

### OS EFEITOS DA CONTEMPORANEIDADE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

*The Effects of Contemporaneity in the Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*

*Los Efectos de la Contemporaneidad en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS)*

*Les Effets de la Contemporanéité dans les Centres de Soins Psychosociaux (CAPS)*

DOI: 10.5020/23590777.16.3.21-33

---

**Caio César Souza Camargo Próchno (Lattes)**

Mestre e Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP, Pós-Doutorado na Universidade de Leipzig, Alemanha.

**Wellington Luís Cardoso Bessa (Lattes)**

Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (ILES/ULBRA) e da Faculdade Pitágoras de Uberlândia.

---

#### Resumo

A sociedade contemporânea é reflexo de uma série de transformações no âmbito social, político, cultural e econômico, que alteram as formas de se estabelecer laços sociais. O saber-fazer na Saúde Mental também passou por importantes e significativas transformações no Brasil, evoluindo, em definitivo, de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária, que encontra nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) uma das suas principais referências. O objetivo deste trabalho é demonstrar como a montagem desse serviço sofre os efeitos das mudanças descritas sobre o nome de pós-modernidade. O mal-estar, descrito por Freud, encontra na perspectiva contemporânea novas formas de expressão. Isso implica em novas formas de modulação do sofrimento psíquico. Nesse contexto, o corpo torna-se palco privilegiado para sustentar essas diferentes formas de apresentação do mal-estar, sendo, por vezes, capturado pelo jogo de linguagem de uma clínica neurobiológica que exclui a dimensão do sujeito, silenciando conseqüentemente o seu sofrimento.

**Palavras-chave:** saúde mental; serviços de saúde mental; assistência em saúde mental; pós-modernidade; sintomas.

#### Abstract

*Contemporary society is a reflection of a series of transformations in the social, political, cultural and economic sphere that alter the forms of establishing social ties. The know-how in Mental Health has also undergone important and significant transformations in Brazil. It has evolved, definitively, from a model centered on the hospital reference to a model of diversified attention, community territorial base, found in the Centros de Atenção Psicossocial (Centers for Psychosocial Attention /CAPS) one of its main references. The purpose of this paper is to demonstrate how the assembly of this service suffers the effects of the described changes in the name of post modernity. The malaise, described by Freud, finds in contemporary perspective new forms of expression. This implies in new forms of modulating the psychic suffering. In this context, the body becomes the privileged stage to support these different forms of presentation of malaise, is sometimes captured by the language game of a neurobiological clinic that excludes the dimension of the subject, thus silencing its suffering.*

**Keywords:** mental health; mental health services; mental health care; postmodernity; symptoms..

---

## Resumen

*La sociedad contemporánea es el reflejo de una serie de transformaciones en el ámbito social, político, cultural y económico, que alteran las formas de establecer vínculos sociales. El saber hacer en la Salud Mental pasó también por importantes y significativas transformaciones en Brasil, evolucionando, en definitivo, de un modelo centrado en la referencia hospitalar para un modelo de atención diversificada, de base territorial comunitaria, que encuentra en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) una de sus principales referencias. El objetivo de este trabajo es demostrar cómo el montaje de este servicio sufre los efectos de los cambios descritos sobre el nombre de post- modernidad. El malestar, descrito por Freud, encuentra en la perspectiva contemporánea nuevas formas de expresión. Esto implica en nuevas formas de modulación del sufrimiento psíquico. En este contexto, el cuerpo pasa a ser escenario privilegiado para sostener estas diferentes formas de presentación de malestar, siendo, por veces, capturado por el juego de lenguaje de una clínica neurobiológica que excluye la dimensión del sujeto, silenciando consecuentemente su sufrimiento.*

**Palabras clave:** salud mental; servicios de salud mental; atención en salud mental; post-modernidad; síntomas.

## Resumé

*La société contemporaine est le reflet d'une série de transformations dans les domaines social, politique, culturel et économique, qui modifient les façons d'établir des liens sociaux. Le savoir-faire chez la Santé Mentale a également passé par des transformations significatives et importantes au Brésil, en évoluant d'un modèle centré sur la référence de l'hôpital pour un modèle de soin diversifié, qui a une base territoriale collective, et qui trouve dans les Centres de Soins Psychosociaux l'une de ses principales références. Le but de cet article est de démontrer comment l'Assemblée de ce service souffre des effets des changements décrits sous le nom de la postmodernité. Le malade, décrite par Freud, trouve dans la perspective contemporaine nouvelles formes d'expression. Cela implique en nouvelles formes de modulation de la souffrance psychique. Dans ce contexte, le corps devient une étape privilégiée pour soutenir ces différentes formes de présentation de la maladie, parfois capturé par le jeu de langage d'une clinique neurobiologiques qui exclut la dimension du sujet, en taisant ses souffrances.*

**Mots-clés:** santé mentale; services de santé mentale; aide en santé mental; postmodernité; symptômes.

---

A Política de Atenção à Saúde Mental passou por importantes e significativas metamorfoses, transformando-se de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. Essa mudança teve como marco legal a promulgação, em 06 de abril de 2001, da Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que propõe o fim do modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, e sua substituição pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, visando à recuperação do sujeito em sofrimento mental grave pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Um primeiro momento da discussão o sobre os modelos de assistência à loucura no Brasil datam do início da década de 80. Essa discussão levou à elaboração de novas diretrizes do cuidado, agora pautadas pelo respeito à dignidade e à liberdade do sujeito em sofrimento mental grave. Embora na prática a Reforma Psiquiátrica Brasileira não tenha fechado as portas dos hospitais psiquiátricos, houve a criação de critérios mais estritos para o seu funcionamento, uma drástica redução dos leitos disponíveis e uma diminuição das internações. Em contrapartida, foram criados serviços substitutivos que oferecem uma abordagem terapêutica fortemente atrelada à convivência comunitária, trabalhando a (re)inserção social dos pacientes a partir das potencialidades e entraves encontrados nos contextos locais (Saraceno, 2001).

Idealmente se propõe a estruturação, nos serviços públicos brasileiros, de uma rede de atenção à saúde mental, que conta com a assistência prestada em instituições específicas da área, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, bem como na atenção primária com as Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família – ESF, nos hospitais gerais e qualquer outra instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa rede deve assumir a responsabilidade com a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo Delgado (2007, p.8):

O avanço da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no período 2002-2006, especialmente a partir das portarias 336 e 189, se deu ancorado em uma clara e efetiva política de financiamento para a rede de atenção psicossocial. A portaria 336 representou um avanço considerável na consolidação da alternativa comunitária de atenção, ao trazer, para uma norma técnica do SUS [entre outros pontos] (...) uma definição da “função-CAPS”, isto é, seu papel estratégico no território, com resolutividade para “crises” e casos graves, substituição efetiva do cuidado hospitalar, e articulação com a atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais graves, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento psicossocial, favorecendo que se tornem sujeitos de direitos e cidadãos ativos. Constituem a principal estratégia desse processo denominado Reforma Psiquiátrica. Os critérios mínimos que definem um CAPS são estabelecidos pela já citada portaria GM 336/02. Os CAPS funcionam em área física independente de qualquer estrutura hospitalar, operando através de uma assistência multiprofissional, que busca oferecer atendimento de qualidade à população. Fundamentalmente, o CAPS é considerado o lugar da crise, ou seja, seu atendimento deve priorizar os casos em que o sofrimento psíquico é mais intenso.

Em sua estruturação lógica, possui elementos fundamentais. O CAPS realiza prioritariamente o atendimento ao usuário em saúde mental em seu “território”, buscando integrar os usuários da saúde mental a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território” e ao espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, chamado área territorial. Portanto, o estabelecimento da noção de “função-CAPS” está intimamente ligada à construção do conceito de território.

De inspiração italiana, o termo “território” ganhou destaque em oposição ao adjetivo “comunitário” na tentativa de escapar da noção preventivista que esse segundo termo implica. O termo “território” indicaria assim o extra-institucional. Segundo Delgado (1999), “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (p.117). Delgado introduz um conceito de Guattari (1992), o “das cidades subjetivas” de cada sujeito, que produz efeitos sobre o coletivo, a polis. A cidade para Guattari (1992) é uma máquina produtora de subjetividade capaz de engendrar todos os aspectos da existência humana. Essa subjetividade individual, por sua vez, incide sobre o coletivo. A rede de atenção em saúde mental é uma tentativa de construção de uma cidade capaz de abrigar os inúmeros territórios subjetivos, de suportar e harmonizar um universo complexo de interligações possíveis de subjetividades.

(...) um serviço só será possível se, localizado em um bairro, emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território. Para cada cliente, seu território familiar, cultural, mitológico, socioeconômico e jurídico. Este me parece um desafio teórico, com notáveis implicações clínicas, e que só passou a ter existência com a regionalização do atendimento e a criação de serviços locais de atenção psicossocial. (...) O atendimento psicossocial é uma interferência consentida no cotidiano do habitante da polis, afetado por sofrimento psíquico grave. Assim sendo, tal tipo de cuidado incide sobre uma rede social, uma interligação de subjetividades, um mundo num universo de mil mundos subjetivos e políticos. (Delgado, 1999, p. 117)

A partir desse conceito de território, outra característica fundamental que se desenha naquilo que chamamos função-CAPS é a noção de sujeito como organizador da rede. Todo serviço de atenção em saúde mental deve ter um projeto. A equipe do CAPS deve elaborar um projeto geral para o funcionamento do dispositivo e um específico para cada usuário, de tal forma que a história singular desse sujeito, seu território, suas características clínicas, sejam ouvidas e levadas em consideração, para que o dispositivo clínico possa ser efetivo. Assim, a cada sujeito corresponderia uma rede, organizada e planejada a partir dessa escuta clínica.

Segundo Goldberg (2001), a experiência clínica demonstra que a atenção dada ao projeto individual de cada usuário permite uma facilitação do trabalho em direção aos objetivos gerais, relacionados à reabilitação psicossocial. O tratamento nesses serviços substitutivos objetiva que o universo de problemas de cada sujeito ganhe um relevo todo especial, que seja protagonista da situação institucional. Dessa forma, no cotidiano da instituição procura-se proporcionar uma diversidade grande de projetos, uma circulação extensa de experiências, que vão ao encontro dos pedidos dos usuários. Nesse contexto, “a preocupação central é que possa sedimentar uma cultura, um ambiente capaz de ser falado (compartilhado), provendo um suporte para que as questões apareçam” (Goldberg, 2001, p.39). Assim, de maneira geral, podemos dizer que a instituição CAPS teria como política a função de responder de forma única e diferente à demanda constituída de cada sujeito.

Para tal, diferentes dispositivos para atenção ao usuário são constituídos, que vão do acolhimento à convivência diária (rotina estabelecida a partir de oficinas, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, etc.), bem como processos de intervenção extramuros, como matriciamento das equipes da Estratégia Saúde da Família e o acompanhamento terapêutico.

Disponer desses dispositivos como estratégias clínicas para o paciente portador de transtorno mental não garantem, por si só, a desmontagem de uma lógica de assujeitamento do usuário de Saúde Mental. Não é o dispositivo em si que garante o reposicionamento, tanto da equipe quanto do próprio paciente, ante as questões da luta antimanicomial, mas sim aquilo que, travestido de recurso técnico, permite que esse paciente possa ser ouvido na sua condição psíquica. Isso é o que considerado o primeiro passo para se

passar de fato para um serviço que seja substitutivo ao modelo manicomial, e não complementar<sup>1</sup>. Concordamos com Campos (2001) quando ela afirma que esse reposicionamento só pode ocorrer quando a própria equipe se dispõe a criticar de maneira viva, ou seja, constantemente, os conceitos e tecnologias utilizados como recursos clínicos no campo da saúde mental.

Por um lado, a própria noção de saúde mental tem sofrido mudanças. Tal entendimento atravessa dispositivos, como o CAPS, uma vez que seu conceito vem se ampliando a cada dia. Como afirma Amarante (2007), “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” (p. 15). O conceito de saúde mental amplia-se também no sentido de abarcar, cada vez mais, múltiplos aspectos da vida cotidiana. Como ressalta Veras (2009, p.7):

No momento atual, ter boa saúde mental tornou-se algo muito complexo. Todos os dias somos informados da existência de novas enfermidades mentais que cobrem todas as atividades da vida humana. As novas doenças mentais são diagnosticadas na escola, no trabalho, no trânsito, etc. Qualquer excesso ou retraimento do laço social será sancionado com algum diagnóstico. Passamos da psicopatologia da vida cotidiana à patologia da vida cotidiana.

Essa patologização do cotidiano esconde uma lógica sanitária organizada a partir da ideia do controle populacional e da gestão dos sintomas. É necessário que o “mal-estar”, que as misérias cotidianas que ameaçam de alguma forma a ordem social, estejam sempre sob controle. O discurso atual sobre as toxicomanias são o melhor exemplo dessa lógica sanitária de controle dos incômodos sintomas sociais.

O campo da saúde mental se apresenta assim, como soma dos ideais de uma época, como conceito “indissociável da condição subjetiva na contemporaneidade. O declínio dos valores universais e o espectro de um relativismo sem limites promoveram um profundo remanejamento do laço social onde se inscrevem os sentidos do tratamento da loucura” (Veras, 2009, p.6).

Pensar o CAPS como ordenador de um serviço que potencialize a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico dentro dos padrões institucionais da saúde mental pública e da própria saúde mental como campo de encontro da interdiscursividade de vários saberes, esse é o contexto sobre o qual se parte para analisarmos certos fenômenos da prática cotidiana dos CAPS.

## Sujeito, Identidade e Contemporaneidade

Se um dos fundamentos da função-CAPS está na noção de sujeito, esse não pode ser tomado como simples sinônimo de indivíduo. Esse sujeito ao qual a psicanálise nos remete não é o mesmo que “Eu”, o sujeito decorre do grande Outro que é referenciado à linguagem enquanto efeito da ordem simbólica. Como nos indica Veras (2009), podemos entender o Outro inicialmente como:

(...) o simbólico, no sentido de que ele representa tudo que pode ser dito e que preside as trocas no laço social, mas que permanece desconhecido para o sujeito. É o que nos autoriza a falar de Outro da cultura, Outro social, Outro da Lei, etc. O Outro é o que nos determina assim como determina os códigos de acesso à vida em sociedade. (p.6)

Por isso, o sujeito é consequência do significante, e está regido pelas leis do simbólico. O sujeito para Lacan é explicitamente diferente da consciência, portanto, é um sujeito não fenomenológico, não é uma categoria normativa, não remete a uma totalidade. Para Lacan (1998), o sujeito se define pelo assujeitamento à linguagem, o sujeito para a psicanálise é o sujeito do significante.

Ele é o efeito, sem dúvida ativo, mas o efeito do significante; dito de outro modo, da linguagem. Ora, a linguagem, que se define como o sistema material dos significantes ou como o poder de simbolização que faz passar o real ao ser, é o que especifica o humano. O homem, portanto, é um “falasser”, um ser que fala, alguém que sustenta seu ser da fala. Deduz-se daí, então, quase matematicamente, que todo ser que é tomado na linguagem e que exerce a eminente função da fala seria um sujeito. (Askofar, 2009, p. 168)

Askofar (2009) identifica três pontos básicos que sustentam a tese de um sujeito que articula estrutura e história no ensino Lacaniano. Primeiro, sustentar que o inconsciente é o lugar do Outro, no sentido mesmo do simbólico, significa sustentar a relação desse sujeito a um saber. Se o saber muda, o sujeito também sofreria transformações.

---

1 Entendemos como serviço complementar aquele que atua como um espaço intermediário entre o nível básico e o hospital psiquiátrico, atendendo os casos de relativa gravidade, porém, preferindo encaminhar os mais complexos. (Linha Guia de Saúde Mental, 2006).

Esse Outro, do qual o inconsciente é o discurso, não se reduz aos pais; é o Outro do discurso universal que determina o inconsciente como transindividual. Ora, o Outro, entendido nesse sentido, ou seja, o simbólico, se ele é invariável em sua estrutura – aquela da linguagem –, é também submetido às mudanças, às mutações, às rupturas, às subversões. (Askofar, 2009, p. 169)

Lacan (1998) nos aponta que o sujeito sobre o qual operamos é o sujeito da ciência, fundamento da modernidade do sujeito. Esse é, segundo Askofar (2009), o segundo ponto a se ater. Se é possível falar num sujeito da ciência é porque houve um “sujeito da religião” ou da “magia”; “(...) em outras palavras, é porque o sujeito se situa por uma relação com o saber”, que ele se deduz, enquanto que suposto, dessa cadeia significante também chamada saber (Askofar, 2009, p. 169). Esse ponto permite precisar que, rigorosamente, a única coisa que não muda é a estrutura do sujeito, aquela que o esquema L modela. Para Lacan, tal esquema permite diferenciar o discurso do neurótico do discurso do psicótico. Sendo que o grande Outro muda e suas mudanças repercutem sobre os outros termos da estrutura e, notadamente, sobre o “Eu”.

No terceiro ponto, Askofar (2009) sublinha na obra de Lacan as referências aos conceitos de sujeito e indivíduo, individualismo. Ele retoma a tese central dos Ensaio sobre o individualismo, onde se afirma “que existe uma “ideologia moderna” que se caracteriza pela subordinação da totalidade social ao indivíduo enquanto ser moral, independente e autônomo. Essa ideologia, o “individualismo”, distingue as sociedades ocidentais das outras sociedades que, ao contrário, valorizam a totalidade social e a ela subordinam o indivíduo” (Askofar, 2009). E afirma, com Lacan, que mesmo que o sujeito da psicanálise seja resultado da cadeia significante, e que ache linguagem e sujeitos falantes antes do advento do individualismo moderno, é necessário distinguir esse sujeito efeito da linguagem e da fala “do sujeito como forma histórica, figura moderna da subjetivação” (Askofar, 2009, p. 171).

A noção de sujeito é fundamental para se pensar os elementos identitários que sustentam o “eu” enquanto continuidade. Podemos pensar a questão da identidade a partir da análise da identidade cultural na pós-modernidade feita por Stuart Hall (2000), que define a questão da identidade a partir de três noções de sujeito, a saber: o sujeito do iluminismo, o sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno. O sujeito do Iluminismo se baseia na concepção da pessoa humana como dotada de razão, consciência e capacidade de ação a partir dessa razão. É o indivíduo unificado, cujo centro psicológico, sua essência, era a identidade desse eu, sempre contínua e idêntica a ele mesmo, apesar de todas as transformações que sofre no processo de desenvolvimento.

A complexidade desse mundo moderno e a consciência de que esse “sujeito do Iluminismo” não está isolado, ou seja, não é autossuficiente ou totalmente autônomo, leva à concepção do sujeito sociológico. Essa concepção coloca em questão a presença do outro como mediador da cultura. É a partir da relação com outros sujeitos que introduzimos valores, concepções, sentidos e símbolos. “O sujeito ainda tem um núcleo ou essência interior que é o “eu real”, mas este é formado e modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais “exteriores” e as identidades que esses mundos oferecem” (Hall, 2000, p. 13).

A identidade, nessa concepção sociológica, ocupa o lugar de mediação entre o “interior” e o “exterior”. Formamos uma concepção de eu unificado que nos permite assimilar os valores, sentidos e símbolos do mundo exterior (cultura). Nessa assimilação, atuamos sobre esse mundo projetando nosso eu. Ao mesmo tempo, essa assimilação altera nosso eu. “A identidade então costura (ou, para usar uma metáfora médica, “sutura”) o sujeito à estrutura, estabiliza tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificados e previsíveis” (Hall, 2000, p. 12).

No entanto as identidades sociais que serviam de referência para as nossas identidades individuais sofrem os efeitos das transformações das mudanças estruturais e institucionais descritas acima. Esse processo leva ao aparecimento do sujeito pós-moderno, caracterizado principalmente pela falta de uma unicidade, de uma identidade “fixa, essencial ou permanente”. As questões relativas ao espaço passaram a ser observadas não mais como um fenômeno das sociedades, e sim parte integrante e essencial de seu desenvolvimento. A convivência social, potencializada pela globalização, traz desdobramentos completamente adversos. No bojo de aspectos como crise do Estado-nação, constituição de uma sociedade global, financeirização da economia e advento de novas tecnologias, admite-se também a abolição das fronteiras, a virtualização dos espaços e a desterritorialização de pessoas, mercadorias e informações.

A convivência social é parte de um discurso mais amplo e comum em nossos dias. Hoje, diante do declínio de uma convivência social transformada em uma realidade abstrata, com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa, não seria oportuno questionar com a máxima urgência o sentido e a importância cultural das dimensões geofísicas e das barreiras que foram quebradas pelo ciberespaço. Em suma, o incremento técnico e informacional afetou sobremaneira as práticas espaciais, a ponto mesmo de comprometer a relevância das localizações. A globalização acaba por tornar o “mundo”, “lugar”, “espaço”, “escala”, “território”, um vocabulário de conotação nitidamente geográfica e invadiu definitivamente o arredo terreno das Ciências Sociais e suas rígidas fronteiras disciplinares. Tendo a globalização como ponto de partida, todos parecem ter a convivência social no ciberespaço como condição de passagem para seu entendimento.

Todas essas mudanças exigem do “eu” uma grande flexibilidade. A identidade é definida historicamente, e não biologicamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, as quais não são unificadas ao redor de um “eu” coerente.

Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas. Se sentimos que temos uma identidade unificada desde o nascimento até a morte é apenas porque construímos uma cômoda estória sobre nós mesmos ou uma confortadora “narrativa do eu” (Hall, 2000, p. 13).

É necessário precisar no que consiste essa passagem da modernidade para a pós-modernidade. A modernidade iniciou-se na Europa, a partir do século XVI, com o princípio das superações das barreiras culturais e geográficas pelo comércio mundial, na qual o homem começou a enxergar na racionalização a sua possibilidade de emancipação. De forma geral, a modernidade designaria as marcas de uma ruptura essencial na história da humanidade em relação às chamadas sociedades tradicionais. Nessas sociedades tradicionais, a constituição e a difusão dos saberes se organizam em uma forma discursiva onde predomina a mesma lógica existente nos mitos e na religião, que é a forma narrativa. O lento e progressivo rompimento com essa lógica, estabelecido por uma forma discursiva cuja lógica predominante passou a ser a da racionalidade científica, é o que, de forma geral, caracteriza a chamada modernidade.

A modernidade, descritivamente colocada, inicia-se tendo no comércio mundial as condições iniciais para a superação das barreiras culturais e geográficas que preservavam as sociedades tradicionais. É condição para se falar do “sujeito da ciência”, referenciado por Lacan (1998), e o livro de Jean-François Lyotard, “A condição pós-moderna”, publicado em 1979, faz uma síntese objetiva dessas mudanças ao nível do saber, mostrando o esgotamento dos valores institucionais contrários à emancipação individual e à ascensão de um tipo de legitimação centrada na eficiência.

Para Lyotard (2013, p.15), a pós-modernidade seria “o estado da cultura após as transformações que, desde o final do século XIX, alteraram as regras do jogo na ciência, na literatura e nas artes (...)” O pós-moderno, seria definido como “a incredulidade frente às metanarrativas” (Lyotard, 2013, p.16). O que torna o termo pós-modernidade tão adequado como contraponto à modernidade são características, tais como a globalização, as comunicações eletrônicas, a mobilidade, a flexibilidade, a fragmentação, as rupturas de fronteiras e barreiras, as fusões, o curto prazo, o imediatismo, a descentralização do poder, a imprevisibilidade e o consumo (Nicolaci-Da-Costa, 2004).

O impacto ocorrido nas matrizes estruturantes do discurso do sujeito e das instituições sociais que o regulam faz com que se produza uma transformação no paradigma desse período, conhecido como pós-moderno. Segundo Spink (2001, p. 1281), a individualização (o indivíduo tomado como valor) não corresponde mais a identificação do singular à massa, fato que decorria dos processos classificatórios da sociedade disciplinar, mas à singularização por meio da tradicionalidade. Beck (1993, citado por Spink (2001, p. 1281), refere-se, com esse termo, às transformações que vêm ocorrendo nas instituições tradicionais – família, trabalho e educação – e que fazem com que biografias tornem-se projetos pronominais e, como tal, processos centrais na constituição da subjetividade contemporânea.

No atual quadro que se configura como pós-modernidade, percebe-se nas mentalidades uma ênfase crescente em aspectos como a liberdade individual, a fruição imediata do prazer, a vivência da novidade, a possibilidade de viver sem depender do outro, bem como a instalação de uma sociedade flexível, com amplas opções de bens de consumo e estilos de vida (Vieira & Stengel, 2012).

Dessa forma, a pós-modernidade traz consigo a ideia de que as mudanças sociais e culturais que se observam no mundo contemporâneo são de tal modo profundo, que inauguram um padrão de valores e de comportamentos que não mais obedecem à lógica de funcionamento da chamada modernidade (Amorim, 2009). Em vista disso, percebemos que a época atual é marcada por um mal-estar generalizado, por insegurança e por uma profunda melancolia com relação ao futuro.

Para Lipovetsky (2007, p. 53), “longe de decretar-se o óbito da modernidade, assiste-se a seu remate, concretizando-se no liberalismo globalizado, na mercantilização quase generalizada dos modos de vida, na exploração da razão instrumental até a ‘morte’ desta, numa individualização galopante”. A contemporaneidade estaria, assim, para além das mudanças sociais. Ela é caracterizada por um hiperconsumo, hipercapitalismo, hipernarcisismo e um hiperindividualismo. Estaríamos em uma hipermodernidade, na qual os entraves produzidos pela rotina burocrática e pela rigidez das instituições são ultrapassados, “modernizando a modernidade”, estimulando o individualismo e a concorrência.

O tempo acelerado é uma das características marcantes da hipermodernidade. Há uma generalização do sentido de urgência, sempre fazer mais no menor tempo possível. Agora é o tempo que cria classes, de um lado o indivíduo hiperativo, vivendo no movimento e na rapidez das respostas, preso a esse regime de urgência. Do outro, os que desfrutam de todo o tempo (ociosos, desempregados), mas que estão fora da cadeia produtiva e conseqüentemente se encontram excluídos, esmagados pela sociedade. Mas não se trata, como afirma Lipovetsky (2007), do sentimento de autonomia e de abertura para as existências individuais, da despreocupação otimista vivenciada na pós-modernidade.

Na hipermodernidade, o alívio é substituído pelo fardo. O hedonismo recua ante os temores, e as sujeições do presente se mostram mais fortes que a abertura de possibilidades acarretada pela individualização da sociedade. De um lado, a sociedade não para de instigar aos gozos já reduzidos do consumo, do lazer e do bem-estar. De outro, a vida fica menos frívola, mais estressante, mais apreensiva. (Lipovetsky, 2007, pp.64-65)

Essa insegurança e ambivalência marcam o futuro. De forma análoga, a relação com o futuro altera radicalmente os laços sociais, a relação desse sujeito com seu corpo, com seu passado. O enfraquecimento do poder regulador das instituições sociais e o aumento da autonomia dos sujeitos enquanto atores desse processo, por um lado, leva a sujeitos mais fluidos, socialmente independentes, mas, por outro, contribui para a desestabilização do eu, aumentando a vulnerabilidade desses sujeitos, potencializando os sinais do “peso de viver” (p.84).

Lipovetsky (2007) situa aí o aparecimento de uma série de novos sintomas (psicossomáticos, estresse, depressão e compulsões). O passado, sua memória e seus representantes, não são mais tomados como lições a serem apreendidas, ou como marcos estruturantes. O passado é retomado, mas como objeto na lógica do consumo. Reciclado, renovado e explorado economicamente. Até as tradições religiosas são retomadas ao gosto das individualidades, desinstitucionalizadas, “desregulamentadas”, às vezes levando à práticas e crenças fanáticas. “No universo incerto, caótico, atomizado da hipermodernidade, cresce também a necessidade de unidade e de sentido, de segurança, de identidade comunitária, é a chance das religiões” (Lipovetsky, 2007, p. 94).

A condição pós-moderna difere do período da modernidade, pois os indivíduos da atualidade caracterizam-se através do consumo, da promoção de si e pelo silêncio nas relações entre o corpo, discurso e fantasma. “No lugar das antigas modalidades de sofrimentos centrados no conflito psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora como dor, inscrevendo-se nos registros do corpo, da ação e das intensidades” (Birman, 2012, p. 65).

Birman (2012) expõe que, diferente da modernidade, atualmente o “corpo” é nosso bem maior, acima de lugares, anteriormente em destaque na modernidade como “Deus” e a “alma”. O corpo é considerado nosso “ideal supremo”. Estar em sociedade, seguindo todas as normas ditadas, produz também mal-estar, porém na sociedade do espetáculo, como é caracterizada atualmente, o importante é não estar de fora. Na falta de elementos identitários estáveis e constantes para dar sustentação ao “eu”, o reconhecimento imediato e repetitivo produzido pelas redes sociais exerce papel importante.

Birman (2012) fala sobre ação e a compulsão como características fundamentais de certo “estilo de ser” do sujeito na contemporaneidade. Essas novas configurações estariam na base do conceito de “sociedade do espetáculo” (Debord, citado por Birman, 2012), sendo que o primordial é a visibilidade, exibição, dentre outros aspectos característicos dessa configuração. Os sintomas corporais, como o estresse e a compulsão (como nas toxicomanias), são exemplos do “mal-estar” que prevalece na contemporaneidade.

O impacto ocorrido nas matrizes estruturantes do discurso do sujeito e das instituições sociais que o regulam, faz com que se produza uma transformação no paradigma deste período conhecido como pós-moderno. Beck (2011) relata que, na contemporaneidade, é necessário a gestão do risco, e não mais da vida, como descrito por Foucault (1977), a respeito das sociedades disciplinares. O risco é efeito do processo de desterritorialização e destradicionalização.

As sociedades disciplinares surgem em contraponto às sociedades tradicionais, onde a prática criminosa era punida com torturas violentas e sofrimentos infligidos em público, em forma de espetáculo. Todo esse ritual buscava satisfazer dois requisitos: a prescrição propriamente dita e a demonstração de poder de quem pune. Através dele o soberano reafirma seu poder de vida, ou morte, sobre o corpo de seus súditos. Para Foucault (1977), a modernidade se caracteriza por uma nova forma de exercício do poder.

O ‘regime disciplinar’ caracteriza-se por um certo número de técnicas de coerção que exercem um esquadramento sistemático do tempo, do espaço e do movimento do indivíduos e que atingem particularmente as atitudes, os gestos, os corpos: Técnicas de individualização do poder. Como vigiar alguém, como controlar sua conduta, seu comportamento, suas atitudes, como intensificar sua performance, multiplicar suas capacidades, como colocá-lo no lugar onde ele será mais útil. (Revel, 2005, p. 35)

Esses procedimentos disciplinares são exercidos fundamentalmente sobre o processo, e não sobre o resultado. Seu foco está no corpo, e é expresso sob a forma de regulamentos, injunções disciplinares, controle do espaço e do tempo. O modelo de gestão disciplinar perfeita é apresentado pela formulação benthaminiana do “panóptico”. O panóptico era um projeto para uma prisão produzido por Jeremy Bentham, no final do século XVIII, em que existiam várias células agrupadas em torno de uma torre de observação central. Embora a prisão não tenha sido construída, a ideia foi usada como modelo para inúmeras instituições, incluindo algumas prisões. Foucault (1977) usa isso como uma metáfora para a operação do poder e vigilância na sociedade moderna.

Lipovetsky (2006) compartilha da mesma crítica colocada por U. Beck (2011). Para ele, a normatividade não é mais imposta pela disciplina, mas pela escolha e pela especularidade. Em “A era do vazio” (Lipovetsky, 2006, p. 107) ele afirma que as técnicas de controle não desapareceram, elas apenas se adaptaram, tornando-se menos “reguladoras, abandonando a imposição em favor da comunicação”. Aqui também a aceleração do tempo e o rompimento das barreiras impostas pelo espaço contribuem para o fim do regime disciplinar.

A redução das jornadas de trabalho, o discurso de valorização do tempo livre e a individualização levaram os sujeitos a novos conflitos ligados ao tempo. O sujeito se encontra em guerra contra o tempo. A “era da urgência”, do fazer mais em menos tempo, marca positivamente e negativamente a hipermodernidade. “A era da urgência é também aquela em que se dá a democratização da tecnologia do bem-estar crescente, a rápida expansão dos mercados da qualidade, a erotização feminina, a voga de esportes como esqui e windsurfe” (Lipovetsky, 2006, p. 81).

Byung-Chul Han (2015) também relaciona o fim do poder disciplinar com a constituição de uma nova subjetividade e de novas formas de adoecimento. Para ele, a sociedade das academias, shopping centers, aeroportos, etc. substituiu a dos hospitais, presídios, quartéis. Não somos mais sujeitos da “obediência”, mas sujeitos do “desempenho e da produção”. Os muros das instituições disciplinares que determinavam o normal e o anormal, o cidadão de bem e o criminoso, estabelecendo espaços normativos, estão obsoletos. O imperativo do dever é substituído pelo imperativo do poder.

Han (2015) afirma que a sociedade disciplinar está ligada à negatividade da proibição e da coerção, sendo o “verbo modal” dominante ao “não-ter-o-direito”. A desregulação social vai aos poucos abolindo o “dever” em prol de uma sensação de “poder ilimitado”, verbo modal dominante na sociedade de desempenho. “A positividade do poder é bem mais eficiente que a negatividade do Dever (...) O sujeito de desempenho é mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência” (Han, 2015, p.25).

Porém, para Han (2015), o imperativo do desempenho, novo paradigma das relações de trabalho, acaba por adoecer o sujeito contemporâneo. O sujeito do desempenho vive em guerra consigo mesmo na busca por otimizar e maximizar seu desempenho. Essa pressão exercida pela necessidade de desempenho acaba levando os sujeitos à depressão. “Ela irrompe no momento em que o sujeito de desempenho não pode mais ‘Poder’” (p. 29). O sujeito se vê diante do dilema da liberdade, entregar-se à “liberdade coercitiva ou a livre coerção de maximizar o desempenho” (p. 30). O adoecimento psíquico seria, para ele, a expressão patológica dessa liberdade paradoxal.

Tem-se assim uma sociedade que sofre de excesso de positividade, de informação e de estímulos, que provoca mudanças profundas na relação desse sujeito com a vida, alterando sua atenção, o que pode levar esse sujeito a uma situação de autoacusação destrutiva e à autoagressão, por não mais corresponder ao “nada é impossível” (Han, 2015, p.29).

As relações que vão se estabelecendo entre modernidade e pós-modernidade revelam novos modos de apresentação do sofrimento psíquico, que não correspondem unicamente ao modelo normatizante das sociedades disciplinares.

## Contemporaneidade, Novos Sintomas e o Corpo

Dunker (2011), em seu texto “Mal-estar, sofrimento e sintoma”, a partir da conceituação de “forma de vida”, discute a recontextualização da arte do diagnóstico na psicanálise. Para ele, todo diagnóstico é a tentativa de reconstrução de uma “forma de vida” a partir de uma narrativa, um referencial teórico, ou seja, dentro de certo jogo de linguagem. Ressalta que:

(...) em nenhum caso o diagnóstico é universal (a sociedade patológica, por exemplo), nem particular (este grupo social específico chamado ressentidos, por exemplo). Trata-se da relação entre universal e particular, ou seja, da relação contingente entre o sujeito e a lei. (Dunker, 2011, p.116)

O desenvolvimento dessa forma de pensar o diagnóstico leva Dunker (2011) a diferenciar sintoma, sofrimento e mal-estar. O sintoma seria a nomeação, a codificação de uma experiência de sofrimento, que passa a ser “signo de um processo patológico” (p.116). Essa experiência de sofrimento, quando não nomeada, apresenta-se como um mal-estar difuso (angústia flutuante). O sintoma é assim uma modulação do sofrimento a partir de referenciais metadiagnósticos, historicamente construídos.

Nesse mesmo sentido, Dunker (2004) afirma que a ordem e distribuição do gozo não é mais feita pelo “cálculo ético, político ou epistêmico” (p. 99), mas pelo cálculo estético, afirmando, a partir de sua leitura do livro de Eagleton, “Ideologia Estética” (1993), que “a ideologia estética de nossa época funciona como uma espécie de política negativa, substituindo o sujeito pelo corpo, a emancipação pela micropolítica (multiculturalista ou fundamentalista, por exemplo) e o saber narrativo pela técnica” (p. 99).

Assim, por exemplo, a produção de um universal, apoiado no método experimental-estatístico da medicina baseada em evidências (característico do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM) produz um saber facilmente assimilado ao discurso capitalista, que faz do sofrimento psíquico mercadoria, perdendo de vista o sujeito singular, “o sujeito narrativo, tomado como personagem e autor de um drama singular e sempre aberto, do qual ele é, ao mesmo tempo, protagonista e joguete” (Ramos, 2009, p.103).

Birman (2003a) afirma que a subjetividade atual tem assumido um papel “estetizante”, em que a percepção do outro no contexto social tem função privilegiada na administração psíquica do indivíduo. “Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas” (Birman, 2003a, p.24).

Dunker (2004, p.100) em seu texto procede a uma descrição de alguns tipos clínicos, resultado do enquadramento do gozo pela política estética. O primeiro deles é chamado de “paciente profissional”, ou seja, “pessoas que circulam pelos mais variados discursos e práticas à procura de um saber que resista à sua substituição por outro.”. Nesse tipo, a semântica do gozo é substituído por vivências estéticas ligado ao consumo “disperso e generalizado”, por um excesso de saber. Nesse tipo clínico, tudo se passa como se o saber, decomposto em circulação de imagens, tornasse o gozo imune a qualquer forma de detenção, escansão ou suspensão. Periodicamente, o meio de gozo deve ser substituído por um novo semblante superegóico (Dunker, 2004, p. 101).

O segundo tipo é o “consumidor unicista”, aquele que “adere a uma forma precisa e única de vivência que não se define pelo saber que a envolve, mas pelo objeto”. Aqui o significante mestre está colado ao objeto mais de gozar, tornando-se um imperativo (S1= a), um gozo quase que congelado. “A detenção de gozo, produzida na relação com o saber transforma-se em detenção no gozo, num tipo específico de gozo, monótono, inútil e autístico” (Dunker, 2004, p.102).

Dunker (2004, p. 103) chama o terceiro tipo de “corporalista”, no qual há uma espécie de “radicalização da histeria na sua apresentação clássica, uma corporalização onde o significante fálico, a moeda neurótica de ciframento do gozo, se vê convertida na reificação da imagem do corpo”. O sujeito se reduz ao objeto mais de gozar a partir de um semblante ideal que é a imagem do corpo.

O último tipo descrito é o “normalopata”, “Sujeitos para os quais a loucura constitutiva da ordem humana não parece colocar questão até sua irrupção súbita e imotivada” (Dunker, 2004, p.104). Portanto, sujeitos que, em sua vida, apresentam-se extremamente ordenados, disciplinados e adaptados, uma perfeita conjunção entre o significante mestre e o saber, rompido subitamente pela aparição da angústia. O fato de conseguir se encaixar em descrições psicopatológicas gerais, que o torna pertencente à certa “classe”, tem valor reorganizador e estabilizador. Dunker (2004, p. 104) afirma que esses quatro tipos clínicos refletem formas distintas do “impacto da ideologia estética sobre os modos de subjetivação do sofrimento”.

Análise semelhante é feita por Birman (2003b), na qual as antigas modalidades de sofrimento psíquico produzidas por certa renúncia pulsional em favor de interdições morais (causa do mal-estar), têm agora, como palco, o registro do corpo, da ação e do controle das intensidades. É nesses registros que se irá atualizar o mal-estar, seja sob a forma de afecções psicossomáticas, síndromes do pânico e/ou estresse (ligados ao corpo), seja por meio de compulsões (como as toxicomanias, o consumismo sem limites) e/ou para controlar os excessos (a tristeza demasiada, a euforia, etc.). O corpo e a ação são o palco das novas modalidades de sofrimento em detrimento de um empobrecimento da linguagem, característica fundamental da contemporaneidade.

Amorim (2009) relata, citando Lyotard, que as mudanças características da pós-modernidade estão relacionadas à crise da ciência, causada pelo “impacto das transformações tecnológicas sobre o saber” (p.11). Diríamos que, na pós-modernidade, o sujeito perdeu a capacidade de simbolização e esse empobrecimento mobiliza o surgimento de novos sintomas. A diminuição simbólica leva a um abandono das questões relacionadas ao sujeito de fato. Dessa forma, hoje, os aspectos mais voltados ao homem são os “funcionais e imediatos da sua existência” (Amorim, 2009, p. 12). A característica do imediatismo na atualidade está relacionada ao capitalismo, e ao imperativo da urgência - produzir mais, em menos tempo. As nossas experiências subjetivas levam ao máximo a ideia de que as relações entre sujeito e objeto são sempre permutáveis, e que o limite de ter um objeto é ser um objeto. Como afirma Birman (2012, p.113): “*É como se houvesse uma série de objetos a serem consumidos, e o último deles é o próprio sujeito*”.

Nesse sentido, Birman (2003b) afirma que os indivíduos se encontram hoje numa situação de quase impossibilidade de se construírem, já que a alteridade, suporte dessa constituição, não encontra consistência simbólica.

(...) não é possível interpretar devidamente as formas contemporâneas de mal-estar estritamente nas perspectivas epistemológicas da psicanálise e da psiquiatria biológica. Isso porque as transformações contemporâneas produziram uma mudança antropológica na forma de ser da subjetividade que precisa ser reconhecida e apreendida (...). (Birman, 2003b, p.62)

Esse estado de ausência da própria alteridade é chamado por ele de desalento, que é substancialmente diferente do desamparo, no qual o referencial simbólico ausente ainda mantém possibilidades de se apresentar. Dessa forma, “(...) com a desconstrução do poder centrado na soberania e a multiplicação de seus pólos, a subjetividade não sabe onde se apoiar em sua organização, acarretando seu desmapeamento ostensivo e falhas nos processos alteritários” (Birman, 2003b, p.62).

Nesse contexto, as queixas somáticas, a dor generalizada, tomam o lugar da angústia. O corpo se torna lugar de expressão direta daquilo que o empobrecimento simbólico não consegue significar. Há como que uma falência do simbólico. A subjetividade não se vê mais em condições de nomear qualquer coisa, muito menos a si própria.

Birman (2012) nos mostra que, diferente da modernidade, o corpo atualmente é considerado nosso ideal de felicidade, principalmente quando ela é vinculada à sociedade de consumo. Estar em sociedade, seguindo todas as normas ditadas, produz também mal-estar, porém, na sociedade do espetáculo, como é caracterizado atualmente, o importante é não estar de fora.

Na falta de elementos identitários estáveis e constantes para dar sustentação ao “eu”, o reconhecimento imediato e repetitivo produzido pelas redes sociais exerce papel importante. É no corpo que uma série de demandas relacionadas a

dores, esgotamento e outros males vão se atualizar, sendo típico da contemporaneidade o uso do estresse como causa dessas queixas. Essas seriam algumas das formas de significar o mal-estar na contemporaneidade.

Para alguns autores, como Pereira (s/d, p. 13), “o adoecimento da alma estaria exprimindo a própria doença da sociedade”. O sofrimento psíquico não é algo novo, mas suas configurações atuais são. A passagem da modernidade para a contemporaneidade ocasionou uma série de transformações no estilo de vida, na formação dos laços sociais, na cultura, que resultam de modificações não só na forma de apresentação do sofrimento psíquico, mas também de mudança nas instituições fundantes da sociedade. Poder-se-ia perguntar qual é o lugar e o papel das instituições de saúde mental dentro dessa nova configuração social. Especificamente, como a “clínica” praticada no CAPS é afetada por essa crise de civilização?

### **O CAPS no Contexto Contemporâneo**

É nesse contexto que o CAPS organiza a atenção em saúde mental. Os efeitos da pós-modernidade também se fazem presentes nesse espaço. Um exemplo dessas mudanças discursivas pode ser percebido no discurso atual da psiquiatria.

O atual modelo de saúde mental pública brasileira foi definido historicamente a partir de uma forte contestação ao modelo hospitalocêntrico e, por extensão, ao discurso médico e aos próprios métodos da psiquiatria (Silva, Cardoso, Ferreira, & Oliveira, 2006). Esse embate com o saber médico psiquiátrico é marca constante dos discursos produzidos a respeito da saúde mental. O discurso médico psiquiátrico, em consonância com as mudanças características da pós-modernidade, recupera seu lugar privilegiado no campo da saúde mental.

A psiquiatria, atualmente, é marcada pelas características de heterogeneidade discursiva próprias da pós-modernidade. Tomada não apenas como disciplina, ou especialidade médica, mas como um campo de tecnologias e práticas sociais voltadas para o enfrentamento dos diferentes sofrimentos mentais, a neuropsiquiatria se ancora em uma proposta de uma psiquiatria baseada em evidências. Essa psiquiatria biológica, obcecada pela questão da evidência, desconhece o paciente enquanto sujeito e reconhece apenas amostras e populações de pacientes (Ramos, 2009, p. 93). O efeito desse discurso, no entanto, é o mesmo da psiquiatria contestada pela reforma brasileira, ou seja, uma tentativa de dissociar a loucura dos aspectos subjetivos que a compõe. Esse discurso psiquiátrico tem se presentificado cada vez mais na montagem desses serviços substitutivos. Dessa forma, a adoção dessa postura pelos profissionais em saúde mental, não apenas médicos, tem produzido um silenciamento desse sujeito em sofrimento psíquico grave.

O CAPS, lugar privilegiado de recepção do sofrimento psíquico, no momento político atual se deixa capturar por esse silenciamento. A questão, no entanto, retorna, insiste em ser ouvida, o mal estar se materializa sobre outras formas, demandando cuidado e alívio. Imaginemos um caso que aconteceu e que se configurava como extremamente comum em termos de acolhimento no CAPS. Trata-se de uma jovem que vem ao CAPS após internação breve na Universidade Federal de Uberlândia, sem diagnóstico definido, oscilando entre um transtorno de personalidade e depressão. Nos motivos da internação estão colocadas agressividade, agitação e ideação suicida. Um roteiro comum de uma jovem mãe que, no discurso sobre a relação com o marido, nos faz ver uma série de traços próprios da estrutura histórica. A insatisfação constante, a contestação fállica sob a forma de uma cobrança sintomática que se esgota no “dar a ver” que governa a economia desejante dessa histórica. Ainda que se apele aos traços estruturais tão conhecidos, tal diagnóstico está longe de dar conta do sofrimento que se apresenta. As dimensões do corpo, da ação e da intensidade (Birman, 2012) se fazem notar. A contestação fállica, que poderia se colocar como “Eu te coloco no desafio de me provar que você tem realmente o que é suposto ter”, em função de um empobrecimento do simbólico, esgota-se no aqui e agora do reconhecimento.

Não se trata mais do “sem mim você nada seria”, mas, ao contrário, eu sou a partir desses sintomas produzidos, das brigas, dos conflitos. O eu realidade definitivo se regula pela temporalidade. O corpo deixa de ser a articulação complexa de diferentes territórios, que incluem o somático e o orgânico, sem se confundir com eles, para exatamente ser tomado apenas na sua esfera orgânica. A disfunção dos neurotransmissores causa efeitos dos quais não sou responsável ao mesmo tempo em que me garante mais um elemento identitário que sustenta a continuidade do eu. “Eu sou depressiva”.

Há aqui, de fato, uma dificuldade de lidar com os efeitos da falta, decorrente das escolhas. Não há um saber, ou uma referência, que sustente tais escolhas. Se há um sofrimento, não há, no entanto, um estado melancólico (que seria uma identificação com o objeto perdido) correlato próximo do que a psiquiatria chamaria de depressão. O agarrar-se à “depressão” é antes de tudo a possibilidade de sustentar uma identidade em um mundo sem referências seguras, que tudo justifica. Há, como descreve (2004), uma objetivação estética, típica no que ele descreve como paciente profissional. O saber sobre a “depressão”, decomposto nos diferentes discursos (biologia, psiquiatria, psicopatologia, etc.), não permite uma escansão do gozo.

Uma última questão se coloca. Essa dor de existir cotidiana, esse mal-estar sempre presente e tão pouco tolerado, não encontra mais escuta. Os serviços substitutivos em saúde mental, por uma questão de prioridade, colocam como critério de entrada a intensidade do sofrimento psíquico em questão. Atendemos apenas aos casos graves. Dessa forma, é através da

colocação em cena de ideais de autoextermínio é que essas demandas podem de novo ser absorvidas e acolhidas, podem de novo ser escutadas. Os constantes encaminhamentos ao CAPS de pessoas com ideação suicida não reflete uma insólita perda do valor da vida, senão uma busca de recolocar em questão esse sofrimento em viver que não encontra mais lugar no mundo ordinário. Há de se fazer do sintoma algo “extraordinário”, algo que mobilize a escuta do Outro.

### Considerações Finais

Estamos em um período de quebra do modelo hegemônico do trabalho que visa especialmente à cura da doença. Esse modelo caminha na direção da construção de novas práticas e serviços e, desta maneira, a implantação de qualquer Centro de Atenção Psicossocial tem que ser lida como um processo em construção e amadurecimento. O modelo de atenção psicossocial com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica vem passando por transformações e questionamentos. A prática do cuidado em saúde mental é ordenada hoje por uma lógica local, e pela prevalência do ato sobre a função, com o consequente silenciamento do sujeito.

Percebe-se uma heterogeneidade de discursos que vão se produzindo sobre a Saúde Mental e que se inter cruzam de forma decisiva nas práticas colocadas em ato nos diferentes dispositivos substitutivos propostos enquanto política pública. A Saúde mental se converte em dever do Estado, sendo associada à “promessa política de felicidade” (Veras, 2009, p.7). O Estado passa a assumir, através de seus dispositivos, o discurso de quem “tem que dar conta” da loucura, das intensidades, seja na forma da falta, seja do excesso (depressão ou mania) que tanto atrapalha e produz incômodo em nossa sociedade. Um dar conta, por um lado, de um sujeito que é autor-ator-intérprete de um drama sempre singular e sempre aberto, e, por outro, de uma condição, a loucura e as diferentes formas de sofrimento psíquico. Uma condição que foge das amarras normativas, um sintoma que não faz laço social, com o imaginário à deriva, um fora do discurso; e das intensidades que não encontram mais referências, ponto de basta e que precisam se fazer sintomas classificados e ordenados, extraordinários, para se fazerem ouvir. O corpo, nesse contexto, torna-se palco privilegiado para sustentar as diferentes formas de apresentação do mal-estar.

Não há clínica sem sujeito. Toda clínica há de ser sempre clínica de um sujeito singular. Esse é um dos alicerces defendidos pela reforma antimanicomial brasileira, porém, tomada enquanto dever cego, essa prática se torna efetivamente anticlínica. Deve-se refletir sobre o sujeito em questão, com suas novas formas de subjetivação, recuperando aquilo que marcadamente caracteriza a função-CAPS.

### Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amorim, M. (2009). Formas de saber na cultura contemporânea. In A. Szapiro (Org.), *Clinica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização* (pp. 09-18). Rio de Janeiro: Bapera.
- Askofar, S. (2009). Da subjetividade contemporânea. *Revista A peste*, 1(1), 165-175.
- Beck, U. (2011). *Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade* (S. Nascimento, Trad.). São Paulo: Editora 34.
- Birman, J. (2003a). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação* (4a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2003b). Corpos e Formas de subjetivação em Psicanálise. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro*.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade: Espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Delgado, P. G. (1999). A atenção psicossocial na metrópole: Algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB*, (14).

- Delgado, P. G. (2007). Política nacional de saúde mental: O contexto decisivo do pacto pela saúde. *Jornal do CONASSEMS*, (8). 8-9.
- Dunker, C. I. L. (2004). Formas de apresentação do sofrimento psíquico: Alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(1), 94-111.
- Dunker, C. I. L. (2011). Mal-estar, sofrimento e sintoma. *Revista Tempo Social*, 23(1), 115-136.
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo - O centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 33-47). São Paulo: Hucitec.
- Guattari, F. (1992). *Da produção da subjetividade. Caosmose: Um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34.
- Hall, S. (2000). *A identidade cultural da pós-modernidade*. São Paulo: DP&A.
- Han, B. (2015) *Sociedade do Cansaço* (E. P. Gianchini, Trad). Petrópolis:Vozes.
- Lacan, J. (1998). *Escritos: A ciência e a verdade (1965-66)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental*. (Link)
- Lipovetsky, G. (2006). *A era do vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. São Paulo: Manole.
- Lipovetsky, G. (2007). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Lyotard, F. J. (2013). *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2005). *Saúde mental no SUS: Informativo de saúde mental*. (Link)
- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nicolaci-Da-Costa, A. M. (2004). A passagem interna da modernidade para a pós- modernidade. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(1), 82-93. (Link)
- Pereira, W. C. C. (s/d). *Clínica transdisciplinar: Há novos sujeitos, novos sintomas, uma nova clínica?* (Link)
- Ramos, F. (2009). Clínica, pluralidade e dialética: os desafios da psiquiatria contemporânea. In A. Szapiro (Org), *Clínica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização* (pp. 93-106). Rio de Janeiro: Bapera.
- Revel, J. (2005). *Foucault: Conceitos Essenciais*. São Carlos: Claraluz.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Silva, A. C., Cardoso, A. Ferreira, M. E. J., & Oliveira, V. M. (2006). Os limites da Reforma Psiquiátrica. *Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro*, 2(10).
- Spink, M. J. (2001). Trópicos do discurso sobre o risco: Risco aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 1277-1311. (Link)

Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Vieira, E. D., & Stengel, M. (2012). Ambiguidades e fragilidades nas relações amorosas na Pós-Modernidade. *Itinerarius Reflectionis*, 2, 01-19. (Link)

---

**Endereço para correspondência**

Caio César Souza Camargo Próchno  
Email: c.prochno@uol.com.br

Wellington Luís Cardoso Bessa  
Email: wlcberra@gmail.com

**Recebido em:** 21/10/2015

**Revisado em:** 17/10/2016

**Aceito em:** 11/11/2016