dos movimentos sociais, a poderosa vitalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira!” (p. 4592).

Não é à toa que a Reforma nasce num contexto de crise, de luta política e de efervescência dos movimentos sociais da época. Segundo Amarante (1995), a “Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)”, em 1978, foi o episódio que deflagrou o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Crise capitaneada pelos profissionais do órgão que denunciaram as más condições de trabalho e de atendimento e que conformou o cenário para o surgimento do MTSM.

Conforme Pitta (2011), há um consenso estabelecido de que o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira se dá no fim dos anos 70, com a formação de núcleos de jovens militantes em diferentes estados do país que reivindicavam melhores condições de trabalho, mudanças nas condições de atendimento e a defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

De pautas trabalhistas às críticas à cronificação do manicômio, “A reforma psiquiátrica surgiu, então, no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação” (MACIEL, 2012, p. 75).

Movimento que foi construído a partir da luta e da pauta dos trabalhadores num primeiro momento, mas que foi ganhando corpo e ampliando a sua atuação ao incluir novos atores “mediante a articulação dos novos serviços com outros segmentos dos movimentos sociais, tais como as associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos, etc.” (LUZIO e YASUI, 2010, p. 19).

Pitta (2011) elucida a trajetória da Reforma Psiquiátrica contando a história de cada década:

- Anos 70 – a denúncia: era da indústria da loucura onde os militantes da Reforma, constituindo-se em movimentos sociais, brigavam subterraneamente.

- Anos 80 – tempos de “fazejamentos”: tempo de inúmeros eventos descritos por Pitta (2011) e Amarante (1995) que culminam com o Congresso de Bauru, em 1987, onde se pactuou o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e é criado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), agregando diferentes movimentos e atores a Reforma Psiquiátrica. Tempo também de fazer, inventar e criar diferentes experiências institucionais de um outro tipo de atenção em saúde mental, surgindo os primeiros CAPS’s e NAPS’s.

- Anos 90 – a Reforma como política pública consentida: solidificação do Movimento da Reforma Psiquiátrica com os movimentos sociais, principalmente pela atuação do MNLA. O que, paradoxalmente, disparou as primeiras tensões entre movimento antimanicomial e poder executivo.

- Anos 2000 – a Reforma legal: avanço mais consistente com a publicação do arcabouço normativo e vigorosa era para a gestão da política de saúde mental. Entretanto, período não isento de lutas e disputas, que dificultam a concretização em ações do avanço prescritivo.

Já Vasconcelos (2008) conta a mesma trajetória periodizando a Reforma nas três grandes fases abaixo:

- Primeira grande fase (1978 – 1992): mobilização social e crítica do sistema hospitalar e asilar, entrada no aparelho de Estado e primeiras experiências de humanização e controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental.

Podemos dizer que essa grande fase corresponde às décadas da denúncia e dos “fazejamentos” de Pitta (2011); que passa pela criação do MTSM até a sua transformação em MNLA, com toda a sua atuação, inicialmente externo ao aparelho de Estado e, depois, atuando por dentro, com militantes assumindo cargos no poder executivo. No que se refere a atenção à saúde mental, é o período das primeiras experiências municipais em saúde mental do novo modelo de atenção.

- Segunda grande fase (1992 – 2001): implementação da estratégia de desinstitucionalização, consolidação do movimento da luta antimanicomial e impacto do avanço neoliberal.

A Reforma consentida de Pitta (2011) caracteriza a segunda grande fase de Vasconcelos (2008). Fase composta por avanços no seu período inicial e final, principalmente pela ocupação do Movimento na coordenação nacional de saúde mental, mas que foi abalada pelos impactos, nesse ínterim, do governo neoliberal da época. Além da maior participação de usuários e familiares no MNLA.

- Terceira grande fase (2001 – ?): consolidação da hegemonia reformista e da rede de atenção psicossocial, ampliação da agenda política em saúde mental, divisão do movimento da luta antimanicomial em tendências e impacto das limitações neoliberais do governo Lula.

A terceira e última fase tem correspondência com as conquistas da Reforma legal e os desafios da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 2000. Ao mesmo tempo em que se conquistava a publicação da lei 10.216/01 e demais marcos legais, o MNLA se dividia em duas correntes: MNLA e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), aumentando disputas internas e afastando o movimento social como um todo do seu inimigo comum. Elemento que, outrora, foi fundamental no surgimento do Movimento da Reforma, pois, segundo Pitta (2011): “não existe estratégia mais potente para criar coesão de um grupo ou de um movimento do que ter inimigos comuns contra quem lutar!” (p. 4582).

Em que pese o cenário às vezes romântico dos momentos áureos da Reforma, alguns autores falam do seu processo de institucionalização com o passar do tempo. Ao alcançar lugares e conquistas antes almejados enquanto movimento social, o processo de certa forma se institucionaliza. A esse respeito, Luzio e Yasui (2010) falam que:

A sua institucionalização [Reforma] transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos do processo. Parece não haver

mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, que, ironicamente, têm como inspiração as experiências do CAPS e dos NAPSS, as quais trazem a marca da invenção e da criação que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes dessas regulações. (p. 23).

Vasconcelos e Paulon (2014) vão na mesma linha dos autores acima ao afirmar:

Mas, quando esse processo começa a se desprender dos movimentos que justificaram sua institucionalidade, sem expressivas participações de movimentos sociais, sem produção de sentido junto aos trabalhadores, aos/às usuários/as e à comunidade, há que se pensar em indicativos de uma institucionalização da Reforma Psiquiátrica. (p. 226).

Afirmção que só corrobora o que foi o passado da Reforma e qual deve ser o futuro: um movimento social. Um movimento genuíno, plural e heterogêneo que agregue diferentes atores por um objetivo em comum: “Por uma Sociedade sem Manicômios!”; porque acreditamos que “Cuidar, Sim. Excluir, Não!”, porque “Trancar não é Tratar!”; porque “Manicômio? Tire essa ideia da cabeça!”; ou, como o Núcleo Florianópolis da Luta Antimanicomial adaptou a bandeira de luta ao vocabulário local: “Manicômio? Tás tolo?”.

Pande e Amarante (2011) também alertam que “com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização” (p. 2068).

Cronificação das pessoas e das práticas que tem a ver com a institucionalização da Reforma, com a divisão do Movimento, com a acomodação dos atores, com a banalização da convivência com o hospital psiquiátrico, que só é possível ser combatida com a receita que Pitta (2011) nos fornece:

Política se faz com ira, amor e... dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir e encontrar a estratégia mais sublime e adequada de intervir; e, dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado. (p. 4587).

Mas, qual é o cenário da Reforma Psiquiátrica nos tempos atuais, no que seria, talvez, a quarta grande fase da Reforma, pegando a ideia de Vasconcelos (2008) ou a década de 10 dos anos 2000 nos termos de Pitta (2011), que, quiçá, podemos nomeá-la como “a volta dos que não foram”?



Sim, o inimigo ainda não foi vencido e, ao contrário, ressurge travestido com outra roupa, outro discurso. E agora, além das atrocidades sutis do inimigo – do confinamento em instituições totais para a psiquiatrização da vida cotidiana; da privação da liberdade em manicômios para o controle químico dos psicofármacos; das condições precárias de trabalho para o assédio moral de trabalhadores; da perseguição política para a criminalização dos movimentos sociais – temos que nos haver com os êxitos e fracassos da implementação dos ideais da Reforma Psiquiátrica em todas as suas dimensões.

Antes, o inimigo era forte, poderia parecer intransponível, mas a paixão dos ideais e o afã da veia inventiva do que estaria por vir com novos serviços, novas experiências, novas vivências, agregava e alimentava o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Hoje, já somos assombrados por questões como “não deu certo”, “não dá conta da crise”, “não sabe o que fazer com as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas”.

Questões que, isoladas, podem estar a serviço de projetos contrários à Reforma Psiquiátrica e que, por isso, precisam ser contextualizadas. Primeiro que 41 anos de luta (1978 – 2019) estão longe de substituir uma história secular de paradigma psiquiátrico. Segundo que a mudança em cada dimensão da Reforma, como já apontada na fala de Pitta (2011), não se faz só com afetos e ideais; mas com recursos financeiros e humanos, com vontade política dos gestores, com o comprometimento de um projeto ético-político diferente do que vimos vivenciando, principalmente nos níveis mais locais, no cenário político nesses anos. A Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) andam na contramão do projeto político neoliberal e, por isso, são alvos constantes ou pela sua desqualificação na grande mídia, por exemplo, ou pela sua premeditada e proposital inoperância perpetradas por governantes. A velha política, cada vez mais, mais atual.

Luzio e Yasui (2010) lembram um importante alerta de Capistrano Filho:

Temos que entender que lutamos para isso e vamos ter que travar essa batalha cultural, social e política pelo avanço da Reforma Psiquiátrica de município a município. (...) porque é lá, sobretudo (...) municípios que têm a chamada gestão plena, que vamos poder avançar, independente das variações das políticas federal ou estaduais, o processo da Reforma Psiquiátrica (...). (CAPISTRANO FILHO *apud* LUZIO E YASUI, 2010, p. 24).

Destarte estarmos vivenciando tempos sombrios (não só no contexto da Reforma), os avanços da Reforma estão aí colocados e são apontados por diferentes autores.

Ainda em 2012, Alves *et al* apontavam que o marco legal da Reforma, a lei 10.216, vinha produzindo bons frutos: alocação de recursos do Ministério da Saúde na saúde mental, adesão dos municípios à Reforma, ampliação do número de CAPS's, importante redução de quase 53 mil leitos em hospitais psiquiátricos, incorporação da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas à política de saúde mental, dentre outros (ALVES, 2012).

Corroborando o quadro acima, o Documento Técnico da Fiocruz (2015) aponta que:

Em menos de 20 anos, o país concretizou um sólido projeto de desinstitucionalização, com a redução de leitos em parques manicomiais. Foram redistribuídos os recursos financeiros da rede hospitalar para os serviços comunitários: neste período, o orçamento destinado aos aparatos asilares diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para menos de 30%, ao passo que o financiamento da rede substitutiva alcançou um patamar 15 vezes maior. Os avanços foram ainda significativos no que concerne à atenção específica dos transtornos mentais na infância e adolescência, na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, bem como na afirmação de uma agenda relativa aos direitos humanos e à cidadania dos portadores de transtornos mentais. (FIOCRUZ, 2015, p. 8)

Costa *et al* (2011), reconhecendo o projeto ético-político da Reforma como contra hegemônico ao *status quo*, conforme apontávamos anteriormente, assinalam que, apesar do desenvolvimento dos novos serviços ter se realizado “em um ambiente de veto explícito dos proprietários de hospitais, mesmo familiares e, nos últimos anos, de representação organizada dos médicos psiquiatras” (p. 4612), foi possível concretizar a agenda da Reforma Psiquiátrica.

Ou ainda, como aponta Brognoli (2016): “por mais que apontemos os limites da Reforma Psiquiátrica, não é possível deixar de reconhecer que, com base nela, o hospício se esfacelou” (p. 353). Não nos iludamos que atrocidades não aconteçam mais (as comunidades terapêuticas aí estão para nos mantermos bastante atentos), mas elas deixaram de ser a regra para serem a exceção.

### **2.1.2 Atenção Psicossocial**

Todo esse “bagulho louco e processo lento”<sup>1</sup> da Reforma Psiquiátrica, é louco e é lento, porque se propõe, nada mais e nada menos, a uma mudança de paradigma. Paradigma enquanto modo de pensar de uma sociedade, um padrão, um modelo, que implica, necessariamente, em um modo de lidar com o fenômeno.

---

<sup>1</sup> Parfraseando e homenageando o usuário e militante Nilo Neto

Se a Reforma se tratasse apenas de construção de conhecimento e reflexão de conceitos, sem ressonância na sociedade (como, não raro, acontece no campo acadêmico), não vivenciaríamos os embates político-ideológicos do cotidiano dos serviços e da militância; poderíamos ficar reduzidos ao campo da doutrinação. Por outro lado, se a Reforma se restringisse a criação de novos serviços, sem mudança de modelo de atenção, não travariamos as pequenas grandes batalhas na micropolítica da clínica. Se a Reforma se propusesse somente às mudanças no campo das leis, provável que seu ideário nunca (ou pouco) se materializasse, uma vez que a lei, por si só, não garante a sua aplicação. Por fim, se a Reforma se reduzisse a sua dimensão sociocultural, poderíamos presenciar a exibição da aberração dos loucos para o entretenimento dos ditos sãos.

Pois bem, a Reforma Psiquiátrica é tudo isso, e tudo isso ao mesmo tempo! É a conjunção das suas quatro dimensões que conformam uma mudança paradigmática. E que paradigma é esse? O paradigma psicossocial.

Na tentativa de elucidar um paradigma que possa se contrapor ao paradigma psiquiátrico, Costa-Rosa (2000) conceitua como Modo Psicossocial o paradigma das práticas em saúde mental. O autor leva em conta quatro parâmetros fundamentais na definição comparativa dos modos asilar e psicossocial: concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’, formas da organização do dispositivo institucional, formas de relacionamento com a clientela e formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA, 2000).

Quadro 1: Quadro comparativo entre o Modo Asilar e o Modo Psicossocial

<b>Parâmetros</b>	<b>Modo Asilar</b>		<b>Modo Psicossocial</b>	
<b>Objeto e meios de trabalho</b>	<i>Objeto</i> Determinações orgânicas Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito Indivíduo como doente Indivíduo fragmentado Psicose como doença Sofrimento	<i>Meio de trabalho</i> Medicamento Indivíduo passivo no tratamento Intervenção individualizante Fragmentação da atenção, especializada e hierarquizada Outros campos de saber como acessórios	<i>Objeto</i> Determinantes políticos e biopsicosocioculturais Importância atribuída ao sujeito Sujeito inserido num contexto familiar e social Sofrimento como parte da existência Existência-sofrimento Cena principal	<i>Meio de trabalho</i> Conjunto amplo de dispositivos (psico/labor/socioterapias) Sujeito participante principal no tratamento Inclusão dos grupos familiares e sociais no tratamento Reposicionamento do sujeito: agente implicado no sofrimento e agente da possibilidade de

	removido a qualquer custo Cena principal universal: o orgânico		universal: o simbólico, englobando o psíquico e o sociocultural	mudanças Reinserção social do sujeito Atenção integral e equipe interdisciplinar
	<b>Metas:</b> Hospitalização, medicalização e objetificação		<b>Metas:</b> Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural	
<b>Dispositivo institucional</b>	Hospital psiquiátrico Relações verticais entre trabalhadores e entre estes e a população Relações de poder e saber altamente estratificadas entre trabalhadores e entre estes e a população Instituição como natureza morta <b>Metas:</b> Estratificação, interdição institucionais, heterogestão e disciplina das especialidades		CAPS, NAPS, Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais nos centros de saúde e nos hospitais gerais e demais componentes da RAPS. Relações horizontais entre trabalhadores e entre estes e a população Relações de poder e saber horizontalizadas entre trabalhadores e entre estes e a população Instituição a serviço da ética e da técnica <b>Metas:</b> Participação, autogestão e interdisciplinaridade	
<b>Relacionamento com a clientela</b>	Espaço de relação entre doentes e são Locus depositário Interdição do diálogo, imobilizando e emudecendo o usuário Reprodução das relações intersubjetivas verticais <b>Metas:</b> imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis		Espaços de interlocução Práticas de intersubjetividade horizontal Sujeito fala, participa do diálogo e trabalha na e pela fala Ponto de fala e de escuta da população Dispositivos integrais territorializados <b>Metas:</b> interlocução, livre transito do usuário e territorialização com integralidade	
<b>Efeitos típicos</b>	Hipertrofia dos “defeitos de tratamento” como cronificação asilar ou benzodiazepinização Remoção dos sintomas Ética da adaptação <b>Metas:</b> Adaptação		Reposicionamento subjetivo Ética da singularização <b>Metas:</b> Implicação subjetiva e sociocultural e singularização	

Fonte: quadro elaborado pela autora a partir do texto de Costa-Rosa, 2000.

O mesmo autor, agora junto com Luzio e Yasui, afirmam que:

[...] são as transformações em cada um desses quatro parâmetros, e sobretudo, o matiz dessas transformações, que nos permitirão definir a pertinência do paradigma psiquiátrico, ou do paradigma psicossocial, para as práticas designadas pelo termo psicossocial, portanto da Atenção Psicossocial.. (COSTA-ROSA *et al*, 2003, p. 33).

Os autores defendem a ideia de que as práticas em saúde mental balizam-se pelo paradigma da Atenção Psicossocial. O termo psicossocial surge no contexto da psiquiatria reformada, não ainda com a radicalidade do conceito, mas já propondo transformações da prática psiquiátrica. As contribuições dos movimentos europeus de críticas mais radicais à psiquiatria e o surgimento dos serviços substitutivos brasileiros com a marca psicossocial, aspiram à outra lógica que, além de não ser a lógica da psiquiatria, pretende superá-la (COSTA-ROSA *et al*, 2003).

Essa aspiração e inspirações trazem no seu bojo qual deve ser o compromisso ético-político das novas práticas em saúde mental e, conseqüentemente, do paradigma que as sustentam: outro entendimento sobre o louco e o fenômeno da loucura diferente da noção de doença mental, e dos carimbos de perigoso, improdutivo e incapaz; outra forma de se lidar com o louco e a loucura que não segregando e isolando; outra forma de tratamento que não só medicamentoso e individualizante; outra forma de se relacionar com o louco que não o subjugando; ou seja, a superação do modo asilar e do paradigma psiquiátrico.

Nesse sentido, os autores apresentam como exigências éticas e teórico-técnicas para a Atenção Psicossocial: desospitalização, desmedicalização, existência-sofrimento, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização, participação, autogestão e cogestão, transdisciplinaridade, interlocução, livre trânsito, atenção integral e territorializada, desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico, relação sujeito-desejo e carecimento-ideais e implicação subjetiva e sociocultural (singularização) (COSTA-ROSA *et al*, 2003). Firmando, assim, a Atenção Psicossocial como o novo paradigma capaz de superar o velho modo de pensar e de sustentar as novas formas de fazer.

Essas novas formas de fazer, “esse “novo jeito” ou “modo” de atuação permite operar a prática social, portanto, a práxis possibilita a alteração do paradigma psiquiátrico para o Paradigma Psicossocial” (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012, p. 1041).

Outros autores também trazem elementos conceituais da Atenção Psicossocial. Shimoguri e Costa-Rosa (2017) respaldam o compromisso da Atenção Psicossocial ao afirmar que ela veio “substituir as estruturas arquitetônicas e teórico-técnicas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador” (p. 07), além de ressaltar o respeito à singularidade presente na ética da Atenção Psicossocial e o caráter interdisciplinar das formas de organização do trabalho.

Vasconcelos *et al* (2016) apontam que o processo de mudança de modelo de atenção, operado nos serviços de saúde mental, à luz da Atenção Psicossocial, “exige a reflexão de saberes e práticas, redirecionamento do foco de assistência da doença para a experiência da pessoa, além da participação popular, promoção de autonomia e construção da cidadania” (p. 319).

Além dos elementos acima, Rinaldi e Bursztyn (2008), trazem à tona a discussão da nova clínica que o paradigma inaugura, a clínica da Atenção Psicossocial, que se propõe a

operar levando em consideração os aspectos subjetivos do adoecimento e os elementos psicossociais de cada caso singular.

O paradigma Psicossocial conformou o que se convencionou chamar de campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, modelo de atenção psicossocial, clínica da atenção psicossocial e os serviços substitutivos, como o CAPS, que leva a marca do paradigma no nome.

### **2.1.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Na introdução do texto, já abordamos qual o conceito de CAPS para o Ministério da Saúde. Neste tópico, tentaremos abordar o conceito desse dispositivo à luz da revisão da literatura selecionada. O que nos interessa aqui é, sobretudo, entender a concepção e a clínica dos CAPS, não tanto a sua caracterização burocrática-administrativa. Tal caracterização pode ser consultada nos documentos oficiais do ministério da saúde de amplo acesso (portaria 336/02, portaria 3088/11, entre outros...).

Luzio e Yasui (2010) resgatam o contexto em que foram publicadas as principais portarias da Política Nacional de Saúde Mental. Lembram que as primeiras experiências de novos serviços surgiram antes mesmo das legislações que compõem o arcabouço legal da saúde mental, fazendo com que os CAPS's e NAPS's existentes à época ainda não "existissem" para o SUS. A existência legal desses dispositivos ocorreu somente em 1992, com a publicação da portaria 224, do ministério da saúde; cinco anos depois da inovação da criação do primeiro CAPS, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.

O CAPS da Rua Itapeva (como ficou conhecido o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira) e os NAPS's de Santos foram as primeiras experiências de implantação de novos serviços, que serviram como inspiração para a produção do marco legal e para a disseminação desses dispositivos pelo país.

O CAPS, inaugurado em março de 1987, surge como "uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade"; para o atendimento de pessoas com diferentes graus de limitações sociais, patologias mais complexas e formas especiais de ser; oferecendo "um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil"; com funcionamento nos cinco dias da semana, durante oito horas diárias; adotando um modelo de atenção que se pretendia integral, personalizado, multidisciplinar e contextualizado (AMARANTE e TORRE, 2001, p. 29).

O NAPS, inaugurado em setembro de 1989, surge como substituto ao fechamento da Casa de Saúde Anchieta; a partir de estratégias como regionalização, diálogo com a comunidade e projeto terapêutico e de princípios como responsabilização, integralidade e transformação cultural; pretendendo-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial; com funcionamento integral de 24 hs, por sete dias na semana; sendo a equipe de trabalho um espaço coletivo de ação e reflexão (AMARANTE e TORRE, 2001).

Em que pesem algumas semelhanças entre os serviços, os poucos elementos do projeto original de cada um, já apontam para uma diferença crucial: o caráter substitutivo ao manicômio. Ambos os serviços guardam o caráter de inovação, de alternativa à prática psiquiátrica vigente, de uma outra proposta de atenção às pessoas sofrimento psíquico. Mas é o NAPS que impõe a radicalidade de substituição do manicômio, prescindindo dele; desde o fechamento físico da instituição total até a transformação cultural dos manicômios mentais.

Diferenças também apontadas por Luzio e Yasui (2010) ao afirmarem que o CAPS era um serviço intermediário, funcionando no período comercial, com uma clínica centrada no cotidiano da instituição, com inspiração na análise institucional e na psiquiatria de setor. Já o NAPS, foi um serviço substitutivo, funcionando 24 hs, responsável por toda a demanda de saúde mental de uma região, oferecendo um amplo leque de ações, com inspiração na psiquiatria democrática italiana.

Valorizando as duas diferentes, mas pioneiras, experiências, Pitta (2011) assinala a importância de cada um dos serviços: o CAPS inaugurou uma nova forma de cuidado em saúde mental e a ousadia do NAPS foi a experiência mais radical de um modelo substitutivo ao manicômio.

Mas, apesar das diferenças, como já descrito anteriormente, a escolha ministerial foi pela nomenclatura CAPS. Escolha feita em 2002, com a publicação da portaria 336, que abandonou o termo NAPS, mas que já estava presente nas portarias anteriores, conforme apontaram Amarante e Torre (2001) e Luzio e Yasui (2010), ao considerar CAPS e NAPS como sinônimos.

Segundo Costa-Rosa (2013), “essas duas formas de Atenção Psicossocial foram englobadas sob a denominação Caps” (p. 18). E aqui vale chamar a atenção que, se o autor considera os dois tipos de serviços como formas de Atenção Psicossocial, tanto os CAPS’s de antes de 2002 (diferenciando-se dos NAPS’s), como os CAPS’s pós 336/02 (englobando os

NAPS's), devem se caracterizar enquanto instrumentos da Reforma Psiquiátrica, operando a superação do modo asilar e do paradigma psiquiátrico.

Não é à toa que Luzio e Yasui (2010) consideram que o CAPS não é só mais um serviço de saúde como outro qualquer; ele

é mais que um serviço: é uma **estratégia de mudança** do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma **lógica territorial**, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta.” (p.23).

Alves (2012) lembra que o CAPS é concebido como uma organização para **substituir as internações em hospitais psiquiátricos**, devendo atuar em um determinado **território**, atuando de forma **intra e intersetorial**.

Leão e Barros (2012), reiterando que o CAPS é um serviço de **atenção psicossocial de base comunitária**, dão ênfase à **lógica do território** em que o serviço deve se pautar. Elas entendem que as ações no território é o grande diferencial entre CAPS e o hospital psiquiátrico. Na medida em que a intervenção do CAPS deve ocorrer no contexto de vida da pessoa em sofrimento psíquico, explorando os recursos do território e transformando seu cotidiano, são as ações territoriais que diferem a clausura do hospital de um serviço eminentemente comunitário.

Neste mesmo sentido, Tenório (2002) aponta que a especificidade do público-alvo do CAPS, “pacientes psiquiátricos graves”, exige outras condições terapêuticas que não apenas a consulta mensal do ambulatório ou o tratamento oferecido no hospital psiquiátrico. O CAPS é um serviço de atendimento-dia que o usuário pode frequentar diversas vezes na semana, com uma ampla oferta de atividades terapêuticas, oferecidas por e em **equipe** multiprofissional. “Os Caps, portanto, consistem em uma ampliação tanto da **intensidade dos cuidados** (todos os dias, o dia inteiro) quanto de **sua diversidade** (atividades e pessoas diversas etc.)” (TENORIO, 2002, p. 40).

Ainda o mesmo autor tenta sistematizar as características básicas do CAPS:

[...] devem oferecer condições que inexistem nos ambulatórios, no sentido de uma **atenção diária e integral**; devem ser **regionalizados** e oferecer um tratamento dito **comunitário ou ‘territorializado’**, isto é, que não retire o paciente de seus vínculos sociais e baseie-se não apenas nos recursos da instituição mas nos recursos comunitários; devem oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de **convivência** diversificadas; e devem incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como ‘extraclínicas. (TENÓRIO, 2002, p. 49).



Para além da atenção direta às pessoas com “transtornos severos e persistentes adscritos à área territorial sob a sua responsabilidade”, Costa *et al* (2011) apontam as demais competências organizacionais do CAPS:

[...]organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental; regular a porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais na área de saúde mental” (p. 4608).

Estratégia de mudança, lógica do território, substituir as internações em hospitais psiquiátricos, intra e intersetorial, atenção psicossocial, base comunitária, equipe, intensidade e diversidade de cuidados, atenção diária e integral, regionalização, convivência, organizar, coordenar e supervisionar a rede; são termos, noções, verbos e princípios que devem estar presentes num CAPS. Ao o que acrescentamos ainda: aberto, acolhimento, vínculo, coresponsabilização, protagonismo, autonomia. Características que configuram uma outra clínica e que, definitivamente, diferem um CAPS de um ambulatório, conforme nos alerta Tenório (2002): os CAPS’s “são considerados ambulatoriais em sentido amplo, à medida que não-hospitalares, mas distintos do ambulatório como estrutura específica” (p. 41).

Radicalmente distintos! Diferença que (insistimos em apontar) já aparece no nome. Podemos até ouvir falar em ambulatório de saúde mental, mas não existe ambulatório de atenção psicossocial. A estrutura de um ambulatório não carrega a insígnia do Paradigma Psicossocial que, na vertente da atenção à saúde, implica em uma outra e nova clínica. E qual é (ou quais são) a clínica que opera o Paradigma Psicossocial que, inclusive foi materializado em um dispositivo que deve ser o seu centro por excelência, o Centro de Atenção Psicossocial?

Em pese o fato de entendermos que o CAPS é o lócus por excelência da Atenção Psicossocial e que, justamente por isso, deveria atuar desde essa perspectiva, sabemos que, na prática, coexistem diferentes concepções de clínica (de sujeito, de loucura, de mundo) no interior dos serviços.

Fidelis e Santos (2001) abordam as três diferentes noções de clínica e ética na Reforma Psiquiátrica: a psiquiatria militante, que dá ênfase ao viés político, ao sujeito-

cidadão, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana e na Antipsiquiatria; a clínica da psicose, onde a especificidade recai sobre o fenômeno psicótico, o sujeito singular, com inspiração na Psicoterapia Institucional Francesa; e a psiquiatria biológica, que a ênfase está em elementos pré-sociais, da ordem do biológico, o sujeito biológico. Três linhas distintas que, conforme muito bem colocam as autoras, “não se colocam no campo da assistência de forma estandardizada” (p. 37), ora se opõem entre si, se compõem e recompõem.

Trata-se do processo social complexo que é a Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços. É comum, por exemplo, vermos a atuação de um trabalho em equipe, em conjunto e em solidariedade, entre os profissionais do serviço, com exceção do/a psiquiatra que, por vezes, só desenvolve atendimentos individuais, em ritmo de ambulatório. Como aponta Rinaldi (2008), “não raro, notamos evidentes resquícios de práticas hospitalares e ambulatoriais que fazem do atendimento médico um capítulo à parte do resto do trabalho dos CAPs” (p. 35).

Ou situações, como as vivenciadas pela pesquisadora, de parte da equipe abordar uma pessoa em situação de crise por horas a fio, mesmo depois do expediente, até a sua estabilização, e o/a psiquiatra posicionar-se contra a equipe porque o grupo de trabalhadores não obedeceu a sua indicação de internação em hospital psiquiátrico da pessoa. Ou ainda, o/a profissional se identificar com o ideário da Reforma e, mesmo defendê-lo, mas não se dispor a apoiar e atuar junto a Associação de Usuários e Familiares.

Rinaldi (2008), na mesma perspectiva das outras autoras, ao discutir a clínica que se realiza no CAPS, leva em conta a pluralidade de discursos presentes: “o dispositivo médico-psiquiátrico redimensionado, os dispositivos de atenção psicossocial trazidos pela reforma, que privilegiam a reabilitação psicossocial, e o dispositivo psicanalítico, que sustenta uma clínica que visa o sujeito do inconsciente”. (RINALDI, 2008, p. 34).

Das diferentes concepções presentes no campo da saúde mental, parece-nos que as concepções que mais se aproximam do Paradigma Psicossocial e que, com isso, pretendem superar o modo asilar e paradigma psiquiátrico, são os dispositivos de atenção psicossocial e o dispositivo psicanalítico.

Uma coisa é certa, “a clínica que hoje se desenvolve no campo da saúde mental não se confunde mais com a clínica psiquiátrica strictu sensu” (RINALDI, 2008, p. 34). Ou seja, a vertente psicossocial ou da psiquiatria militante e a vertente da psicanálise, são passíveis de aliança e de um possível projeto em comum para um novo modelo de atenção em saúde

mental; conformando, assim, o que poderíamos arriscar chamar de clínica da Atenção Psicossocial. Mas, definitivamente, não nos serve a psiquiatria tradicional e a sua clínica do determinismo biológico, conforme apontam Fidelis e Santos (2001):

É possível pensar uma aproximação entre a perspectiva marcada pela psiquiatria militante e a clínica da psicose, estabelecendo a partir daí um movimento de crítica a uma psiquiatria caracterizada pelo determinismo biológico. Esse diálogo possibilitaria a articulação entre a noção de luta política propriamente dita, e a concepção de luta política interior, com objetivos comuns como a luta por liberdade de expressão, existência, escolhas, entre outras. (p. 05)

Considerando as diferentes vertentes presentes no campo, evidencia-se a impossibilidade de se determinar “a” clínica do CAPS, o que, por si só, já produz uma definição de que não há uma clínica a priori; há um projeto ético-político a ser seguido na construção coletiva de uma transformação paradigmática e na singularidade e no caso a caso de cada sujeito.

Amarante (2003) também aponta a diretriz do projeto ético-político de uma clínica ao afirmar que é preciso produzir rupturas, rompendo, por exemplo, com noções como de doença e cura. Assim, continua o autor:

um centro de atenção psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”; isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde (AMARANTE, 2003, p. 60).

Talvez isso sim merece ser chamado como um serviço de **saúde**, um dispositivo que trabalha a partir da potência, da vida, do encontro, do inusitado, aberto ao novo, ao bizarro, ao diferente e que proponha um caminho *com* e não *por*.

#### 2.1.4 Construindo a história

Na bibliografia estudada, e em materiais diversos, muita referência se faz à história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos dois primeiros serviços frutos desse movimento: o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e os NAPS’s de Santos. Em outros formatos, além da

produção acadêmica, muito se registrou sobre a história dos manicômios e do que chamamos, anteriormente, de uma parte sombria da história da humanidade.

Mas já são 41 anos de Reforma, 30 anos dos dois serviços pioneiros, 30 anos de MNLA, 16 anos da lei 10.216/01 e, com certeza, já estamos comemorando aniversários de muitos outros serviços implantados no país a fora.

Intriga-nos saber se a história mais recente, mais especificamente, a história dos CAPS's está sendo registrada e de que forma está sendo contada. Em que pese a diferença cronológica de séculos de psiquiatria e manicômios para a história dos CAPS's, ou mesmo da Reforma, registrar a história recente tem forte apelo político na medida em que, num contexto de disputas, precisamos reafirmar e imortalizar, definitivamente, um outro modelo de atenção possível.

Lima e Holanda (2010) apresentam uma revisão da produção historiográfica sobre a psiquiatria e o campo da saúde mental no Brasil, por meio de revisão sistemática, compreendendo o período de publicação de 2004 a 2009. Dentre os resultados apresentados, vale apontar que a grande maioria dos trabalhos encontrados pelos autores tem como foco de pesquisa o tempo cronológico de 1890 a 1966, período de constituição e consolidação da psiquiatria brasileira e do aparato asilar. Dentro das três categorias de lapso cronológico definidas pelos autores, a história mais recente de 1967 a 2009 (ano do referido estudo) é o tempo de menor interesse das pesquisas; o que implica na constatação, pelos autores, da escassez de pesquisas voltadas a períodos mais recentes.

Ainda no estudo de Lima e Holanda (2010), outro resultado que chama a atenção é que os depoimentos orais foram as fontes de informação historiográfica de menor uso das pesquisas levantadas: alguns poucos estudos utilizaram testemunhos orais, por meio da História Oral, junto com demais fontes; e menos estudos ainda utilizaram o testemunho como fonte de informação exclusiva.

De forma menos rigorosa que os autores acima, a revisão de literatura realizada para o presente estudo, combinando palavras chave do campo da saúde mental e atenção psicossocial com o descritor história, também constatou mais produções acerca da história dos manicômios (Oda e Dalgalarondo, 2005; Gonçalves e Edler, 2009; Carrara, 2010; Borges, 2013, Santos e Farias, 2014, entre outros). Apenas o artigo de Ribeiro (2004) se propôs a falar de CAPS, abordando o processo de criação do CAPS Espaço Vivo, em Botucatu/SP, desde as motivações que o engendraram até a sua inauguração e primeiras atividades.

Neste sentido, parece-nos que a presente pesquisa, à luz da revisão aqui realizada, traz um caráter um tanto original na medida em que pretende pesquisar a história de um CAPS a partir dos testemunhos orais dos seus atores.

## 2.2 METODOLOGIA

O método de investigação escolhido para a pesquisa foi a História Oral. Para o entendimento e utilização do referido método, utilizamos como referência principal o Manual de História Oral de Verena Alberti (2005), além de outros artigos que versavam sobre o método em si e/ou o utilizaram enquanto instrumental metodológico.

Para Alberti (2005), uma pesquisa que se propõe a utilizar a metodologia da história oral dirige o seu foco de interesse para as diferentes versões que os atores daquela história podem fornecer sobre o tema; não prescindindo, entretanto, de outras fontes já existentes que podem servir de apoio para a análise.

Uma das principais justificativas para a escolha de registrar a história do CAPS é que, em princípio, não se conhece registro sistemático e científico publicado sobre a história do CAPS II Ponta do Coral. Num rápido levantamento sobre o serviço, o que se observa são algumas poucas publicações (trabalhos de conclusão de curso, dissertações, artigos...) de pesquisas realizadas no CAPS, mas com um recorte de objeto específico; e não a sua história<sup>2</sup>.

Já a escolha da utilização da História Oral como método justifica-se por: conhecimento prévio da pesquisadora acerca do objeto de estudo; o resgate da história de um passado não tão remoto; e, por consequência, a existência da “memória viva”, a existência dos entrevistados.

### 2.2.1 Caracterização da Pesquisa

Conforme Gil (2002) aponta, a caracterização da pesquisa leva em conta a sua classificação com base nos objetivos e nos procedimentos técnicos utilizados. Assim, a

---

<sup>2</sup> Pesquisas levantadas sobre ou no CAPS: LIMA, 1999; GRUGINSKI, 2003; FURTADO E SILVA, 2004; RODRIGUES, 2004; SCALZAVARA, 2006; RODRIGUES *et al*, 2006; SILVA, 2008; CAPOZZI, 2008.

presente pesquisa, de abordagem qualitativa, é classificada como exploratória com base nos seus objetivos, e como estudo de caso no que se refere aos procedimentos técnicos.

### 2.2.2 Campo de Pesquisa

O campo de pesquisa não se refere ao serviço nos tempos atuais, mas a sua história; e, mais especificamente, da sua fundação (nascimento) até os seus 15 anos (*début*). Ou seja, a pesquisa tem como corte temporal o período de 1996 a 2011. Por isso, registramos a história do CAPS a partir das narrativas das pessoas que por lá passaram no referido período, sem abordar pessoas e o contexto do serviço no tempo presente.

### 2.2.3 Sujeitos

Alberti (2005) afirma que a escolha dos entrevistados depende dos objetivos da pesquisa. Nesse sentido, considerando que o objetivo da pesquisa é de âmbito abrangente – registrar a história oral do serviço a luz das narrativas das pessoas que por lá passaram – o universo de entrevistados pode ser, da mesma forma, bastante amplo.

No caso, abordamos sujeitos dos diferentes segmentos: profissionais, gestores, usuários, familiares e demais atores importantes, na tentativa de selecionar pessoas de diferentes posições que tenham feito parte da história do CAPS e contemplando, pelo menos, uma pessoa de cada segmento com o objetivo de abranger diferentes perspectivas sobre a história registrada.

Assim, a partir do conhecimento prévio do tema e dos documentos levantados, identificamos entrevistados dos diferentes segmentos:

- Profissionais: trabalhadores/as que compuseram a primeira equipe, trabalhadores/as que mais tempo ficaram no serviço, trabalhadores/as de diferentes categorias profissionais; trabalhadores/as com importante atuação política
- Gestores/as: secretário/a de saúde da época de criação e fundação do CAPS, gestor/a responsável pela área da saúde mental no município, primeiro/a coordenador/a do CAPS;
- Usuários/as: primeiro/a usuário/a do serviço, usuários/as que mais tempo ficaram no serviço, usuários/as com importante atuação política;

- Familiares: familiares que estiveram mais envolvidos com o serviço e/ou com a associação de usuários e familiares, familiares com importante atuação política
- Demais atores: pessoas que não se enquadram nos segmentos acima, mas que tiveram relevante papel na história do serviço, como professores/as universitários, supervisores/as clínico-institucionais, parceiros/as e/ou voluntários/as.

Vale registrar que, no decorrer da coleta de dados, os entrevistados também puderam indicar outros possíveis sujeitos de pesquisa, antes desconhecidos. Assim, a pesquisa contou com a participação de 11 sujeitos: 3 gestores/as, 2 profissionais, 3 usuários, 1 familiar e 2 professores/profissionais.

#### **2.2.4 Considerações Éticas**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovada sob o parecer de número 2.471.790 e está em consonância com a Resolução n. 510/2016 do CNS. Todos os sujeitos concordaram e assinaram três documentos referentes à participação na pesquisa: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (Apêndice B) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagem (Apêndice C). Os termos informam ao participante sobre o objetivo da pesquisa e os possíveis prejuízos e benefícios.

#### **2.2.5 Coleta de dados**

Conforme o Manual de História Oral (2005), existem dois tipos de entrevistas possíveis: entrevista temática e entrevista de história de vida. Apesar das diferenças, ambos os tipos de entrevistas têm “como eixo a biografia do entrevistado, sua vivência e sua experiência” (p. 38).

Considerando que a presente pesquisa pretendeu registrar a história do CAPS e, por consequência, a história da Reforma Psiquiátrica local, a partir da narrativa de atores de diferentes posições, não tendo como foco toda a sua trajetória de vida, mas a sua contribuição no processo histórico em questão; o tipo de entrevista utilizado foi a entrevista temática. Ou seja, tipo de entrevista que versa sobre a participação do entrevistado no tema, de modo que o

tema possa, de alguma forma, ser “extraído” da trajetória mais ampla daquele sujeito (ALBERTI, 2005). Participação, vivência e testemunho individual que conformam uma memória da coletividade, pois, como afirmam Matos e Senna (2011): “a história oral utiliza como fonte a memória de um testemunho para a compreensão de uma sociedade” (p. 101).

Isto é, o objetivo não foi coletar uma história oficial e/ou institucional do serviço e da Reforma Psiquiátrica no município; pelo contrário, o que nos interessou foi compreender a história à luz das experiências individuais e dos significados que cada um dá a ela.

Alberti (2005) ainda fala que as entrevistas temáticas podem levar de uma a mais sessões, com duração de duas a seis horas, procurando contemplar caracterizar quem fala e porque optou pela trajetória que o levou a participar do tema.

Assim, foi feito contato com os sujeitos de pesquisa por telefone e/ou endereço eletrônico para agendar dia, horário e local mais propícios para a realização da entrevista, conforme disponibilidade do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro pré-elaborado (Apêndice D) e com o auxílio de materiais sobre o CAPS e a Reforma Psiquiátrica em Florianópolis (fotos, informativos...) do acervo pessoal da pesquisadora e dos entrevistados e de demais materiais coletados previamente de fontes já existentes, de domínio público. Em se tratando de história oral, as entrevistas tiveram um caráter mais de depoimentos, narrativas, com perguntas disparadoras centradas na experiência do sujeito no tema em questão.

Foram realizadas 11 entrevistas com tempo médio de 1h30min cada uma, sempre em dia, hora e local definidos pelos/as entrevistados/as. As entrevistas foram filmadas e gravadas com a devida autorização dos participantes da pesquisa (Apêndices A e B); realizadas pela pesquisadora e gravadas pelo técnico de audiovisual contratado.

Nas entrevistas, primeiro coletamos os dados de identificação dos entrevistados. Iniciando propriamente, realizamos as primeiras três perguntas do roteiro: “*Como você começou no CAPS?*”, “*Qual é sua história em relação à ele?*” e “*Conte os fatos marcantes da sua vida no CAPS*”. No intuito de ajudar o entrevistado a ativar suas lembranças e memórias, em seguida, fornecemos o material impresso organizado, cronologicamente, em pastas-catálogo para livre manuseio; momento onde os entrevistados, ao manusear o material, contavam suas histórias e experiências no serviço. Finalizamos com a última pergunta do roteiro: “*O que é o CAPS para você atualmente?*”.



### 2.2.6 Análise de dados

A organização e análise dos dados das entrevistas foi feita à luz da análise de conteúdo. Campos (2004) tenta sistematizar o que seria um “passo a passo” desse método de análise dos dados coletados a partir da contribuição dos diversos autores:

1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas: é a fase de uma leitura flutuante, sem compromisso objetivo, de um contato totalizante e global com as ideias;

2) Seleção das unidades de análise: nessa fase, o autor lembra que o pesquisador deve ser orientado a partir das perguntas que a pesquisa pretende responder. Assim, entre “objetivos do trabalho, teorias e intuições do pesquisador emergem as unidades de análise” (p. 613), que se materializam como temas, a partir de recortes do texto;

3) Processo de categorização e subcategorização: as categorias são grandes enunciados que abarcam um número variável de temas e que podem ser apriorísticas, categorias pré-definidas, ou não apriorísticas, que emergem do material coletado.

As três etapas da análise de conteúdo também são apresentadas por Câmara (2013), à luz do pensamento de Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Câmara (2013) complementa a sistematização anterior lembrando que, na primeira fase, é preciso que o pesquisador obedeça as regras de exaustividade; representatividade; homogeneidade; pertinência e exclusividade. Na segunda fase, adotam-se os procedimentos de codificação, classificação e categorização. Por fim, a fase de tratamento dos resultados é o momento das inferências e interpretações (CAMARA, 2013).

Assim, pudemos registrar a história do CAPS II Ponta do Coral, dando voz aos diferentes atores que construíram essa história, construindo uma história coletiva a partir da experiência de cada um e (re)significando as suas vivências, por meio de “uma metodologia que congrega o **espectro singular** nelas incluso” (CAMARA, 2013, p. 180).

No decorrer das entrevistas, já era possível visualizar fatos marcantes da história do CAPS que se repetiam, curiosidades específicas de um/a e outro/a entrevistado/a, os temas de maior importância para cada entrevistado/a, a história do CAPS desde a perspectiva de cada um e as diferentes fases do serviço.

A partir disso, foi possível dividir a história dos 15 anos do CAPS nos 5 períodos abaixo:

**1) Pré CAPS (até 1995):** antecedentes da criação do CAPS; as condições que levaram à criação o CAPS; o contexto social prévio a criação do CAPS; elaboração do projeto do serviço.

**2) De 0 a 6 anos (1996 a 2002):** início do atendimento em espaço improvisado; composição da primeira equipe; definição do projeto terapêutico do serviço; mudança para o casarão da Agrônômica; viagem da equipe a Santos; parceria com as universidades; implantação da Associação de Usuários; viagem da equipe e usuários ao Encontro do MNLA; militância de profissionais e usuários: associação de usuários, conselho municipal de saúde, fórum catarinense de saúde mental, movimento nacional da luta antimanicomial; iniciativas de geração de renda; participação de profissionais e usuários em eventos científicos, culturais e políticos; mudança do nome de NAPS para CAPS

**3) De 7 a 12 anos (2003 a 2008):** saída da coordenadora do serviço para o ministério da saúde; divisão e rodízio da coordenação entre os profissionais da equipe; parceria com as universidades; relevantes produtos acadêmicos fruto da parceria serviço e universidade; atualização do projeto terapêutico do serviço; viagem da equipe e usuários ao Encontro do MNLA; militância de profissionais e usuários: associação de usuários, conselho municipal de saúde, fórum catarinense de saúde mental, movimento nacional da luta antimanicomial, colegiado de políticas de atenção psicossocial da secretaria de estado de saúde; iniciativas de geração de renda; participação de profissionais e usuários em eventos científicos, culturais e políticos; supervisão clínico-institucional, reforma do CAPS (CAPStelo), mudança de profissionais da equipe

**4) De 13 a 15 anos (2009 a 2011):** mudança na coordenação do serviço por ingerência da gestão, pela primeira vez com chefia indicada e de fora da equipe; reestruturação da rede de saúde mental do município; conflitos entre profissionais e gestão da saúde mental; relocação de quatro profissionais do serviço para outras secretarias, com a diminuição do número de profissionais; intervenção da gestão no serviço; Associação de Usuários quase inativa.

**5) Pós CAPS (atualmente):** significado do CAPS para os entrevistados atualmente.

A partir dessa periodização da história, o vídeo foi sendo construído em 5 partes: síntese 1 (até 1995), síntese 2 (de 0 a 6 anos), síntese 3 (de 7 a 12 anos), síntese 4 (de 13 a 15 anos) e síntese 5 (atualmente). Com isso, e o material bruto coletado, assistimos a cada entrevista, com o apoio do instrumento de registro abaixo:

Quadro 2: Instrumento de seleção das cenas por período

<b>Entrevistado: Identificação:</b>		
<b>Cenas Síntese 1 (Pré CAPS – até 1995)</b>		
Vídeo	Marcação tempo	Assunto
<b>Cenas Síntese 2 (de 0 a 6 anos do CAPS – de 1996 a 2002)</b>		
Vídeo	Marcação tempo	Assunto
<b>Cenas Síntese 3 (de 7 a 12 anos do CAPS – 2003 a 2008)</b>		
Vídeo	Marcação tempo	Assunto
<b>Cenas Síntese 4 (de 13 a 15 anos do CAPS – 2009 a 2011)</b>		
Vídeo	Marcação tempo	Assunto
<b>Cenas Síntese 5 (Pós CAPS – atualmente)</b>		
Vídeo	Marcação tempo	Assunto

Fonte: elaborado pela autora

Assistido todo material, com o respectivo preenchimento do instrumento de registro, o HD e a seleção das cenas foram entregues para o técnico fazer a primeira edição. Essa fase, então, consistiu em agrupar as falas dos 11 entrevistados por síntese, além de “limpar” os momentos de silêncio prolongado e falas fora do contexto da entrevista.

A primeira edição resultou no material agrupado por síntese, ainda com muitas horas de entrevistas; pois o objetivo principal dessa edição foi periodizar as falas, sem fazer cortes de conteúdo. Esse trabalho já pôde localizar a participação de cada entrevistado na história do CAPS e a importância de determinados temas para cada um, na medida em que nem todos os entrevistados apareceram em todas as sínteses.

Para a segunda edição, assistimos a todas as sínteses, agora, com o intuito de agrupar as falas por assunto em cada síntese. Ao assistir as entrevistas foi possível identificar assuntos-chave (que, por exemplo, ou se repetiam entre os entrevistados, ou o entrevistado dava muita ênfase) que foram sendo agrupados e registrados nos instrumentos abaixo:

Quadro 3: Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 1 (período pré CAPS - até 1995)

<b>ASSUNTO</b>	<b>MAN</b>	<b>FLA</b>	<b>TA</b>	<b>FEL</b>	<b>JA</b>
<b>Contexto SUS</b>					
<b>Contexto SC</b>					



<b>MNLA</b>											
<b>Caminhada OL</b>											
<b>GUIDA</b>											
<b>Oficinas</b>											
<b>Geração renda</b>											
<b>Visita domiciliar</b>											
<b>Divulgação</b>											
<b>Supervisão</b>											
<b>Formação Universidade</b>											
<b>Gestão Assembleia</b>											
<b>Reforma CAPStelo</b>											
<b>Niver CAPS Festa 10 anos</b>											
<b>Rede</b>											

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 6: Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 4 (período de 13 a 15 anos - 2009 a 2011)

<b>ASSUNTO</b>	<b>TA</b>	<b>FEL</b>	<b>NO</b>	<b>MAR</b>	<b>FER</b>	<b>CI</b>
<b>Mudanças CAPS</b>						
<b>Gestão</b>						
<b>Eventos</b>						

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 7: Instrumento de seleção das cenas por assunto da síntese 5 (período pós CAPS - atualmente)

<b>ASSUNTO</b>	<b>MAN</b>	<b>FLA</b>	<b>TA</b>	<b>FEL</b>	<b>NO</b>	<b>MAR</b>	<b>JEF</b>	<b>JA</b>	<b>FER</b>	<b>NI</b>	<b>CI</b>
<b>Significado CAPS</b>											

Fonte: elaborado pela autora

Assistido todo material, com o respectivo preenchimento do instrumento de registro, o HD e a seleção das cenas foram entregues para o técnico fazer a segunda edição. Essa fase, então, consistiu em agrupar os assuntos em cada síntese, além de “limpar” as falas da pesquisadora.

Para a terceira edição, foi necessário escrever um roteiro do vídeo, dando, agora, formato de um filme mesmo, com início, meio e fim; encadeando as sínteses numa sequência; e, em cada uma das sínteses, sequenciando, também, as falas dos entrevistados; além de começar a fazer maiores cortes de conteúdo. Na construção do roteiro, também foi sendo possível vislumbrar músicas, imagens, documentos e fotos que poderiam ser utilizados, na medida em que a ideia do filme foi ganhando corpo. Abaixo, o roteiro final do vídeo, depois de, pelo menos, três versões:

## ROTEIRO VIDEO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO**  
**PSICOSSOCIAL**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**  
**APRESENTA**

**DO NASCIMENTO AO DÉBUT: CONTANDO HISTÓRIAS SOBRE OS 15**  
**ANOS DO CAPS II PONTA DO CORAL**

- O vídeo começa com cenas de hospitais psiquiátricos, de preferência da própria Colônia Santana, com a música Sufoco da Vida ao fundo. (arquivo: fotos manicômios)

- Fala do Manoel Américo com a história da visita ao hospital

Imagens e histórias que não podem ser esquecidas e já há muito registradas em obras como o filme “Em Nome da Razão”, de Helvécio Ratton (1979) e o livro “Nos Porões da Loucura” de Hiran Firmino (1982).

- Inserir imagens dessas obras ao cita-las (arquivo: imagens obras)

Em que pese essas histórias sombrias da humanidade, também já podemos contar histórias com outro teor, fruto dos anos de Reforma Psiquiátrica implantada no Brasil. Diferentes histórias, em diferentes versões, por diferentes perspectivas, mas, acima de tudo, histórias de liberdade, vínculo, respeito e acolhimento. Nem sempre alegres e bem sucedidas – pelo contrário, misto de alegria e tristeza, vitórias e derrotas, avanços e retrocessos – mas sempre por uma causa maior: Por uma Sociedade sem Manicômios!

- Inserir imagens de CAPS, Reforma e Luta Antimanicomial pelo Brasil enquanto o texto acima é narrado. (arquivo: caps, luta, reforma)

E com todos esses elementos, começamos a história do CAPS II Ponta do Coral de Florianópolis/SC...

### *A gestão do CAPS*

- Fala do Flavio
- Fala de Tania
- Fala do Felipe – só áudio, mostrando imagens do projeto

<b>de 1996 a 2002</b>
-----------------------

***Início dos atendimentos em março de 1996***

- Fala do Marquito
- Fala da Tania
- Fala da Noris
- Fala da Tania – inserir imagens da ponta do coral

***Equipe***

- Fala da Tania – inserir imagens da equipe
- Fala da Noris

***A função do CAPS***

- Fala da Tania
- Fala do Nilo
- Fala da Tania - inserir foto de Antonio Lancetti quando a Tania fala dele
- Fala de Felipe

Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos, evitar internações, direitos dos usuários, capacidades, liberdade, serviço aberto e reversão de modelo; são PRINCÍPIOS que fundamentam a prática do CAPS II Ponta do Coral e que podem ser vistos nas atividades do serviço

- Fala do Marquito
- Fala do Fernando
- Inserir imagens do grupo, das peças, da viagem a SP
- Fala do Marquito - Inserir foto do jornal que aparece o grupo quando o Marquito faz referência ao novo nome do grupo.

***Oficinas***

- Fala da Noris
- Fala do Felipe – só áudio, inserir as fotos das oficinas
- Fala da Tania
- Fala do Jailson
- Fala da Noris

***Letras Doidas***

- Fala do Jailson
- Fala de Felipe
- Inserir as imagens do jornal enquanto eles falam

***Associação dos Usuários***

- Falas de Felipe
- Fala do Nilo – inserir imagem do logotipo da associação
- Fala do Manoel
- Fala da Tania
- Fala do Fernando – inserir imagem da poesia do jornal.

***Dia Nacional da Luta Antimanicomial: dia 18 de maio***

- Fala do Felipe
- Fala da Noris
- Inserir fotos e jornal letras doidas do 18 de maio e das festas das máscaras enquanto eles falam

***Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA***

- Fala do Felipe
- Fala do Fernando
- Fala do Manoel
- Inserir fotos e jornal letras doidas dos encontros do movimento enquanto eles falam

As atividades do CAPS e a militância de profissionais e usuários/as falam sobre a relação entre eles e a convivência ali estabelecida. É o CAPS como um espaço de CONVIVÊNCIA.

- Fala do Cicero
- Fala do Jailson
- Fala do Marquito

***Convivência com os internos do HCTP***

- Fala do Felipe
- Fala do Cicero
- Fala do Nilo

E também tinha a convivência com os vários estudantes e outros profissionais que passaram pelo CAPS no seu processo formativo. É o CAPS como espaço de FORMAÇÃO.

- Fala de Tania



- Fala do Felipe
- Fala de Nilo
- Fala do Jailson

***A gestão no CAPS e na secretaria***

- Fala da Noris
- Fala do Fernando
- Fala da Tania

<b>de 2003 a 2008</b>
-----------------------

- Fala de Manoel - Inserir foto de jornal que fala da reforma e foto da placa da inauguração de 2004

***Mudanças na equipe***

- Fala da Noris
- Fala do Fernando
- Fala do Jeferson

***Nova peça de teatro***

- Fala do Jailson - inserir imagens da peça Surtos ou Manual da Internação Involuntária enquanto ele fala

***Mais oficinas***

- Fala de Jeferson
- Fala da Noris – inserir foto do manual do caps
- Fala do Jailson
- Fala do Cicero – inserir foto da obra de Andre

***Caminhada do Orgulho Louco***

- Fala do Jeferson
- Fala do Nilo
- Fala do Fernando
- Explorar fotos e cartaz do evento durante a fala deles

***Supervisão clínico-institucional***

- Fala do Jeferson
- Fala do Felipe - inserir imagens do projeto da supervisão

- Fala da Noris

***Mudanças na gestão***

- Fala do Felipe
- Fala do Jeferson

<b>de 2009 a 2011</b>
-----------------------

- Fala do Felipe - Inserir imagem da reestruturação da rede de Evelyn e Sonia

***Conflitos de 2010***

- Fala do Fernando

***Efeitos das mudanças***

- Fala do Cicero
- Fala do Marquito
- Fala da Tania

São 15 anos de uma história que extrapola a história de um simples serviço, ou a história oficial de uma instituição com dados e números; é uma história de vida, e de vidas, que deram suas vidas para construir um espaço de convivência, criar forças para luta, fazer laço social e transformar a realidade.

Uma história que começa um tanto romântica, com a paixão dos ideais e o afã da veia inventiva do que estaria por vir com o novo serviço e novas experiências, passando por anos de auge, funcionando como modelo e referencia, mas que termina (aqui, pelo menos) com a transformação ao contrário - parafraseando Estamira - com embates com a gestão que produziram a transferência de profissionais que tinham a logica antimanicomial, baseada em argumentos que reproduzem a noção do louco como alguém incapaz e alienado e promovendo a ambulatorização do CAPS.

Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado apresentado à banca do programa de pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional) do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

**Área de Concentração:** Atenção e Reabilitação Psicossocial

**Linha de pesquisa:** Políticas, Sistemas, Programas e Serviços de Saúde Mental

**Orientador:** Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Magda do Canto Zurba

**Mestranda:** Lívia Maria Fontana

**Técnico de filmagem e edição:** Sandro Machado

**Entrevistados/as em ordem alfabética:**

Cícero Vilela Sobreira – Familiar  
 Felipe Faria Brognoli - Profissional (Psicólogo)  
 Fernando Spinato – Usuário do CAPS  
 Flávio Magajewski - Gestor (Secretário de saúde)  
 Jailson Luiz Belli – Usuário do CAPS  
 Jeferson Rodrigues – Professor UFSC / Profissional (Enfermeiro)  
 Manoel Américo Barros Filho - Gestor (Secretário de Saúde)  
 Marcos Eduardo Rocha Lima (Marquito) – Professor UFSC / Profissional (Psicólogo)  
 Nilo Marques de Medeiros Neto – Usuário do CAPS  
 Noris Fernandes Stone - Profissional (Psicóloga)  
 Tânia Maris Grigolo - Gestora (Coordenadora do CAPS)

**Trilha Sonora**

“Sufoco da vida”

Hamilton Assunção

“A roda viva na moeda”

Jailson Luiz Belli e Ian Jacques

O vídeo não tem fins comerciais e as imagens e músicas utilizadas são para uso exclusivamente acadêmico, em ambiente restrito.

**Agradecimentos**

Agradeço a cada um/a dos/as participantes da pesquisa que concordaram em conceder entrevista e autorizar o uso de imagem e áudio para produzirmos esse registro histórico-político em alto e bom som e a cores.

Agradeço a minha amiga Christina de Salles Juchem que sempre esteve prontamente disponível para ler e assistir o material e dar palpite.

Agradeço a profa. Dra. Magda do Canto Zurba por ter me acolhido nos momentos de angústia enquanto coordenadora do programa e depois por ter insistido em mim e aceitado a co-orientação.

Agradeço ao amigo e técnico de audiovisual Sandro Machado por ter topado me acompanhar em todo o processo.

Por fim, agradeço ao CAPS II Ponta do Coral, representado pelos/as seus/uas profissionais e usuários/as; lugar onde eu, literalmente, encontrei o AMOR.

## A HISTÓRIA NÃO ACABA AQUI

### Créditos das imagens e vídeos

Vale ressaltar que, na fase de escrita do roteiro, até a sua versão final, levamos em conta, principalmente, o foco que queríamos dar à narrativa e à mensagem que queríamos passar com o vídeo, bem como, o tempo máximo de 60 minutos de filme para não ficar algo muito longo e enfadonho. Considerando esses aspectos, não incluímos o material da síntese 5 no vídeo, uma vez que o conteúdo dessa síntese não se referiu a algum período histórico específico, mas ao significado do serviço para os/as entrevistados/as. Entendemos que a história dos 15 anos do CAPS II estava contemplada da síntese 1 a 4.

Roteiro finalizado, com as devidas marcações de tempo das falas registradas, o técnico fez a terceira edição do vídeo. Enquanto isso, partimos para a fase da seleção de objetos: imagens, músicas, fotos, documentos; todo o material que foi inserido no vídeo

Essa última fase em que a narrativa foi ganhando corpo e a mensagem ficando mais clara, foi assistida e editada muitas vezes, inclusive por pesquisadora e técnicos juntos, produzindo cortes de conteúdos finais, até chegar ao produto final. Com o filme pronto, o técnico colocou legenda nas falas, legenda de identificação dos/as entrevistados/as, ficha técnica do vídeo e créditos do material utilizado.

Vídeo concluído, fizemos contato com todos/as os/as entrevistados/as para informar a finalização do filme, enviar o link de acesso ao vídeo para que todos assistissem e, após a aprovação deles/as, pegar suas assinaturas no termo de autorização do vídeo editado (Apêndice C).

## 2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O vídeo contou a história dos 15 anos do CAPS II Ponta do Coral, revelando 4 períodos históricos:

- **Antes:** da atenção à saúde mental no modelo manicomial às condições para a criação do CAPS e os primeiros passos com aquisição de recursos humanos e materiais e elaboração do projeto
- **De 1996 a 2002:** da paixão dos ideais e do afã da veia inventiva do novo serviço e novas experiências

- **De 2003 a 2008:** do auge do serviço, funcionando como modelo e referência; mas, começando as mudanças na equipe e, ao final do período, enfrentando o início dos embates serviço x gestão

- **De 2009 a 2011:** da reestruturação da rede de saúde mental, das mudanças no CAPS e na gestão e os efeitos dessas mudanças e da transformação do serviço

História que revelou um CAPS potente, como um serviço substitutivo e inovador, que, a luz do paradigma Psicossocial:

- Considerava a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito, sujeito de direitos, protagonista e participante do seu tratamento, oferecendo um leque de possibilidades a partir de uma equipe interdisciplinar e coesa, garantindo a integralidade do cuidado desde a clínica à política (objeto e meios de trabalho);

- Caracterizava-se como um dispositivo clínico baseado em relações de poder horizontais, no afeto e na convivência e como um espaço democrático (dispositivo institucional);

- Estabelecendo relações a partir do diálogo e da interlocução, garantindo a liberdade e o protagonismo do/a usuário/a (relacionamento com a clientela);

- Pautado pela ética da singularização, almejando a implicação e singularização do sujeito (efeitos terapêuticos e éticos).

Um CAPS que aliava clínica e política, cuidado e militância, promovendo vida a partir da participação de diferentes atores: profissionais, usuários/as, familiares e, por um bom tempo, gestores/as. Características essas que ficam bem evidentes nos dois primeiros períodos do serviço (de 96 a 08). Em 12 anos de CAPS, muita coisa aconteceu:

- Das distancias longínquas das grandes colônias, para ser vizinho do governador;
- De um projeto no papel, para um serviço com vida;
- Do atendimento heterogêneo a qualquer público, para a atenção às pessoas adultas em sofrimento psíquico grave;

- Das oficinas produtivas do serviço para a geração de renda pela Associação dos Usuários;

- Da supervisão voluntária ou a custo da própria equipe, para o financiamento federal da atividade;

- Da organização dos/as usuários/as no serviço para representação em conselhos e atos de repercussão nacional.

Entretanto, mudanças na equipe com importantes divergências técnica-política-ideológicas e mudanças na gestão central (coordenação de saúde mental, secretaria de saúde e prefeitura), com a reestruturação da política de saúde mental do município, implicaram em: “*tudo o que ele havia construído, infelizmente foi desfeito, infelizmente foi desfeito*” (Cícero – familiar)

Nos últimos três anos do período estudado:

- Profissionais com a lógica manicomial foram trabalhar no CAPS;
- Profissionais com forte cultura médica assumiram cargos de controle na gestão;
- A gestão do serviço deixou de ser com profissionais da própria equipe;
- A direção, o projeto e a lógica do serviço passou a ser mais ambulatorial do que de CAPS.

Tais mudanças e os embates político-ideológicos com a gestão, culminaram nos conflitos de 2010 com a transferência de profissionais, a diminuição de usuários/as no serviço, a mudança no perfil dos/as usuários/as, o afastamento de familiar e, por consequência, na mudança do modelo de atenção.

São 15 anos de uma história que foi caracterizada como “do nascimento ao *début*” devido ao recorte cronológico do ano zero aos 15 anos, mas que, do ponto de vista qualitativo do serviço, podemos chamar “do auge ao declínio”.

### 3 CONCLUSÃO

O vídeo-documentário “Do nascimento ao *début*: contando histórias sobre os 15 nos do CAPS II Ponta do Coral” cumpriu o objetivo de registrar a história do serviço, como um compromisso ético-político da produção historiográfica. Um compromisso não com as estatísticas e com “a” verdade, mas com o reconhecimento e a valorização das pessoas que fizeram parte dessa história, a partir da verdade de cada um, de suas experiências, vivências e significados.

Uma história contada que permitiu compreender o que é o processo social complexo que chamamos de Reforma Psiquiátrica em nível local: as condições que engendraram a criação do serviço; os limites e possibilidades na empreitada de reversão do modelo de atenção; o compromisso de gestores/as e profissionais, seja com a Reforma Psiquiátrica (como nos primeiros períodos), seja com a lógica manicomial (como no final da história); e os efeitos disso para usuários/as e familiares.

O registro dessa história e desse recorte temporal dos 15 anos do serviço, abre a possibilidade de novas produções científicas, seja por diferentes versões da história ou pela continuidade dela, até o momento atual do serviço. Afinal, a história continua...

O produto final, que é o vídeo, pode ser acessado no link a seguir:  
<https://youtu.be/UvYE0FM9-AY>

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. Manual de História Oral. **Rio de Janeiro: Editora FGV, 3ª ed., 2005, 236 p.**
- ALVES, D. S. N.; SILVA, P. F. da; COSTA, N. do R. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Medwave**, vol. 12, n. 10, out/2012.
- AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed., 1995, 136 p.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio-ago/2001
- AMARANTE, P. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: \_\_\_ AMARANTE, P. (org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro: WLS Editora, 2003.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; COSTA, A. M. **Diversidade cultural e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- BIBLIOTECA PAULO DE CARVALHO MATTOS. **Texto didático: Tipos de revisão de literatura**. Botucatu: UNESP, 2015.
- BORGES, V. T. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr-jun/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BROGNOLI, F. F. **Saúde mental e Reforma Psiquiátrica: avanços, retrocessos, impasses e possibilidades**. In: \_\_\_ KAMERS, M.; MARCON, H. H.; MORETTO, M. L. T. (orgs). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta, 2016, p. 400.
- CAMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), 179-191, jul-dez/2013.
- CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 57(5):611-4, set-out/2004.



CARRARA, S. L. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 20(1): 16-29, 2010.

COSTA, N. do R; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F. da; MOLINARO, A. A. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.12, dez/2011.

COSTA-ROSA, A. da. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: \_\_\_ AMARANTE, P. (org.) Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In: \_\_\_ AMARANTE, P. (org). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro: WLS Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. da. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DAVID, P. História Oral: Metodologia do Diálogo. **Patrimônio e Memória**. São Paulo, Unesp, v. 9, n. 1, p. 157-170, jan-jun/2013.

FIDELIS, P.; SANTOS, N. S. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, vol. 21, n. 3, sep/2001.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015, 90 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 4ª ed., 2002.

GONÇALVES, M. de S.; EDLER, F. C. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, jun/2009.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572 – 586, 2012.

LIMA, A de A.; HOLANDA, A. F. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004 – 2009). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 2, 2010.

- LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 2, 4590-4602, 2011.
- LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan-mar/2010.
- MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan-jun/2012.
- MATOS, J. S.; SENNA, A. K. de. História Oral como Fonte: problemas e métodos. **Historiæ**, Rio Grande, 2 (1): 95-108, 2011.
- MELLO E SOUZA, L. de. Por que estudar História? **A Folha do Gragoatá**, Niterói, 2012. Disponível em: [http://afolhadogragoata.blogspot.com.br/2012/04/por-que-estudar-historia-laura-de-mello\\_09.html](http://afolhadogragoata.blogspot.com.br/2012/04/por-que-estudar-historia-laura-de-mello_09.html). Acesso em: 10 de agosto de 2017.
- ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set-dez/2005.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 4, 2067-2076, 2011.
- PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A da. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 21, n. 4, ou-dez/2012.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.12, dez/2011.
- RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 24 (3), 92-99, 2004.
- RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun/2008.
- SANTOS, A. L. G. DO; FARIAS, F. R. de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, 17(3), 515-527, set/2014.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan-abr/2002.
- SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. da. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, abr/2017.

VASCONCELOS, E. M. (org). **Abordagens Psicossociais, volume II: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, 335 p.

VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia & Sociedade**, 26(n. spe.), 222-234, 2014.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B.; CATRIB, A. M. F.; BEZERRA, I. C.; FRANCO, T. B. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 20, n. 57, abr-jun/2016.

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa que tem como título “**Do Nascimento ao Début: Contando Histórias sobre os 15 Anos do CAPS II Ponta do Coral**”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Lívia Maria Fontana do programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Esta pesquisa tem como objetivo registrar, em formato audiovisual, a história do CAPS II Ponta do Coral do município de Florianópolis/SC a partir da narrativa dos seus diferentes atores: gestores, profissionais, usuários, familiares e demais atores. Sabemos que o CAPS II Ponta do Coral foi o primeiro serviço substitutivo da rede pública municipal de saúde e caracterizou-se como o locus da Reforma Psiquiátrica no município por um longo período, pois estava construído com base nas propostas da Reforma à época; pela história de militância e mobilização de seus atores, pelo seu papel de formação de recursos humanos; por trazer o movimento social nacional para o município; e por ter colocado o debate da Reforma Psiquiátrica em Florianópolis.

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista aberta em um horário, dia e local mais convenientes para você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas na entrevista, bem como, caso queira desistir do estudo está livre, sem nenhum tipo de ônus e nem será constrangido por sua decisão. A entrevista será filmada e gravada para posterior edição de material audiovisual.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para a produção do registro histórico do CAPS II Ponta do Coral, fazendo parte dessa história e valorizando a sua contribuição para esse processo histórico.

Destacamos que, durante a entrevista, poderemos abordar determinados assuntos, que podem proporcionar-lhe instantes desagradáveis. Mas você tem toda liberdade para agir de acordo com o que achar conveniente, sem que isso seja tomado como um problema. Segue alguns possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários;

constrangimento ao expor aspectos de sua privacidade, ou emissão de juízo de valor durante a entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação das filmagens; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho, e/ou do atendimento recebido no serviço. Como contrapartida e apoio, caso você identifique que exista a necessidade, todo o auxílio psicológico será disponibilizado. Neste caso, a pesquisadora pode oferecer assistência psicológica, uma vez que ela mesma é psicóloga e inscrita no Conselho Regional de Psicologia do estado de Santa Catarina sob o número 12/06112.

Atendendo aos pressupostos teóricos da metodologia da história oral, informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados brutos levantados em pesquisa e tomarão todas as providências necessárias, para evitar manipulações e distorções dos sentidos de uso dos relatos coletados, apontados neste projeto de pesquisa, resguardados nos objetivos, metodologia e pressupostos teóricos. Por isso, os relatos coletados não editados na forma de filmagem ficarão depositados sob a guarda no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - ENSP/FIOCRUZ.

Porém, a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado à você, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas. O produto final, um vídeo editado que relata a história do CAPS II Ponta do Coral, será amplamente divulgado após a autorização do uso das imagens selecionadas, aceito e assinado em termo específico apontado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagem, anexado.

Conforme os fundamentos da metodologia da história oral, que se preocupa em dar visibilidade aos sujeitos na história, valorizaremos seus relatos, identificando seus nomes e imagens, se isso lhe for conveniente e aceito e assinado em termo específico apontado no Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações, anexado. De modo que sua visibilidade,

através de sua imagem ou conteúdo textual, nunca será utilizada no intuito de o constranger ou o expor de forma negativa ou que o coloque em situação vexatória perante seus familiares, grupos a que pertença ou a sociedade em geral. Muito pelo contrário, será tomado como sujeito ativo da história valorizando a sua contribuição na história do CAPS e da Reforma Psiquiátrica no município.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos, ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2018 na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, participar da apresentação.

Sinta-se absolutamente a vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Portanto, se acontecer algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 do CNS, de 07/04/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: (48) 99924-9137, e-mail: [liviafontana@gmail.com](mailto:liviafontana@gmail.com) e endereço profissional: Av. Pequeno Príncipe, 2859, Campeche, Florianópolis/SC. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética

em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone: (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br e endereço: Prédio Reitoria II - Rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas. Informamos, ainda, que você poderá ter acesso ao registro do consentimento, sempre que solicitado.

Eu, \_\_\_\_\_, RG, \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Autorizo o desenvolvimento da pesquisa conforme a metodologia proposta, assim como o uso da minha imagem gravada em vídeo ao longo da realização de uma entrevista, uma vez que fui informado e esclarecido acerca do objetivo da pesquisa, assim como dos procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes dela.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Dr

\_\_\_\_\_  
[pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com)

Lívia Maria Fontana

\_\_\_\_\_  
[liviafontana@gmail.com](mailto:liviafontana@gmail.com)

**APÊNDICE B – Consentimento para fotografias, vídeos e gravações**

Eu, \_\_\_\_\_,

permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham:

( ) gravação de áudio e imagem, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras, periódicos científicos e produção de material audiovisual. Também concordo que a minha pessoa possa ser identificada, por nome ou qualquer outra forma. As gravações dos dados coletados ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da

pesquisa:

\_\_\_\_\_

RG:

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Dr



---

pauloamarante@gmail.com

Livia Maria Fontana

---

liviafontana@gmail.com

## APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagem



Em um primeiro momento foi solicitado a você a colaboração em uma entrevista registrada em vídeo para a realização da pesquisa intitulada “**Do Nascimento ao Début: Contando Histórias sobre os 15 Anos do CAPS II Ponta do Coral**”, e realizada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste segundo momento, identificamos a possibilidade de utilizar a sua contribuição para a edição de um vídeo, com o intuito de produzir um registro histórico.

Isso implica no uso e divulgação da sua imagem. Você não precisará fornecer nova entrevista, nem oferecer novas contribuições, apenas pede-se que autorize a divulgação da edição da entrevista realizada anteriormente.

Os benefícios em participar desta etapa são o seu reconhecimento e valorização na construção e participação na história do CAPS II e da Reforma Psiquiátrica em Florianópolis. Os riscos consistem na exposição de sua imagem.

Novamente, não há obrigatoriedade em participar desta etapa, e a qualquer momento você pode entrar em contato com a pesquisadora e retirar este consentimento, solicitando que a sua imagem também seja suprimida da edição final do vídeo. A pesquisadora não oferece recompensas materiais à participação, nem ressarcimento ou qualquer tipo indenização, apenas a retirada do material disponibilizado através deste termo mediante solicitação. Este termo será entregue para assinatura em duas vias, uma das quais permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

Caso não queira participar, não haverá nenhum prejuízo para você. E se houver alguma dúvida ou necessidade de esclarecimentos adicionais, estamos à disposição através dos contatos indicados ao final deste termo.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
mediante este documento, autorizo o desenvolvimento da pesquisa através da edição e utilização da minha imagem em vídeo, uma vez que fui informado e esclarecido acerca do

objetivo da pesquisa, assim como dos procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes dela.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Dr

\_\_\_\_\_  
[pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com)

Lívia Maria Fontana

\_\_\_\_\_  
[liviafontana@gmail.com](mailto:liviafontana@gmail.com)

**APÊNDICE D – Roteiro da entrevista****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Residência atual: \_\_\_\_\_

1. Como você começou no CAPS?
2. Qual é sua história em relação à ele?
3. Conte os fatos marcantes da sua vida no CAPS.
4. O que é o CAPS para você atualmente?