

O CAPS E SUAS PRÁTICAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL¹

THE CAPS AND THIS PRACTICES IN THE ADVANCE OF THE MENTAL HEALTH

Felipe Viana Cardinal²

RESUMO: Este artigo tem como propósito relatar a diversidade de práticas que o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, utiliza na promoção da saúde mental. Pretende-se problematizar estas práticas que discursivamente deram possibilidades para explicitação das vivências singulares dos profissionais da equipe de saúde, que se baseando em pressupostos da educação permanente em saúde, efetivaram em conjunto na criação de um espaço onde estas práticas pudessem ser pensadas. Os achados evidenciam a manifestação de discursos que explicitavam que a reforma psiquiátrica ainda estava atravessada por dispositivos baseados nos moldes do manicômio.

Palavras-chave: CAPS, Saúde Mental, Educação Permanente.

São conhecidas as dificuldades e delicadezas existentes no momento em que se escreve sobre um assunto tão complicado e repleto de dilemas como a reforma psiquiátrica. A partir desse relato, pretende-se lançar questionamentos relacionados à diversidade de saberes nas práticas de atendimento realizado no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

[...] A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (FOUCAULT, 1979, p. 41).

Os Centros Atenção Psicossocial – CAPS, destinados a uma substituição do atendimento realizado pelos hospitais psiquiátricos aos portadores de sofrimento psíquico, consistem em um serviço baseado na humanização e preservação do convívio social, efetivando um contato na comunidade, no local de trabalho, no ambiente familiar.

Ao longo da intervenção, inquietava o fato de que a sociedade atual, movida pela informatização, globalização, capitalismo e política neoliberal, tem com relação ao “louco” algumas semelhanças culturais condizentes ao período renascentista, no qual, por volta do século XII, a “nau dos loucos” singrava com um navio composto por leprosários sem

¹ Psicologia Social

² Professor do Curso de Psicologia da URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santiago.

nenhuma rota e porto de ataque. E perante os ditames culturais da sociedade na época, eram expulsos de seus lares. Castigo este que perdura até os dias atuais (FOUCAULT, 1972).

Referindo-se ao fato da existência de algumas semelhanças entre as culturas acima mencionadas, da renascença, isto é, monárquica e eclesiástica, e a do ocidente na atualidade, globalizado, neoliberalista e principalmente capitalista (BAUMAN, 1998), há a importância de se pensar que no decorrer dos séculos a “loucura” teve uma diversidade de atribuições: de leprosos, a pobres vagabundos, homossexuais, pecadores de todos os matizes, além de relações com a morte, tornando em dispositivo para constituir uma disciplina que paradoxalmente se afirma com equidade dando ênfase à razão, e que perante disputas atravessaram todo o corpo social, inclusive os saberes destinados à regulamentação destes poderes que são efetivados pela loucura (FOUCAULT, 1972).

Mediante as relações de poder, diversas práticas e concepções foram cristalizadas com o intuito da promoção de saúde mental.

[...] O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (FOUCAULT, 1979, p. 8).

O saber médico exercia, e ainda exerce, sob os pacientes uma disciplina com a finalidade de “endireitar” os corpos, torná-los “úteis”, e mantê-los distantes, de maneira que não pudessem afetar a ordem social vigente. Com o uso de tratamentos baseados em idéias biológicas e organicistas – lobotomia, eletrochoque, farmacologia, os manicômios tinham uma disciplina com a qual este saber se constituía através do exame: classificação, julgamento e separação dos pacientes conforme sua patologia: esquizofrenia paranóide, fobia, autismo, demência, etc. (RIBEIRO, 1996).

Philippe Pinel, mais conhecido por ser o grande revolucionário que libertou os doentes mentais nos hospitais de La Bicêtre e Salpêtrière, na França, [...] também foi o responsável por um sistema de classificação das enfermidades mentais que superava quaisquer outras tentativas de até então (RIBEIRO, 1996, p. 31).

No decorrer dos séculos, o saber médico foi por muito tempo considerado como “universal”, “pleno”, “incontestável acima de qualquer suspeita”, “verdadeiro”. A verdade é regulamentada como “[...] conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder; [...] estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha” (FOUCAULT, 1979, p. 13).

No momento em que se contestava este saber, outros saberes começavam a emergir com mais força frente às práticas, expandindo os campos de atuação na área da saúde mental. Havia um “regime de verdade” que através dos discursos regulava os poderes da psiquiatria como sendo “totalitários”, “globais”, “completos”.

Em contrapartida ao descaso no cuidado dos portadores de sofrimento psíquico, o movimento de reforma surge como uma luta pela descentralização dos hospitais psiquiátricos, ou seja, do saber médico, enfatizando também os demais saberes² (FOUCAULT, 1979) – psicológicos, farmacológicos, pedagógicos, ou que não pertenciam a doutrinas científicas e que diante da multidisciplinaridade promovem a socialização das pessoas com sofrimento psíquico, considerando-as existentes na sociedade, abandonando a internação proposta pelos manicômios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, percebeu-se a pertinência da problematização acerca das práticas ali vigentes e tantas outras no atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, produzindo juntamente com a equipe de saúde questionamentos das especificidades de cada saber sobre as reformas, pretendendo tencioná-las não a partir de uma óptica dual, com início e fim, mas “rizomática”, tendo em vista que:

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e...e...e” Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser (DELEUZE, 1995, p. 37).

Sabe-se da amplitude e do desafio exigidos quando se pretende problematizar a importância e o papel de cada área do saber na promoção de saúde mental, pois durante a intervenção evidenciaram-se expectativas e apreensões, que abarcavam em incertezas de como atuar em conjunto, respeitando as singularidades de pensamento. Foi proposta durante as reuniões técnicas semanais a realização de discussões, em um espaço próprio, local, singular, formalizado pelos membros, visando explicitarem seus pontos de vista. A equipe composta por uma médica psiquiatra, dois psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicopedagoga, dois técnicos em enfermagem, três estagiárias de psicologia, um motorista, uma monitora das oficinas terapêuticas, uma agente administrativo, e uma auxiliar de serviços gerais/cozinheira, “enraizando” saberes: científico e senso comum. Na instituição, cabiam aos ditos “doutores” a tarefa de refletir sobre as normas, diretrizes, propostas e formas

² Faz-se uma menção ao papel do intelectual como específico, singular, enfim, que estabelece uma relação micro-política.

no tratamento dos pacientes, ficando a cargo dos demais membros da equipe o cumprimento e a regulamentação destas.

Somente os profissionais com saber científico se faziam presentes nas decisões, exceto a psiquiatra, a auxiliar em enfermagem e os técnicos em enfermagem. A partir dos movimentos de reforma, esses saberes estabelecem uma relação biopolítica³ na promoção da saúde mental, não atrelando a essa reforma um conceito ou significado apenas, mas enunciados, que são produzidos e regulados por uma transicionalidade de feixes, práticas, palavras, contextos, etc.

Não há enunciado que não esteja apoiado em um conjunto de signos, mas o que importa é o fato de essa "função" caracterizar-se por quatro elementos básicos: um referente (ou seja, um princípio de diferenciação), um sujeito (no sentido de "posição" a ser ocupada), um campo associado (isto é, coexistir com outros enunciados) e uma materialidade específica - por tratar de coisas efetivamente ditas, escritas, gravadas em algum tipo de material, passíveis de repetição ou reprodução, ativadas através de técnicas, práticas e relações sociais (FOUCAULT apud FISCHER, INTERNET⁴, 2007).

Considerava-se de fundamental importância não julgar as concepções explicitadas, as idéias ponderadas. Nesse espaço havia tensões que problematizavam os saberes, gerindo e constituindo territorialidades, linhas de fuga e agenciamentos. Questionando suas próprias práticas, os integrantes do grupo percebiam a existência de idéias particulares, que se diferenciavam umas das outras, isto é, apresentavam posições específicas, mas que estavam associadas a saberes constituídos nas concepções fundadas na ciência, totalitária e universal.

Apesar do saber científico estabelecer uma relação de hegemonia diante dos demais saberes, apoiou-se nas idéias de Barembliitt (apud RODRIGUES, 2004, p. 155) que “[...] distribui os modelos grupais existentes em cinco grandes itens, obedecendo ao setor dos saberes (e/ou práticas) do qual provêm”, considerando o trabalho realizado no CAPS como institucional e político, procedendo aos encontros numa óptica de modelos grupais, ou seja,

[...] o grupo como fenômeno central e como ponto de partida para a formulação de qualquer interpretação. Concebido como totalidade – realidade diferente do somatório de individualidades -, ele exige formas específicas e originais de intervenção (RODRIGUES, 2004, p. 152).

³ A biopolítica [...] se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., medida em que elas se tornaram preocupações políticas (REVEL, 2005, p. 25).

⁴ FISCHER, R. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742001000300009&script=sci_arttext

O que acontecia no grupo era específico, singular e local. Nunca havia repetição ou esgotamento nos assuntos debatidos. Com a proposta de estabelecer discussões nas questões referentes às reformas: psiquiátrica, da estrutura física do CAPS, das práticas de atendimento; e suas relações com os demais saberes, etc., os espaços tornavam-se pequenos para a expansão das mesmas, que de certa maneira, apresentavam linhas de fuga terapêuticas para se lidar com a angústia, a incerteza que circulava nas relações, tanto entre a própria equipe quanto com os pacientes e vice-versa.

Conforme os encontros aconteciam mais ênfase havia na possibilidade dos demais membros da equipe participar e manifestarem as suas considerações, seus pontos de vista. São etapas que devem ser traçadas com calma e persistência, não cabendo o papel em efetivar alguma espécie de fechamento frente os questionamentos, mas enfatizá-los como produções independentes, evitando a censura ou preconceito para com as opiniões. O fundamental nestes encontros era basicamente sancioná-los como um espaço onde a equipe, através de uma autogestão, discutisse suas práticas e saberes permanentemente. Esta é a função do intelectual específico!

[...] O papel do intelectual não é mais o de se colocar "um pouco na frente ou um pouco de lado" para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da "verdade", da "consciência", do discurso (FOUCAULT, 1979, p. 42).

A educação permanente em saúde permite um diálogo com a finalidade de questionar e tornar possíveis idéias, pensamentos na maneira como proceder, pois, concomitante na disputa em atualizar as práticas cotidianas a partir de diversos aportes teóricos e afins, insere-se em uma realidade efetivando relações na equipe de maneira que a atuação seja conjunta, implicando seus agentes, instituições e principalmente as políticas onde são inscritas estas práticas (CECCIM, 2005).

Dúvidas e incertezas atormentam e atormentarão as práticas daqueles compactuantes com estas ou uma parcela destas argumentações que, diante de uma complexidade e abrangência, muitas vezes se torna parcial. Por maiores que sejam grandes e extensas as dificuldades na explicitação e definição deste processo, tornam-se (in)pertinentes a não tomada de certos obstáculos como negativos e problemáticos, pois há sempre movimentos cartográficos direcionando-nos para novos lugares, talvez até perigosos, mas também pertencentes a um “desafio ambicioso e necessário” (CECCIM, 2005, p. 161).

Partindo da premissa de que todos estavam em constante e/ou permanente educação acerca da sua proposta de intervenção frente ao campo da saúde mental, os profissionais que freqüentavam o grupo não buscavam um fechamento em seus questionamentos, visto que cada profissional tinha seu ponto de vista particular, íntimo a respeito do adoecimento e da maneira de atuar. Caso os profissionais procurassem uma padronização extremamente enrijecida frente à promoção dos atendimentos, não se estaria recorrendo a apenas um saber como norteador das intervenções? E o que se faz com as outras possibilidades de intervenção? Elas são escamoteadas e ignoradas para que prevaleça a “força” e a “supremacia” de apenas um saber?

Na medida em que um dos profissionais explicitava alguma opinião acerca do cotidiano do CAPS, algo que intrigava este profissional fazia ressoar e retumbar aos olhares e divergências defendidas pelos especialismos de cada um. Isso se deu quando a enfermeira foi defender seu ponto de vista de que a instituição proporcionava aos “pacientes” várias formas de recreação, oficinas, além de oferecer alimentação enquanto estes participavam destas, e caso os “pacientes” não quisessem participar de alguma atividade específica no cronograma da instituição, estes ficavam “tomando mate”. Quando questionada sobre participar da “roda de chimarrão” com os pacientes, ela respondeu que ou levava seu próprio “jogo de mate” (cuia, bomba, garrafa térmica e erva mate), ou ficava sem tomar. Caso algum dos pacientes a convidasse ela respondia que não queria tomar.

Não se trata de uma imposição ter que participar da “roda de chimarrão”, visto que se tem autonomia para definir se quer ou não “tomar mate”. Mas por que a enfermeira opta por não “chimarrear”? Teria ela algum motivo específico? O fato de se tratar de pessoas com alguma “patologia” a incomoda? São questões que ficam inquietas e são silenciadas no momento em que a enfermeira opta por não tomar mate.

Debatia-se muito sobre a proposta da instituição, quais os princípios da Reforma Psiquiátrica, questões importantes e necessárias, mas um tanto amplas e que de certa maneira rumavam para discussões que não fugiam da opinião dos integrantes do grupo, mas também não aproximavam, num âmbito local, particular da realidade dos membros da equipe. Aproximação no sentido de colocá-los a cargo de que as propostas da reforma não estavam assentadas somente por um aparato burocrático, de direitos e deveres, mas também a algo que não é de simples deferimento quando se convive com pessoas ditas “loucas”, “doentes”, e/ou “portadoras de sofrimento psíquico”. Faz-se uma referência à discussão sobre a representação que a pessoa com algum sofrimento psíquico “carrega”.

Os profissionais não tinham divergências de que estas pessoas são vítimas de estigma e violência social. Reconhecem que é difícil viver em sociedade. Porém, nenhum dos profissionais se “arriscaria” a convidar essas pessoas a visitarem seus lares para jantarem ou fazer alguma atividade de lazer. Para os integrantes da equipe de saúde do CAPS a relação com estes indivíduos não passava de profissional, onde os “especialistas” atendiam e os “pacientes” consultavam.

Discutia-se sobre a socialização dos portadores de sofrimento psíquico, reinseri-los a sociedade, possibilitar meios para que trabalhassem e obtivessem renda. Mas como proceder quando no próprio espaço onde estas pessoas, e seus familiares depositam confiança, esperança, ou talvez certo descrédito ao tratamento, quando os próprios profissionais se relacionavam para com os portadores de sofrimento psíquico de uma maneira preconceituosa e excludente? Não se estaria lidando com a oposição de estar lutando para que a relação com a “loucura” seja diferente e concomitantemente contribuindo para que continue com os preceitos manicomialis?

O CAPS tem como base de seus princípios a tentativa um tanto que utópica, complexa, incerta e necessária de desenclausurar o “louco”, mostrando aos ditames culturais que estas pessoas também são capazes de trabalhar, estudar, enfim, viver em sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Utópica, pois para que os portadores de sofrimento psíquico não desistissem ou se recusassem a participar do tratamento, os integrantes da equipe se viam obrigados a dizer para estes freqüentarem os atendimentos, fazerem uso da medicação nos horários prescritos, enfim, seguirem uma rotina previamente estabelecida para terem assim uma mudança ou “melhora”, que para os pacientes e seus familiares tinha uma qualificação de “cura”. Complexa, visto que em alguns casos, os pacientes se sentiam injuriados, incomodados com o tratamento que de certa maneira prometia “mudanças”, “curas”.

No entanto, se fazia necessário explicitar que a “cura” tão esperada e pretendida pelos pacientes e seus familiares – ausência de transtornos psíquicos era uma proposta totalmente inconcebível, sendo apenas possível o controle destes sintomas agravantes. Tratava-se de um processo exaustivo e complicado explicar a importância do tratamento, alegando uma outra opinião com respeito à eficácia do mesmo e do entendimento do processo de cura. Incerta ao não saber realmente que rumos tomariam o tratamento e a saúde do paciente, que confuso e angustiado frente aos questionamentos do seu estado de saúde estaria por vez não freqüentando o CAPS, sendo a este reencaminhado repetitivamente, ou futuramente internado em um manicômio ou hospital geral.

Segundo Bauman (1998) duas estratégias alternativas foram desenvolvidas de maneira complementar para com os estranhos⁵, sendo uma delas *antropofágica*, isto é, tornar o diferente em semelhante, abafando as distinções culturais, com exceção daquelas destinadas a manter uma ordem, medida, conformidade. Já a estratégia *antropoêmica*, consiste em tirar estes estranhos de maneira a impedir sua comunicação com a sociedade, e caso isso não fosse possível caberia então a incumbência de destruí-los.

Quando uma pessoa vem em busca de tratamento, esta passa por um processo de triagem que de certa maneira é usado para descobrir e dar um encaminhamento ou prognóstico do seu estado de saúde. Discute-se a importância do diagnóstico e que rumos o tratamento irá seguir. Mas não se estaria negligenciando o peso de ser marcado por uma patologia? E como isto repercutirá na vida de uma pessoa? Quantas coisas mudarão no seu convívio em sociedade?

Para Foucault (1972), a medicina, e posteriormente a psiquiatria, se tornaram ciências na medida em que se apoderaram da doença e da loucura, de maneira que:

[...] a loucura, da qual a Renascença tivera experiências tão diversas a ponto de ter sido simultaneamente não-sabedoria, desordem do mundo, ameaça escatológica e doença, nesse campo a loucura encontra seu modo ilusório, ao conhecimento positivo; a loucura encontrará desse modo, mas através de uma interpretação moral, esse distanciamento que autoriza o saber objetivo (FOUCAULT, 1972, P. 107).

Na medida em que se faz um recorte da história de vida da pessoa enferma, esta já não é mais vista com o mesmo olhar, isto é, como pessoa. O exame trata logo de qualificar e/ou quantificar a gravidade e o motivo no qual tal pessoa veio consultar. Definidos os diagnósticos, o tratamento caminha para outras etapas como: tratamento psicológico, oficinas terapêuticas, trabalhos artesanais visando obtenção de renda, tratamento farmacológico, dentre outros. Esta diversidade de práticas é realizada de acordo com o resultado do exame, que se incumbe de definir quais são os locais da instituição destinados ao seu lazer e suas atividades específicas (consultório, refeitório, sala de consultas, sala de triagem, sala de enfermagem, oficina de obtenção de renda...). A seguir se faz a definição do cronograma de atividades: hora do mate, hora para tomar a medicação, hora das oficinas, hora da consulta, hora de almoçar, hora de não sair do pátio, hora de não entrar nas salas de atendimento individual, hora de não gritar, hora disso, hora daquilo...

⁵ Grifa-se este termo utilizado pelo referido autor para designar aqueles que “[...] exalaram a incerteza onde a certeza e a clareza e deviam ter imperado” (BAUMAN, 1998, P. 28).

Havendo divergências com relação às recomendações e orientações do tratamento os pacientes são logo vigiados pela instituição que se responsabiliza de cuidar dos comportamentos desviantes ao seu funcionamento. Quem estiver em surto psicótico, logo é atendido por um enfermeiro que lhe oferece o medicamento para que não conturbe a ordem e a disciplina do local. Estando os sintomas do paciente controlados pela medicação, logo os profissionais de saúde fazem uma espécie de avaliação do ocorrido, que tipo de patologia, como afetou os demais pacientes, se houve feridos, medicação utilizada, procedimentos adotados durante o momento de crise. Estes e outros itens são discutidos e abordados durante as reuniões semanais entre os membros da equipe de saúde, dotados de alguma “especialização” (psiquiatria, psicologia, enfermagem, pedagogia, assistência social). Os demais membros da equipe não poderiam participar, pois não teriam um entendimento do caso, além de não serem “especializados” a intervir. O exame não definia e sancionava os espaços somente entre os pacientes, mas também entre os membros da própria equipe. Segundo Eizirik (2002, p. 60),

[...] o exame combina as técnicas de hierarquia que vigia e as da sanção normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados.

O grupo foi definido de maneira que todos os membros da equipe pudessem participar além de não ser obrigatória a participação dos mesmos. Os próprios membros poderiam a qualquer momento encerrar o espaço de questionamentos se assim fosse pretendido. Um fato curioso é que estes espaços foram de fundamental importância para promover a comunicação e o conhecimento das opiniões dos membros da equipe, que segmentados pelos saberes de suas disciplinas carregavam consigo estes especialismos e concepções particulares, e até então estigmatizantes e preconceituosas da realizada na qual estavam trabalhando. Dividindo as opiniões e argumentando com os demais colegas de trabalho se pode aprender sobre os erros cometidos e saber lidar com as angústias e sofrimentos, conseqüentes destas falhas na atuação. Isso foi pertinente, pois as responsabilidades passavam a ser divididas por todos os membros da equipe, e não somente por aquele profissional que prestou o atendimento.

O espaço foi pertinente também para se trabalhar os problemas de relacionamento entre os próprios membros da equipe, que devido a algumas divergências de pensamento em como proceder em um determinado caso promoveria discordâncias e desentendimentos, que

na medida do possível foram debatidos pelos demais membros, preservando as pessoas envolvidas na discussão e promovendo ainda a integração entre os profissionais, que deixaram em parte as diferenças de cada disciplina para agirem em prol da vida das pessoas que buscam atendimento. Cabe ressaltar também que os demais membros da equipe, cujo não tinham uma formação especializada ao atendimento dos pacientes também passaram a frequentar os encontros, onde passaram a aprender algumas questões referentes a Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, e poder opinar sobre estas discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu esboçar algumas particularidades das práticas desenvolvidas pelos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial na promoção da saúde mental. Através da problematização em um espaço particular pelos membros da equipe de saúde foi possível visualizar que há muito que trilhar para que o tema Saúde Mental tenha para com a nossa sociedade uma concepção respeitosa e digna, visto que o processo de desinstitucionalização da loucura é algo complexo e demorado. Não basta somente tirar os portadores de sofrimento psíquico dos manicômios, ou mudar a nomenclatura das doenças, se a nossa postura para com estes indivíduos continuar sendo a mesma, adotada pelos tempos em que estes viviam internados nos hospitais, vítimas de violência e do descaso da sociedade.

È importante deixar claro que as práticas de certa maneira se apoderam da vida do indivíduo que busca ajuda. Mas não se pode negligenciar a discussão do que se está fazendo e como isto interfere na vida e na saúde dessa pessoa. De alguma maneira se está causando algum tipo de violência. No entanto estas práticas são vistas pelos profissionais de saúde como alternativas de tratamento e de mudança no contexto social que opera sobre essas pessoas ditas “loucas”.

Imagina-se um mundo “melhor”, “sem injustiças”, “sem desigualdades”, e percebe-se que os tempos passam, as épocas são outras, mas os preconceitos e as injustiças são as mesmas apesar da maneira e das situações como ocorrem. As qualidades do ser humano são valorizadas, sua capacidade de criar e inventar, mas ao mesmo tempo se tem vergonha e ressentimento pelas demasiadas barbáries que este é capaz de causar (NIETZSCHE, 2008). Para se pensar o humano torna-se pertinente uma abordagem a partir do trágico, sendo este:

“[...] o poder das metamorfoses que pode transformar tudo em objeto de afirmação. [...] O trágico não reside na tristeza, na falta, nem na angustia, nem na

nostalgia da unidade perdida. O trágico consiste na alegria, na multiplicidade, na diversidade da afirmação como tal” (DELEUZE *apud* BRUNO, 2004, p. 10).

Há momentos que é necessário esquecer o quanto de “ser humano” há dentro de cada um, para que possamos ajudar e ver a realidade das pessoas com sofrimento psíquico de uma outra maneira, às vezes utópica, mas que atenua os moralismos que massacram a vida destas pessoas.

ABSTRACT: *This article has as its main purpose to report the diversity of practices used by CAPS in the promotion of mental health. It is intended to question these practices, that discursively gave possibilities to the explicitation of the health professionals’s singular experience of creating a place where ideas based on permanent health education could be carried out. Results evidence the manifestation of some discourses which make explicit that this psychiatric reform was still based on psychiatric hospital models.*

Keywords: *CAPS. Mental Health. Health Permanent. Education.*

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Mal-estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BRUNO, M. **Lacan & Deleuze: o trágico em duas faces do além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

CECCIM, R **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Porto Alegre: Interface, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev2005.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

EIZIRIK, M. **Michel Foucault: um pensador do presente**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

_____ **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1**. São Paulo: Ed. 34, 1995.

FISCHER, R. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742001000300009&script=sci_arttext Acesso: em 17 de abril de 2007, às 14h: 00 min.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____ **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva S.A., 1972.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

NIETZSCHE, F. **Ecce homo: como alguém se torna o que é**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

RENNES MARÇAL RIBEIRO, P. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Paulo: Claraluz, 2005.