

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências da Saúde

**NOS LIMITES DA SAÚDE MENTAL:
a loucura na perspectiva do discurso bioético**

JOSENIR LOPES DETTONI

Brasília – DF
Julho de 2007

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**NOS LIMITES DA SAÚDE MENTAL:
a loucura na perspectiva do discurso bioético**

JOSENIR LOPES DETTONI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem

Brasília - DF
Julho de 2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

DETTONI, Josenir Lopes. **Nos limites da saúde mental:** a loucura na perspectiva do discurso bioético. UnB. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. 2007. 58 p.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Dirce Guilhem (FS/UnB)
(Presidente)

Prof. Dr. Carlos Alberto Paraguassu Chaves (GEO/UNIR)
(Membro efetivo)

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves (FS/UnB)
(Membro efetivo)

Prof.^a. Dr.^a. Maria do Socorro Nantua Evangelista (FS/UnB)
(Membro Suplente)

Defendida a Dissertação

Em: 06/07/ 2007

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, José e Lenir, por seu amor, paciência, respeito e dedicação, e a meus irmãos, Jovanir e Josilene, por seu carinho e lealdade.

Agradecimentos

Aos familiares, amigos e professores.

A minha orientadora, Professora Doutora Dirce Guilhem.

Aos membros do Departamento de Educação da Universidade Federal de
Rondônia – Campus de Rolim de Moura, por seu apoio e compreensão.

Ao amigo Gustavo França, pela acolhida.

E a todos que me ajudaram a atingir a alegria que este trabalho representa.

(...) se a loucura é nesse mundo patologia ou anormalidade é porque a coexistência de seres diferenciados se tornou uma impossibilidade.

João A. Frayze-Pereira

Resumo

Este trabalho tem como objetivo investigar a sistematização teórica acerca da loucura a partir do atual discurso bioético. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, utilizando-se a técnica de revisão sistemática de artigos científicos publicados e indexados em bases de dados. Buscou-se explicitar a relação existente entre os campos da Bioética e da saúde mental e em seguida, para contextualizar os resultados encontrados, analisou-se a historicidade da concepção da loucura e os tratamentos tradicionalmente utilizados para seu enfrentamento. Os resultados obtidos apontam para a existência de grande variedade de temas relacionados ao foco desta pesquisa, ainda que de sistematização incipiente: autonomia e determinação de competência dos doentes mentais; predição genética de doenças mentais; níveis de culpabilidade; políticas públicas de saúde mental; terapêutica e ética psiquiátricas; preconceito e estigmatização da doença e do doente mental. O trabalho sugere uma maior discussão sobre a loucura e saúde mental no campo da Bioética e pretende contribuir para ampliar o conhecimento nesse tema.

Palavras-chave: Bioética, Transtornos Mentais, Saúde Mental, Ética

Abstract

The present dissertation has as objective an investigation of the theoretical systemization concerning the madness starting from the current bioethics speech. A qualitative research was developed, using the technique of published and systematic indexed scientific article revision in databases. One searched to explicit the existing relation enters the fields of the bioethics and of the mental health and after that, to contextualized the found results, it was analyzed history of the conception of madness and the traditionally used treatments for its confrontation. The obtained results indicate great variety of related themes, although of incipient systemization: autonomy and determination of competence of the mental patients; genetic prediction of mental diseases; guilt levels; public politics of mental health; therapeutics and psychiatric ethics; prejudice and stigma of the disease and of the mental patient. The text suggests a larger discussion about the madness and mental health in the field of the bioethics and he wants to contribute to improve knowledge at this theme.

Keywords: Bioethics, Mental Disorders, Mental Health, Ethics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Idiomas pesquisados e artigos selecionados.....	42
Ilustração 2 – Categorias definidas de acordo com o delineamento do estudo nos artigos selecionados.	43
Ilustração 3 – Principais temas tratados nos artigos selecionados.	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Banco de dados adotados: pesquisa em inglês (bioethics/madness)	39
Quadro 2 – Banco de dados adotados: pesquisa em português (bioética/loucura)	39
Quadro 3 - Artigos analisados incluídos na categoria Revisão de Literatura – Inglês	45
Quadro 4 - Artigos analisados incluídos na categoria Revisão de Literatura – Português.	48
Quadro 5 - Artigos analisados incluídos na categoria Metodológico – Inglês.....	51
Quadro 6 - Artigos analisados incluídos na categoria Empírico – Inglês.	52
Quadro 7 - Artigos analisados incluídos na categoria Empírico – Português.	53
Quadro 8 - Artigos analisados incluídos na categoria Outros – Inglês	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
Objetivos.....	14
Objetivo geral	14
Objetivos específicos.....	14
1 BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL	15
2 LOUCURA E HISTORICIDADE: CONCEPÇÕES E TRATAMENTOS	27
3 METODOLOGIA	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

Houve uma época na história em que os loucos, escorraçados, expulsos, excluídos das cidades, eram confiados aos barqueiros e marinheiros. À loucura, deste modo, cabia o espaço das águas, o reino de Netuno, misterioso, profundo, ambíguo. Surgiram, assim, as Naus dos Loucos, navios errantes, sem rumo certo (FOUCAULT, 1991:12). Algum tempo se passou, mas sobrevêm aqui algumas questões: Por onde andam esses navios em nos dias atuais? Qual é, pois, o espaço, o lugar da loucura na contemporaneidade? Em que portos podem atracar? Eis que neste trabalho tratar-se-á de um deles: a Bioética. Antes, porém, são importantes algumas considerações preliminares.

Ora, o mundo atual é marcado por constantes mudanças. As perspectivas que se abrem no início do novo século são incomensuráveis e atingem todos os campos da vida humana. Nas áreas da ciência e da saúde, grandes são os avanços técnicos que constantemente se apresentam. O homem hoje com o progresso de seu conhecimento já perscruta os segredos genéticos da vida. Nunca houve tanto avanço na área do conhecimento.

Com tamanho desenvolvimento, o homem tem nos dias atuais um grande poder em suas mãos. Hoje é possível prolongar a vida humana ou destruí-la definitivamente, de modo que a reflexão sobre o reto agir se faz preeminente. A ética, assim, ocupa lugar importantíssimo no pensamento contemporâneo, tendo um valor fundamental para a sobrevivência da humanidade.

Na área da saúde, muito se pergunta sobre o que fazer com os avanços tecnológicos que se apresentam. Surge, deste modo, um novo e importante campo de reflexão: a Bioética, que reúne contribuições teóricas de diversos domínios do saber, como as ciências médicas e filosóficas.

Com relação à área da saúde mental, ponte entre as ciências biológicas e humanas, a reflexão bioética, embora ainda incipiente, é também indispensável. Em especial, quando se considera o tema da saúde mental, de grande relevância e impacto na vida social em geral e, especificamente, como parâmetro essencial de definição de distúrbios e desvios comportamentais por meio da concepção de normalidade, a ponderação bioética pode servir como grande aliada na busca de uma melhor aproximação, por exemplo, à questão da loucura. Tal questão, aliás, tem sido objeto de

considerações muito diversas ao longo da história, que resultam em conseqüências práticas na forma como tal fenômeno é tratado cotidianamente.

O presente estudo busca, a partir dessa perspectiva, responder ao seguinte problema norteador: **como está sistematizado o discurso sobre a loucura no contexto bioético?** Para isso, como técnica de coleta de dados, utilizou-se a revisão sistemática de artigos científicos nacionais e internacionais. A importância da utilização de tal técnica fica clara e justificada ao serem recordadas as atuais perspectivas teóricas acerca da natureza da ética ou filosofia moral.

Com efeito, o fim da Idade Média marcou a derrocada do paradigma cristão e da figura de Deus como parâmetro hegemônico para o estabelecimento de valores morais no Ocidente. Entretanto, também a racionalidade moderna com sua pretensão de universalidade não foi capaz de estabelecer univocidade no discurso moral. Aliás, a Filosofia contemporânea é caracterizada pela multiplicidade de pontos de vista teóricos sobre o tema. Um deles, de crescente aceitação no mundo acadêmico, é proposto por Jürgen Habermas e considera que a ética encontra seu fundamento no discurso entre interlocutores morais. A ética teria seu fundamento não em uma realidade metafísica, como uma divindade ou a razão universal, mas na interação humana, no consenso que se estabelece a partir do discurso (HABERMAS, 1989).

Assim, considerando a linguagem como fundamento da moralidade, pretende-se investigar o perfil do discurso sobre a loucura no contexto atual da Bioética, indicando tendências teóricas sobre o fenômeno da loucura que possam auxiliar em sua melhor compreensão, diagnóstico e correspondente tomada de decisão psicoterapêutica. Isso pode contribuir para tornar a prática clínica mais eficaz em seu propósito de aliviar ou curar distúrbios e promover saúde psíquica aos que a ela recorrem.

Nesse sentido, importa enfatizar que não se trata de buscar, por meio desta pesquisa, apenas uma perspectiva teórico-especulativa da Bioética aplicada ao tema da loucura, uma vez que “um juízo ético que não é bom na prática deve ressentir-se também de um defeito teórico, pois a questão fundamental dos juízos éticos é orientar a prática” (SINGER, 1993:10). Em outras palavras, quer-se construir uma análise que ofereça elementos capazes de nortear a atuação de todos os envolvidos no fenômeno. Assim, como área que reúne em si aspectos ético-filosóficos juntamente com sua aplicabilidade prática, a reflexão bioética a ser desenvolvida deve servir para esclarecer e orientar os princípios

subjacentes aos procedimentos adotados na prática clínica. Para isso, o estudo foi organizado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, intitulado Bioética e Saúde Mental, é traçada uma ponte teórica entre essas duas áreas, que mostra a importância de se tratar o tema da loucura a partir de um enfoque bioético. Para tanto, é oportuna a consideração dos desafios epistêmicos que o campo da Saúde Mental enfrenta, bem como os que a própria Bioética encontra para se estabelecer como área de conhecimento e discussão em torno das questões morais relativas à saúde e à vida humana.

No segundo capítulo, Loucura e Historicidade, com a ajuda de uma revisão de literatura, é traçado um breve percurso histórico de como a loucura foi definida e tratada desde a Idade Média até a atualidade. Assim, a perspectiva religiosa medieval é considerada, bem como as modernas tendências racionalistas e empiristas sobre o tema. Deste modo, chega-se à contemporaneidade com suas duas principais concepções sobre a loucura: doença ou fenômeno cultural.

O terceiro capítulo, Metodologia, explicita o enfoque adotado, caracterizando o tipo de pesquisa realizada. São feitas considerações sobre a importância científica do estudo bibliográfico. Apresenta-se e justifica-se a revisão sistemática como técnica de coleta de dados, bem como se identificam as diversas etapas do procedimento seguido para sua obtenção.

Por fim, no quarto capítulo, Resultados e Discussão, faz-se a apresentação dos artigos resultantes da revisão sistemática e é construída uma análise geral de como o tema da loucura foi abordado pelos mesmos.

Importa ressaltar que este trabalho, por sua própria natureza e temática, busca unir-se a todos os esforços realizados para a promoção da saúde mental. Assim, desde sua origem, porta intenção de utilidade, uma vez que, servindo de estímulo à reflexão ética, as considerações aqui traçadas podem contribuir, para uma melhor compreensão do fenômeno da loucura e, conseqüentemente, maior eficácia terapêutica.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever e analisar a sistematização teórica acerca da loucura a partir do atual discurso bioético presente nos artigos científicos publicados e indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Objetivos específicos

Identificar pontes teóricas entre a Bioética e a área da saúde mental;

Descrever historicamente e analisar tendências teóricas sobre o fenômeno da loucura;

Revisar de modo sistemático as atuais produções científicas contidas em bases de dados nacionais e internacionais que relacionem Bioética e loucura.

1 BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL

A reflexão sobre as orientações para o agir humano, bem como a preocupação formal acerca das atitudes corretas diante da vida, especialmente a de outrem, não são recentes: “desde Hipócrates, humanistas, filósofos, teólogos, juristas de todas as épocas e de todos os países continuaram a se questionar sobre as exigências do respeito à vida humana” (DURAND, 1995:5). Contudo, recentemente,

um grande desenvolvimento tecnológico fez surgir dilemas morais inesperados relacionados à prática biomédica (por biomedicina é preciso entender todo o exercício profissional relacionado à saúde e à doença dos seres humanos, seja no campo da medicina propriamente dita ou da enfermagem, nutrição, biologia, psicologia e outros) (DINIZ; GUILHEM, 2002: 12).

Assim, devido às características peculiares dos tempos atuais, tal reflexão se tornou mais intensa e de extrema importância para a espécie humana, já que

a aceleração do progresso científico e técnico nesses últimos anos, além do aumento do pluralismo nas sociedades contemporâneas, tem levado todos e cada um a se colocarem questões novas (inseminação artificial, esterilização, transexualidade, fecundação artificial, quimioterapia, excitação terapêutica), ou a se interrogar de maneira nova sobre antigas questões (suicídio, eutanásia, aborto, eugenismo) (DURAND, 1995:5).

Além do desenvolvimento tecnológico, que trouxe consigo novos dilemas morais, outros fatores também concorreram fortemente para o surgimento e consolidação da Bioética. Os anos 60 do século XX foram marcados por um amplo movimento de transformações culturais no Ocidente e uma conseqüente abertura à pluralidade moral. Além disso, a Medicina aos poucos começou a estabelecer um diálogo cada vez mais frutífero com outras áreas do conhecimento, formando, deste modo, uma base reflexiva multidisciplinar importante para a configuração do pensamento bioético. De modo concomitante, um aumento de denúncias acerca de pesquisas abusivas com seres humanos pós-Segunda Guerra Mundial contribuiu para a gênese e o definitivo estabelecimento de um campo do saber que se convencionou chamar de Bioética:

O termo bioética, literalmente ética da vida, é cunhado como um neologismo, em 1971, pelo oncologista Van Ressenlaer Potter num livro chamado *Bioethics: bridge to the future*, com o objetivo de, ao juntar num só campo os conhecimentos da

biologia e da ética, ajudar a humanidade numa participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural (ZOBOLI, 2002:58).

Contudo, a definição de Bioética foi se alterando ao longo do desenvolvimento de sua história. É o que pode ser visto ao serem analisadas, por exemplo, as definições apresentadas pela **Encyclopedia of Bioethics**, obra de referência sobre o tema, nas suas três edições. Em sua primeira edição, em 1978, sob o comando de Warren T. Reich, a Enciclopédia apresenta a Bioética como

o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais. [...] A bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados com valores, que surgem da relação médico-paciente (REICH, 1978: XIX).

Em sua segunda edição, em 1995, a Bioética é definida como “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar” (REICH, 1995). Percebe-se aqui que os termos “valores” e “princípios” não são mais utilizados. Tal alteração em relação à primeira edição mostra uma tentativa de afastar a definição de uma possível interpretação principialista, abarcando, portanto, o aspecto plural inerente à Bioética.

Na terceira edição, em 2004, sob a supervisão do editor Stephen G. Post, o tópico específico sobre Bioética não sofre reformulação em relação à edição anterior. No entanto, a enciclopédia como um todo amplia consideravelmente o número de tópicos relativos ao tema, indicando, deste modo, uma reflexão crescente e maior aprofundamento acerca dessa nova área do saber (POST, 2004).

Do ponto de vista acadêmico, além, é claro, da contribuição trazida pela enciclopédia, um marco referencial importante é o chamado **Relatório Belmont**, documento fruto de quatro anos de trabalho da Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental dos Estados Unidos, em meados dos anos 1970. O relatório elegeu e apresentou três princípios éticos norteadores para o agir biomédico: 1) respeito pelas pessoas; 2) beneficência; 3) justiça. Assim,

a estruturação mínima proposta pelo relatório, representada pela eleição dos três princípios éticos, foi o pontapé inicial que a bioética necessitava para sua definitiva organização nos centros universitários e acadêmicos. Foi, então, a partir da

publicação do relatório que teve início a formalização definitiva da bioética como um novo campo disciplinar (DINIZ; GUILHEM, 2002:23).

Após o **Relatório Belmont**, outro marco acadêmico fundamental para a reflexão bioética foi a publicação de **Princípios de ética biomédica**, de Tom Beauchamp e James Childress, em 1979 (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001:57). A proposta teórica desses autores “seguia trilha aberta pelo **Relatório Belmont** alguns anos antes, defendendo a idéia de que os conflitos morais poderiam ser mediados pela referência a algumas ferramentas morais, os chamados princípios éticos” (DINIZ; GUILHEM, 2002:25). Tal perspectiva, por esse motivo, é chamada de Princípioalismo; e os princípios por ela apresentados são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

“A palavra *autonomia*, derivada do grego *autus* (auto) e *nomos* (regra, governo ou lei), originalmente referiu-se a auto-regulação ou autogoverno de cidades-estado independentes” [tradução livre] (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001:57). Contudo, ao longo do tempo, o termo adquiriu significados diversos. Em todo caso, autonomia sempre implica ao menos em duas condições importantes: liberdade e capacidade de ação intencional.

Em Bioética, no contexto do Princípioalismo, o respeito à autonomia, princípio que possui prioridade sobre os demais, requer que a ação do sujeito não seja objeto de controle de outras pessoas; e que sempre se busque promover tomadas de decisões livres e esclarecidas no cuidado da saúde e em pesquisas. Nesse sentido, o princípio da autonomia “sugere que o pré-requisito para o exercício das moralidades é a existência de uma pessoa autônoma” (DINIZ; GUILHEM, 2002:28).

Tal conceito, constituinte da teoria principialista, entre outras coisas orienta que

as pessoas tradicionalmente consideradas dependentes e, muitas vezes, vulneráveis, como as crianças, os deficientes mentais, os idosos e mesmo os pacientes dentro de uma hierarquia rígida e de estruturas fechadas nos serviços de saúde, devem ter sua integridade e desejos protegidos, muito embora não sejam capazes de exercer plenamente a autonomia. Muitas vezes a debilidade provocada por certas doenças incapacitantes compromete o exercício da liberdade, impedindo a expressão da vontade de cada indivíduo. Em nome disso, o debate sobre a defesa e o respeito à autonomia tornou-se um ponto-chave para a bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002:29).

No campo da Saúde Mental, surge uma questão importante: até que ponto existe e deve ser respeitada a autonomia daquele que é considerado louco?

Já o princípio da beneficência estabelece a obrigação moral de agir em benefício dos outros. Trata-se de um princípio muito antigo, presente nos fundamentos da prática biomédica. Contudo, apesar de seu lastro na tradição do cuidado da saúde, permanece sendo um princípio que, em sua aplicação prática, exige ponderações. Assim, por exemplo, “se o respeito à autonomia de pacientes deveria ter prioridade acima da beneficência profissional dirigida àqueles pacientes é um problema central em ética biomédica” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001:176). Com efeito, aqui se encontra um dilema importante na aproximação ao tratamento da loucura.

Quanto à não-maleficência, esse princípio “afirma a obrigação de não infligir dano em outras pessoas. Em ética médica, tem estado bastante associado com a máxima *Primum non nocere*: ‘acima de tudo não cause nenhum dano’” [tradução livre] (IDEM:113). Aqui surge um questionamento importante no que se refere à Saúde Mental: como garantir a não-maleficência sem uma compreensão profunda do que vem a ser a loucura? Não é verdade, nesse sentido, que muitos supostos “tratamentos” causaram intenso sofrimento e graves seqüelas psíquicas e físicas nos que são acometidos por esse fenômeno?

O quarto princípio, o da justiça, apresenta-se com imenso lastro teórico. Ao longo do tempo, diversos filósofos tentaram explicar o que é justiça. Esta, de maneira geral é interpretada como

tratamento apropriado levando-se em conta o que é esperado ou devido para as pessoas. Os padrões de justiça são necessários sempre que pessoas são beneficiadas ou lesadas por causa de suas propriedades ou circunstâncias particulares, tais como serem produtivas ou terem sido prejudicadas por ações de outras pessoas. Aquele que possui uma reivindicação válida baseada em justiça tem um direito; e então algo lhe é devido. Assim, uma injustiça envolve um ato errado ou omissão que nega benefícios a pessoas que deles têm direito ou distribui deveres incorretamente.

O termo justiça distributiva refere-se ao que é equitativo, à distribuição apropriada determinada por normas justificadas que estruturam as condições de cooperação social. Seu âmbito inclui políticas que distribuem diversos benefícios e deveres, como propriedade, recursos, taxaço, privilégios, e oportunidades [tradução livre] (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001:226).

De fato, com o devir histórico, o conceito de justiça assumiu distintos aspectos de acordo com a ideologia vigente em cada época. Entretanto, “comum a todas as teorias de justiça é um requisito formal mínimo tradicionalmente atribuído a Aristóteles: iguais devem ser tratados igualmente, e desiguais devem ser tratados desigualmente”

(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001:227). Contudo, esse princípio formal não apresenta propriamente critérios para igualdade e desigualdade, o que, no caso do estudo sobre a loucura, por exemplo, acaba por não esclarecer de que forma se pode oferecer um tratamento justo aos loucos.

Entretanto, apesar de sua importância e temporária hegemonia no contexto bioético, a teoria principialista passou a sofrer, com o tempo, várias críticas, dentre elas, duas em especial: a de ser excessivamente idealista, afastada da realidade concreta; e a de pretender ser universalista, aplicável a todos os indivíduos e culturas, o que logo mostrou ser um engano (DINIZ; GUILHEM, 2002:32). Essas críticas são importantes, merecem atenção e são parte de um processo de evolução da reflexão bioética, tão pertinente para os tempos atuais.

Segundo tais críticos, “os primeiros vinte anos de exercício da Bioética caracterizaram-se pelo conforto das verdades transcendentais, os ‘sagrados princípios éticos’, que impediam os pesquisadores da Bioética de experimentar a crueldade do real e de sua ausência de sentido” (DINIZ, 200:63). Ora, não é difícil entender a dificuldade inicial da Bioética em lidar com essa dimensão trágica da vida, uma vez que, na cultura ocidental, tal dimensão não é bem aceita. Pelo contrário, essa matriz cultural possui diversos aspectos ultramundanos, dentre os quais podemos destacar a cosmologia platônica e a escatologia cristã, bem como tendências universalizantes, como a razão universal kantiana.

Nesse sentido, Diniz possui uma reflexão interessante, que, por sua profundidade analítica e importância, é aqui apresentada:

(...) assim como todos os outros discursos baseados em uma natureza humana, as teorias bioéticas, pelo apoio confortável a princípios universalizáveis, também são incapazes de lidar com a tragicidade do choque entre as ilusões. Por sua inserção antitrágica, isto é, pela crença em um sentido para a moralidade além da própria moralidade, a bioética fragiliza-se diante do acaso e, em nome disso, ampara-se em verdades transcendentais como instrumentos mediadores do conflito (os princípios éticos). Nesse movimento de negação do acaso e de irremediável defesa de uma ilusão particular os pesquisadores da bioética se julgam além-das-moralidades pela suposta referência a valores livres da contingência da crença (DINIZ, 2001:57).

Eis como fica clara a limitação ideológica de perspectivas etnocêntricas que pretendem ser universais. Ora, o relativismo ético mostra que “não é possível a eleição de um tribunal além-das-moralidades que julgue as diferenças culturais e, portanto, morais,

sem o apoio em alguma ilusão específica” (DINIZ, 2001:51). Assim, para que se fale em termos de justiça e saúde mental, como é possível uma “ilusão” (a moral da normalidade) pretender julgar outra (a loucura)?

Entretanto, “confundir relativismo cultural com tolerância radical foi um lapso disciplinar dos antropólogos, o que lhes valeu títulos pouco nobres para o pensamento racionalista dominante, tais como subjetivistas, nihilistas, incoerentes, maquiavélicos, idiotas éticos, etc.” (DINIZ, 2001:52). Radicalizar a tolerância é, em certo sentido, perder a capacidade de sensibilidade ética e de indignação. É preciso, portanto, afirmar o valor da tolerância como caminho para o entendimento ético entre os diferentes morais, sem, contudo, endeusá-la.

Eis a importância da perspectiva ética aristotélica, clássica, de que “é o meio-termo que é realmente bom” (ARISTÓTELES, 2006:184). Assim, em Bioética, há uma busca incessante para a superação de carências e excessos, visando sínteses cada vez mais apropriadas para a superação de problemas morais. É nesse sentido que Diniz afirma:

Felizmente, essa falência antitrágica não desmerece a intenção bioética de se constituir como “o discurso” sobre a tolerância nos conflitos relacionados à vida e à morte dos seres humanos e dos animais não-humanos. Apesar da antitragicidade e do imperialismo moral que a caracteriza, resta ainda uma certa perspectiva trágica à bioética, o que faz com que a disciplina ganhe cada vez mais adeptas ironistas, ao contrário de seus teóricos originais, em sua maioria heróis antitrágicos e ultramundanos (DINIZ, 2001:57).

Outros autores também, ao tempo em que apresentam uma visão crítica do Princípio de Princípios, propõem novas formas de se entender a Bioética. É o caso de Engelhardt (1991), para quem esta funciona com a lógica do pluralismo, como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais. O autor defende que o Projeto da Ilustração de construção de uma ética racional universal não teve sucesso, restando a possibilidade de uma ética que, respeitando as liberdades individuais, vinculasse “estranhos morais” através de diálogo e tivesse na permissão de cada um a base da autoridade moral comum (ENGELHARDT, 1998).

Para Peter Singer (1993), o que pode atualmente servir como princípio básico universal de fundamentação moral é a igual consideração de interesses. Segundo essa idéia, os interesses de um indivíduo devem ter a mesma consideração que o de qualquer outro. Neste aspecto, dá-se uma síntese entre pluralidade e universalidade.

Como pode ser visto até aqui, apesar de sua importância, ou até em decorrência dela, a Bioética busca ainda, não sem dificuldades e divergências, estabelecer seu estatuto epistemológico. É a partir dessa perspectiva que se pode afirmar que “a bioética não é uma ciência como a matemática, a física ou a biologia. Em contrapartida, ela poderia muito bem ser chamada de ciência no mesmo sentido em que se fala da filosofia, da psicologia, da sociologia” (DURAND, 2003:111).

Segundo Durand (2003:106), “a bioética é uma ética, uma forma de ética, um capítulo da ética ou da filosofia moral, mesmo que ela exija uma nova abordagem”. Nesse sentido, a bioética assume um caráter de ética aplicada, muito embora tenha em sua própria natureza uma perspectiva multidisciplinar:

Assim, pode-se dizer que a bioética é um *método* de pesquisa interdisciplinar colocado em ação com o *objetivo* de desenvolver uma reflexão ética e de construir um saber teórico-prático sobre as questões colocadas ao ser humano e às sociedades pelos progressos da biomedicina. Nessa linha, o que está em jogo na bioética parece ser uma abordagem global do conhecimento mediante a qual a racionalidade científica e a racionalidade ética procurarão se unir (CADORÉ apud DURAND, 2003:41).

Como é possível observar, a reflexão bioética, por sua natureza ampla, beneficia-se de um conjunto vasto de saberes e caracteriza-se, desta forma, como área multidisciplinar que conta com a contribuição de disciplinas filosóficas (especialmente a Ética e a Antropologia Filosófica), biomédicas (como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia etc.) e sociais (Sociologia, Antropologia etc.).

Nesse contexto, o campo da Saúde Mental, que abrange áreas do conhecimento como a Psiquiatria e a Psicologia, entre outras, considerado ponte entre as ciências humanas e as ciências biológicas, não pode ser posto de lado. A prática clínica dos profissionais da Saúde Mental, por seu direto contato com fatores determinantes do comportamento humano, não deve fugir à reflexão bioética; ao contrário, tanto no que se refere ao agir do profissional em relação ao seu cliente, quanto na atuação deste em decorrência de sua vivência terapêutica, a clínica deve ser campo privilegiado para as questões éticas relativas à vida. Sendo assim, Durand indica que

a ética clínica diz respeito a todas as decisões, incertezas, [a todos os] conflitos de valores e dilemas aos quais os médicos e as equipes médicas são confrontados na cabeceira dos pacientes, na sala de operações, no consultório médico ou na clínica e até mesmo em domicílio. [...] Vários autores insistem na importância de se reconhecer que existe uma dimensão ética em toda decisão clínica. Em uma decisão

clínica, com efeito, há um lado técnico (diagnóstico, prognóstico, leque de opções terapêuticas) e um aspecto ético (escolha da decisão a ser tomada) (2003:120s.).

Contudo, importa destacar que

a ética clínica não diz respeito apenas aos médicos e às equipes médicas, mas também à equipe que subministra os tratamentos e a todos os que participam do processo; ela não diz respeito apenas aos conflitos de valores e aos dilemas, mas também ao comportamento cotidiano: as decisões usuais, os gestos comuns, as atitudes, o questionamento incessante (...) (DURAND, 2003:120).

Nesse sentido, fazendo referência à Psicologia, Feijoo destaca que

a psicologia, como ciência, esbarra vez por outra em situações que conduzem à reflexão sobre a ética. (...) No jornal do Conselho Regional e Federal de Psicologia, pode-se ter contato com diferentes situações que causam polêmicas a partir de valores morais antagônicos: o sigilo diante da violência infantil; casos de assassinato; contaminação por portadores do HIV; a utilidade de técnicas alternativas nos procedimentos psicoterápicos e em psicodiagnósticos e os casos de relacionamentos amorosos entre psicólogo e cliente, entre outros (FEIJOO apud ANGERAMI-CAMON, 2002:24s).

Se for considerado, por exemplo, o poder que a palavra do psicólogo ou psiquiatra exerce sobre a vida do paciente, ou a grave importância de um diagnóstico, ficará mais bem evidenciada a implicação ética da prática clínica. Nos dizeres de Freud, a palavra “é um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas” (FREUD, 1926).

Assim, devido ao poder que a palavra tem, no contexto clínico, de modificar profundamente a vida de uma pessoa, as técnicas psicológicas e psiquiátricas podem, por exemplo, muito bem ser comparadas, de modo ilustrativo, às avançadas técnicas de cirurgia.

Tal comparação com a prática médica tradicional faz com que se torne mais claro o entendimento da reflexão ética em torno do agir clínico do profissional em saúde mental como reflexão bioética. Esse entendimento se baseia, a princípio, em três considerações fundamentais: a clínica em saúde mental é uma prática de saúde de grande influência na vida do paciente; esta prática está intrinsecamente relacionada a uma axiologia da vida humana; e as técnicas utilizadas na clínica estão em permanente construção e, portanto, em mudança, sempre revistas e renovadas.

Além do exposto, cabe salientar ainda que a influência do terapeuta não se restringe apenas à pessoa do paciente, como a princípio pode parecer; ela é muito mais abrangente:

O terapeuta tem, no cliente, sua responsabilidade primeira; porém, como este não está sozinho no mundo, e é atingido por outros relacionamentos, sua responsabilidade estende-se também aos membros da família do cliente, à própria função de terapeuta, à instituição da qual faz parte, à sociedade e à profissão (COREY, 1986:269).

Extremamente ampla, portanto, é a responsabilidade do terapeuta, uma vez que as conseqüências de sua prática não se restringem ao consultório, tomando vastas dimensões. Por este motivo, mais necessária se faz a reflexão sobre a influência da pessoa do profissional sobre a vida de seu paciente. Nas palavras de Freud, “o que se diz sobre a influência pessoal do analista certamente merece grande atenção. Uma influência existe e desempenha relevante papel na análise (...)” (FREUD, 1926).

Infelizmente, muitas vezes o estudo de tal influência tem sido negligenciado. Em seu esforço por estabelecer-se como disciplina científica, a psicologia, por exemplo, tem buscado afastar-se do campo filosófico e, neste intento, há os que, influenciados por um positivismo tardio, acabam por preconizar um supostamente necessário e asséptico distanciamento ideológico entre psicólogo clínico e paciente, como se tal postura fosse possível. Assim, afastado de seu “objeto de estudo”, o psicólogo poderia atuar de maneira imparcial diante de seu paciente. Há, inclusive, os que defendem que a função primordial do psicólogo clínico seria a de, tal qual espelho, refletir a imagem daquele que está diante de si, possibilitando maior autoconsciência ao indivíduo.

Ora, tal posicionamento teórico é profundamente questionável e pode ser bastante prejudicial, por tentar encobrir as implicações ideológicas inerentes à interação terapêutica. Em outras palavras, esconder ou desconsiderar as convicções éticas do psicólogo, do psiquiatra ou de outro profissional em saúde mental, pode se tornar um fator perturbador ou até patogênico nas relações clínicas. É nesse sentido que Bohoslavsky afirma:

Como todo campo psicológico, a relação de entrevista está configurada por uma série de forças – entre elas, o entrevistador – que não é um observador passivo do que ocorre no entrevistado, mas que interage com ele e desenvolve, nesse campo, comportamentos que, tal como os do entrevistado, devem ser considerados como emergentes do referido campo (1993:120).

Sem uma consideração clara das implicações éticas do posicionamento ideológico do terapeuta em relação ao paciente, o tratamento clínico pode se tornar um perigoso e lamentável engodo. Daí a grande importância da reflexão bioética no campo da saúde mental.

Contudo, é importante destacar que o posicionamento ideológico de qualquer profissional dessa área está enquadrado em um campo epistêmico mais amplo: o da própria saúde mental, composta por diversas disciplinas, ainda recente e em construção. Nesse sentido, é natural que se estabeleçam grandes discussões a respeito do estatuto epistemológico desse campo do saber. Um exemplo disso é que

ao escutar, ao dar ouvidos à fala da histeria e ao voltar sua atenção para aquilo que o *establishment* médico de então considerava uma atividade rebaixada do pensamento, os sonhos noturnos e as falas e atos diurnos que irrompiam de forma irracional e abrupta, os lapsos, Sigmund Freud inaugurava não apenas uma nova prática clínica, mas um novo saber que trazia para o centro da problemática que envolve o conhecimento a questão da interferência de todo pesquisador em seu objeto de pesquisa. O desejo, os desejos infantis e ancestrais, a procura incessante por sua satisfação, são aquilo que caracterizam todo ser humano, interferindo diretamente em sua tão idealizada racionalidade. A conceituação do inconsciente e das pulsões redimensionava e limitava a possibilidade de qualquer um de nós se arrogar como portador de todo o conhecimento ou do todo do conhecimento, re-significando a animalidade humana (GIOVANNETTI, 2004).

Tal dificuldade enfrentada pelo campo da saúde mental em se estabelecer como ciência buscou ser superada através do esforço de diversos pesquisadores, muito embora existam questionamentos acerca dos sucessos de sua empreitada e críticas com relação a alguns excessos. Exemplo disso é que os considerados portadores de desvios mentais foram, inclusive, “coisificados”... Nesse sentido, podem-se mencionar pesquisas realizadas sem consentimento dos participantes, como “a injeção de células cancerosas em vinte e dois idosos senis e hospitalizados com o objetivo de estudar a resposta imunológica (caso do Brooklyn) e a injeção do vírus da hepatite em várias centenas de crianças residentes em lares para portadores de deficiência mental (caso Willowbrook)” (DURAND, 2003:41).

Casos como esses, aliás, marcaram a reflexão, no início da reflexão bioética, em torno do respeito devido ao portador de distúrbios mentais. Com isso, não se quer desmerecer os esforços científicos nesse campo, mas apenas ilustrar seu ainda incipiente estatuto epistemológico. Outro exemplo claro disso ocorre com a Psicologia. Ela ora foi vista como filosofia, ora como ciência e, até, arte. Deste modo, trata-se de um campo do

saber caracterizado por uma grande diversidade teórica. Segundo Paulo Francisco de Castro,

a Psicologia, por suas propriedades e ampla condição teórica, técnica e metodológica, permite espaço para diferentes pontos de vista epistemológicos sem perder o caráter científico. Existe espaço na Ciência psicológica para posicionamentos diversos e entende-se que o convívio pacífico e harmonioso entre esses referenciais (teóricos ou metodológicos) depende do conhecimento, mesmo que mínimo, de cada um deles (CASTRO, 2006:5).

É assim que “atualmente, as novas produções em Psicologia Clínica tendem a uma compreensão global, gestáltica do homem e de seus fenômenos, demonstrando uma transformação do que é identificado como científico” (CASTRO, 2006:5).

Essa visão global do que é a ciência e do que é o homem constitui ponto de partida para uma importante reflexão bioética, seja ela enfocada especialmente no campo da Psicologia ou de qualquer outra disciplina da área da saúde ou das ciências humanas. Isso porque é de fundamental importância considerar que toda teoria ética tem como pressuposto uma determinada visão do que vem a ser o homem. Não é sem motivo que se considera que “na raiz das discussões bioéticas, acabamos sempre por encontrar o mistério da pessoa” (LEPARGNEUR, 1996:8). É assim que a antropologia acaba por exercer um papel importantíssimo no âmbito da bioética.

Aqui vale a consideração de que não é apenas o homem quem constrói a cultura; também esta o constrói. Em outras palavras, as ideologias, as formas de vida e, inclusive, os avanços tecnológicos influenciam grandemente a ação humana e aquilo que o homem pensa sobre si. Exemplo disso são as mudanças que a Psicanálise trouxe tanto para o campo da saúde, quanto para a filosofia e para a própria antropologia:

[...] a partir da validação dos sonhos enquanto ferramenta seminal para o desvelamento dos intrincados descaminhos de nossa desrazão, o conceito de normalidade mental e o de loucura sofriram seu mais duro golpe. Não mais apenas "*sapiens*", o homem passava a ser aquilo que Morin veio a denominar, quase um século depois, de "*homo sapiens demens*" (GIOVANNETTI, 2004).

Deste modo, a loucura, a insanidade, começa ou recomeça a fazer parte da própria concepção do que o homem é. Portanto,

há que se levar em conta as conseqüências radicais das descobertas freudianas: a inseparabilidade do racional e do emocional, da inteligência e das paixões, dos

pensamentos e dos desejos, do permitido e do proibido, do visível e do invisível, do real e do imaginário, em suma, do sujeito e do mundo. A significação psicanalítica da loucura não passa pela dicotomia normal/anormal, pois a angústia, a dor, os desejos e as fantasias são constitutivos da vida psíquica de todos os indivíduos (FRAYZE-PEREIRA, 2002:90).

Assim, a questão de normalidade sofre grandes modificações:

A medicina viu esfumar-se progressivamente a linha de separação entre os fatos patológicos e os normais: ou melhor, ela apreendeu mais claramente que os quadros clínicos não eram uma coleção de fatos anormais, de “monstros” fisiológicos, mas sim constituídos em parte pelos mecanismos normais e as reações adaptativas de um organismo funcionando segundo sua norma (FOUCAULT, 2000:18).

E mais, a partir de uma análise sociológica, “se a normalidade é definida estatisticamente, e se as estruturas sociais de nosso mundo andam profundamente doentes, logo, o indivíduo normal é aquele que se adapta às regras (opressivas) da sociedade. Aquele que não as questiona, vivendo-as e aceitando-as passivamente” (DUARTE JÚNIOR, 1987: 68).

Nesse sentido, a própria normalidade não é benéfica para o necessário progresso social “porque a normalidade não cria nada. O indivíduo normal apenas se adapta às coisas como são (ou como lhe são ditas que são)” (DUARTE JÚNIOR, 1987:69). Ou seja, se a loucura de uns muitas vezes pode parecer e ser prejudicial para o conjunto social, isso não significa que a normalidade também necessariamente não o seja:

Outros, no entanto, transcendem o estado de normalidade e alcançam um determinado ponto do caminho até a sanidade. Isto é: conseguem ver e descobrir o que há por detrás do (alienado) jogo de papéis sociais, não os aceitando como a verdade última, mas mantendo determinadas estratégias para evitar a invalidação [da loucura] (DUARTE JÚNIOR, 1987:69).

Ora, todas essas considerações sobre aspectos antropológicos, sociais e epistemológicos mostram de modo cada vez mais claro como a Saúde Mental e a Bioética possuem inter-relações importantes, que precisam ser mais bem aprofundadas. No que se refere ao tema específico deste trabalho, cabe, antes da discussão do material obtido em pesquisa, o tratamento de um marco conceitual melhor elaborado acerca da loucura, o que será feito no próximo capítulo.

2 LOUCURA E HISTORICIDADE: CONCEPÇÕES E TRATAMENTOS

Certamente, o conceito de loucura pode expressar uma ampla gama de significados. A cultura popular tem mostrado grande riqueza nas atribuições deste termo. A loucura pode ser vista como perda de consciência de si, como doença, desequilíbrio emocional, desajuste social, desvio de um padrão de comportamento, fuga ou desligamento da realidade, ou, até, em alguns casos, como um grau de especial e elevada sabedoria sobre si e o mundo. Em todas essas acepções, a exclusão é uma característica comum (FRAYZE-PEREIRA, 2002).

Contudo, é no mundo científico, em especial, nos campos da psiquiatria, psicologia e da saúde mental, que esta investigação centra seu foco. E, ao considerar esse tema, em primeiro lugar foi proposta uma revisão da literatura acerca do assunto, para, em seguida, por meio de revisão sistemática em bancos de dados acadêmicos, ser traçado um perfil do tipo de discurso que se estabelece atualmente sobre a loucura.

Ao analisar-se a literatura sobre o tema, parece ser possível condensar duas perspectivas teóricas contemporâneas sobre a loucura (FRAYZE-PEREIRA, 2002:16): a que a concebe como doença, desvio de uma norma objetiva, positiva, de saúde, seja isso de modo orgânico ou psicofuncional; e a que a entende em termos relacionais, como afastamento do padrão cultural vigente.

Entretanto, para uma melhor compreensão, antes de aprofundar a análise de tais concepções, um recorrido histórico será apresentado para que se entenda como a cultura ocidental tem visto a loucura desde os tempos medievais. Ver-se-á, pois, como o tratamento do louco e a própria concepção do que vem a ser a loucura apresentaram-se e se transformaram ao longo do tempo. Deste modo, busca-se que fiquem claras “as relações entre pacientes e cuidadores, enfermidade e cura, e seu contexto cultural” (KLEINMAN, 1981: 120).

A cultura medieval do Ocidente é marcada por um profundo teocentrismo. O conhecimento espiritual é valorizado em detrimento do natural. O mundo é visto através dos olhos da fé. É ela quem, através da estrutura eclesial, tornou-se lastro da verdade; e são os valores cristãos o fundamento da moralidade de então. Nesse contexto, a loucura é concebida dentro do campo religioso. Regularmente é entendida como fenômeno eminentemente espiritual e relacionada à provação divina ou à possessão demoníaca.

No Renascimento, época de transição cultural, de crise de valores há muito arraigados, de ceticismo quanto a um fundamento sólido para a verdade e, portanto, de relativização de valores, a contestação e a experimentação de padrões alternativos de conduta são bem vistas. Nesse período, “a loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar” (FOUCAULT, 2000:78). Nesta época, acontecem as

inumeráveis danças e festas dos Loucos que a Europa celebrará de tão bom grado durante todo o Renascimento. Há as festas populares em torno dos espetáculos dados pelas “associações de loucos”, como o Navio Azul em Flandres; há toda uma iconografia que vai da Nave do loucos de Bosch, a Breughel e a Margot a Louca; há também os textos sábios, as obras de filosofia ou crítica moral, como a Stultifera Navis de Brant ou o **Elogio da loucura** de Erasmo (FOUCAULT, 2000:77).

É assim que “até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência” (FOUCAULT, 2000:78). No entanto, a Idade Moderna trouxe consigo o estabelecimento do paradigma da racionalidade como elemento essencial do ser humano. O racionalismo apresenta a convicção de que a natureza humana está fundamentada na razão. Assim, a loucura beira ao inumano, à animalidade. “Na filosofia de Descartes (1596-1650), que se encontra na base do pensamento moderno, a loucura se vê privada do direito a alguma relação com a verdade” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:61).

Isso faz com que a loucura seja uma vez mais negativizada e marginalizada. “Com a crescente racionalização do mundo, o homem tornou-se senhor de uma natureza desencantada onde a loucura não encontra um lugar. Ou melhor, o lugar para ela reservado é o espaço da exclusão” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:96). Como parte dessa transformação cultural, a epistemologia passa a ser cada vez mais empírica e a loucura começa gradativamente a ser vista a partir da perspectiva cientificista como doença, uma questão médica. Inicia-se a medicalização da loucura:

Ao contrário do Renascimento que exaltava as manifestações do desatino à luz do dia, a era clássica ocultava-as nas casas de detenção. É que diante do inumano a sociedade clássica sente vergonha. A honra das famílias e da religião deve ser preservada. Os perigos do mau exemplo devem ser suprimidos. Há o temor de que, se tornadas públicas, as formas do desatino contaminem a sociedade (FRAYZE-PEREIRA, 2002:71).

Nesse contexto, criam-se casas de internação, que, apesar de serem chamadas de hospitais, segundo Foucault (2000:79),

não têm vocação médica alguma, não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos.

Em outras palavras, não é o caráter terapêutico que prevalece nessas instituições e sim sua função de exclusão. Assim, “o hospício é uma prisão, destinada a afastar da sociedade todos aqueles que dessintonizaram com ela [...]. Por isso, não interessa que, na realidade, não ocorra ‘cura’ alguma no interior dessas instituições. Elas são mantidas apenas devido ao seu caráter segregador dos desviantes” (DUARTE JÚNIOR, 1987:73).

O processo de encarceramento da loucura originou duas importantes conseqüências que até os dias atuais influenciam decisivamente sua compreensão: em primeiro lugar, a marginalizou, calou-a; e, em seguida, por misturá-la com todos os outros segmentos não desejados da sociedade, criou-lhe certo parentesco com a libertinagem e a criminalidade. Nesse contexto, assemelha-se a loucura ao erro, passível de culpa, em âmbito subjetivo, interno, e punição, externamente. Este tipo de concepção e tratamento

[...] transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais (FOUCAULT, 2000:82).

Nesta forma de “terapia punitiva,” “a cura se dará pela inscrição no doente dos sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento, que constituem a base moral da vida familiar. Para atingir esse objetivo, cabe ao médico recorrer a meios tais como ameaças e punições as mais diversas, privações alimentares, humilhações” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:85). Como procedimentos comuns de “tratamento”, “[...] submetia-se o doente à ducha ou banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação” (FOUCAULT, 2000:82).

Ora, estas técnicas que a fisiologia da época justificava foram retomadas por Pinel e seus sucessores num contexto puramente repressivo e moral. A ducha não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está “excitado”, mas quando cometeu um erro; em pleno século XIX ainda, Leuret submeterá seus doentes a uma ducha gelada na cabeça e empreenderá neste momento, com eles, um diálogo durante o qual forçá-los-á a confessar que sua crença é apenas delírio. O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu. Emprega-se também uma gaiola móvel que gira sobre si mesma segundo um eixo horizontal e cujo movimento é tanto mais vivo quanto esteja mais agitado o doente que aí é preso (FOUCAULT, 2000:83).

No século XX, a loucura torna-se negócio lucrativo nas mãos de donos de manicômios particulares. Além disso, novos métodos de “tratamento” são testados nos internos, transformando-os em cobaias para estudos sobre medicamentos e, até, eletrochoque. “(...) Em matéria de loucura, o homem contemporâneo passou a ser aquilo que o discurso competente do conhecimento diz que ele é: doente de índole histérica, depressiva, esquizofrênica etc.; cujo comportamento é obsceno; cujo mundo é irreal” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:97). Como forma de combate a essa realidade no Brasil, surge o movimento da luta antimanicomial, cujo discurso será analisado mais adiante.

Antes, porém, como assinalado no início do capítulo, retornar-se-á a discussão sobre as duas grandes perspectivas teóricas contemporâneas acerca da loucura: a que a entende como doença e a que a considera como manifestação e produto culturais.

Assim, por um lado, tem-se uma perspectiva de cunho positivista, que medicalizou a loucura e a entende como doença. Nesta linha de pensamento encontra-se, por exemplo, a psiquiatria clássica. Em tal contexto, as “doenças mentais” “classificam-se, geralmente, entre as psicoses, a paranóia e todo o grupo esquizofrênico, com suas síndromes paranóides, hebefrênicas e catatônicas; entre as neuroses, a psicastenia, a histeria, a obsessão, a neurose de angústia e a de fobia” (FOUCAULT, 2000:14).

Dentro desta concepção, “tradicionalmente concebida por analogia com as demais doenças orgânicas, a doença mental assume a feição de uma entidade natural manifesta por sintomas” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:15s). Ora, nesta perspectiva de cunho cientificista, percebe-se claramente a tentativa de objetivação tanto ontológica, acerca do louco e da loucura, quanto epistemológica, de caráter empírico, sobre o conhecimento relativo à “doença mental”. Isso não deixa de ter conseqüências, uma vez que

esta organização teórica da doença mental está ligada a todo um sistema de práticas. Organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma da assistência, distribuição dos cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente de sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco (FOUCAULT, 2000:91).

Em outras palavras, o conhecimento que se constrói sobre a loucura acaba por determinar o espaço e o modo de vida do louco em sociedade. Por isso, importa aprofundar a reflexão sobre as bases desse conhecimento, de modo especial, o conhecimento do especialista em saúde e patologia mental. Assim:

(...) o psicoterapeuta é definido socialmente como um especialista, isto é: a partir do que ele pretensamente sabe, a sociedade lhe confere o poder para definir o outro. Para dizer quem o outro é, e se ele é ou não uma ameaça para os demais. Neste sentido, ele está muito próximo dos tribunais, decidindo se o indivíduo deve ou não ser encarcerado, a bem da comunidade. (...) Desta maneira, a própria relação de psicoterapia é uma relação política, onde o saber (do terapeuta) é uma forma de poder (DUARTE JÚNIOR, 1987:31s).

Cabe aqui, de maneira imediata, a pergunta sobre a natureza desse saber. Que tipo de saber é esse? E mais: como ele se apresenta já que é imbuído de tanto poder? Eis a importância de uma pesquisa acerca do tema. Desse modo,

o reconhecimento que permite dizer: este é um louco, não é um ato simples nem imediato. Repousa, de fato, num certo número de operações prévias e sobretudo neste recorte do espaço social segundo as linhas da valorização e da exclusão. Quando um médico acredita diagnosticar a loucura como um fenômeno da natureza, é a existência deste limiar que permite portar o julgamento da loucura. Cada cultura tem seu limiar particular e ele evolui com a configuração desta cultura [...] (FOUCAULT, 2000:89).

Epistemologicamente, nota-se uma tendência psiquiátrica em considerar o fenômeno da loucura como doença biológica, com métodos empiristas de pesquisa e de apresentação de resultados, fazendo com que haja concomitantemente um afastamento de sua problematização social. Essa tendência se confirma ao considerar-se o grande uso de fármacos receitados pelos psiquiatras. Ora,

se se define a doença mental com os mesmos métodos conceituais que a doença orgânica, se se isolam e se se reúnem os sintomas psicológicos como os sintomas fisiológicos, é porque antes de tudo se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos. Entre estas duas formas de patologia, não há então unidade real, mas somente (...) um paralelismo abstrato. Ora o problema da unidade humana e da totalidade psicossomática permanece inteiramente aberto (FOUCAULT, 2000:13).

Tais considerações revelam os limites dessa forma cientificista de concepção da loucura, espécie reducionista de aproximação do fenômeno. Nesse sentido, “um grave erro cometido pela ciência e pelo pensamento ocidental é tentar reduzir o mundo humano aos limites da linguagem. É acreditar que a nossa razão, através de símbolos lógico-conceituais, pode explicitar, aclarar e compreender tudo aquilo que, justamente, não é acessível aos esquemas lógicos” (DUARTE JÚNIOR, 1987:28).

Outra crítica a tal enfoque refere-se ao grau de objetividade possível no estudo da loucura e do louco. A suposta neutralidade científica, consequência da objetividade, é também questionada. “Aquele modelo de neutralidade utilizado nas ciências naturais, onde o cientista não interage com o objeto e apenas o observa, não tem aqui o menor significado” (DUARTE JÚNIOR, 1987:29), ou seja,

de nada vale ao psicólogo ou psiquiatra pretender uma posição “neutra” frente ao indivíduo, com se este fosse uma estrela distante a ser observada através do telescópio teórico que ele possui. Estrelas não interagem com os astrônomos que as estudam, mas clientes interagem com psicoterapeutas (DUARTE JÚNIOR, 1987:25).

Porém, “(...) a grande crítica da antipsiquiatria diz respeito à tendência da psicologia em isolar o indivíduo das relações que ele mantém com os outros” (DUARTE JÚNIOR, 1987:30). De acordo com esta perspectiva teórica, de cunho mais sócio-histórico-cultural, a segunda grande tendência contemporânea de aproximação à loucura aqui analisada, conforme indicado anteriormente, “não existem seres humanos isolados, mas apenas em relação com os outros. (...) Por isso, tudo o que se passa com uma pessoa não se passa apenas com ela, mas se estende àqueles aos quais ela está relacionada. Daí a insistência da antipsiquiatria no caráter político da vida humana” (DUARTE JÚNIOR, 1987:30).

Assim, seguindo essa lógica, considera-se que

os “desvios” os “desarranjos” encontrados em uma pessoa não estão nela, como se fossem um vírus, mas sim nas relações que ela mantém com os outros. Melhor dizendo: os sintomas manifestados por um indivíduo têm a sua origem nas relações que ele mantém. Relações “doentes” se refletem nos indivíduos, que então passam a ser considerados, eles próprios, “doentes” (DUARTE JÚNIOR, 1987:30).

Fica claro, portanto, que o movimento da antipsiquiatria insiste em que a definição de loucura tem um caráter social e não científico. “Loucos são socialmente

definidos por vivenciarem certas formas de experiência não permitidas nem aceitas em nossa atual civilização” (DUARTE JÚNIOR, 1987:74). Esse posicionamento leva à percepção de que “a discussão sobre sanidade, loucura e normalidade é, por conseguinte, uma discussão ampla, envolvendo não apenas aspectos científicos, mas fundamentalmente questões filosóficas e políticas” (DUARTE JÚNIOR, 1987:79). Ora, é desse modo que, no caso da loucura, pode-se entender a afirmação de que “a doença é culturalmente constituída” (KLEINMAN, 1981: 120). Eis o porquê de o tema da loucura necessitar, para ser mais propriamente analisado, de uma aproximação capaz de unir todos esses aspectos, de uma aproximação bioética.

Com efeito, para que se discorra sobre a loucura é imprescindível considerar o conceito de normalidade, também amplo e complexo. Ora, um padrão comportamental só pode ser considerado normal em referência a uma sociedade determinada e a um período específico. Cada cultura acaba por escolher alguns comportamentos, entre todos os possíveis, como desejáveis, positivos, saudáveis. No mesmo movimento, estabelece-se, por negligência ou repressão, um conjunto de comportamentos considerados indesejáveis, negativos, patológicos. Assim, “[...] a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 2000:71). Deste modo, fica claro que “categorias de diagnóstico psiquiátricas são influenciadas tanto pela história e cultura como pela biologia” (KLEINMAN, 1988: 3).

Explicitando o caráter histórico e sócio-cultural da análise de qualquer padrão de comportamento e, portanto, a relatividade de sua atribuição patológica, “Durkheim pensava explicá-la com uma concepção, ao mesmo tempo, evolucionista e estatística: considerar-se-iam como patológicos, numa sociedade, os fenômenos que, afastando-se da média, marcassem as etapas superadas de uma evolução anterior, ou anunciassem as próximas fases de um desenvolvimento que mal se esboça” (FOUCAULT, 2000:72).

Assim, o problema da loucura está diretamente relacionado à configuração cultural e a sua dimensão antropológico-filosófica subjacente; em outras palavras, a loucura está ligada ao problema da identidade humana, ou seja, do que o próprio homem pensa de si mesmo como parâmetro de desvio ou normalidade. Diante dessa perspectiva,

a doença, para o homem, não pode mais ser considerada como um fenômeno puramente biológico. As doenças são diferentes segundo as épocas, as regiões, e os estratos sociais. São, quase certamente, um dos espelhos mais fiéis e mais dificilmente elimináveis, porque são resultantes do modo como o homem se relaciona com a natureza (da qual é parte), através do trabalho, da técnica e da

cultura, isto é, através de relações sociais determinadas, e aquisições científicas historicamente progressivas (BERLINGUER, 1978:52).

É nesse sentido que a Etnopsiquiatria oferece a perspectiva de que “as coletividades humanas elaboram seus próprios modelos de loucura” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:16). É como se cada sociedade tivesse um roteiro pré-estabelecido de como enlouquecer, espécie de condicionamento cultural da origem e do desenvolvimento desse fenômeno. E vale destacar que o próprio entendimento e tratamento da dor, psíquica ou não, possuem determinação sócio-cultural (KLEINMAN, 1994: 189).

Tal determinação cultural do enlouquecer pode explicar, por exemplo, o fato de que a incidência de certas formas de loucura são maiores ou menores com o passar dos tempos. Na atualidade, por exemplo, com um modelo de vida social cada vez mais individualista, impessoal e competitivo, não é estranho que a depressão se apresente em níveis alarmantes.

Considerar a dimensão cultural da loucura é, portanto, um aspecto essencial para sua compreensão. “Com efeito, crer numa loucura localizada no indivíduo e emprestar ao louco uma vestimenta que o transfigura em monstro não só tende a retirar-lhe o estatuto de humanidade, como também a nos fazer esquecer que algo se diz através da loucura” (FRAYZE-PEREIRA, 2002:11).

Uma cultura exprime-se também naquilo que rejeita. “Mesmo silenciada e excluída, a loucura tem valor de linguagem e seus conteúdos adquirem sentido a partir daquilo que a denuncia e repele como loucura” (FOUCAULT, 2000:91). Ora, “[...] nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente” (FOUCAULT, 2000:74). Esses aspectos de linguagem e exclusão presentes na loucura evocam e podem ser bem expressos através do conceito junguiano de “sombra”.

Referindo-se à dimensão individual, à personalidade, a psicologia analítica, de Jung, define que “compõe a sombra tudo que é considerado fraqueza, defeito, aspectos imaturos e infantis, enfim, os complexos reprimidos” (MAGALHÃES apud RAPPAPORT, 1984:148). Em contexto mais amplo,

falamos também em uma sombra coletiva, na medida em que, em toda sociedade existem sempre características humanas não desenvolvidas, negligenciadas ou reprimidas. Quais são e, portanto, qual a natureza dos conteúdos sombrios de cada

indivíduo, vai depender das características da sociedade (MAGALHÃES apud RAPPAPORT, 1984:148).

Contudo, individualmente ou em sua forma coletiva, contra a sombra são mobilizados mecanismos de defesa no intuito de negá-la como parte interessante do todo, afastando-a da consciência. “A sombra é mais perigosa quando não é reconhecida. Neste caso, o indivíduo tende a projetar suas qualidades indesejáveis em outros ou a deixar-se dominar pela sombra sem o perceber” (FADIMAN; FRAGER, 1986:54).

Assim, “como conteúdos da sombra pessoal são freqüentemente projetados nos outros (vemos os defeitos e problemas dos outros mas não vemos que estes são também nossos), os conteúdos da sombra coletiva são projetados em bodes expiatórios, ‘encarregados’ de portar todos os defeitos e a culpa por tudo de mal que ocorre” (MAGALHÃES apud RAPPAPORT, 1984:149). Deste modo, a loucura pode também ser entendida como projeção da sombra social.

Porém, apesar de temida ou indesejada, “[...] a sombra não é apenas uma força negativa na psiquê. Ela é um depósito de considerável energia instintiva, espontaneidade e vitalidade, e é a fonte principal de nossa criatividade” (FADIMAN; FRAGER, 1986:55). Em outras palavras, isso demonstra a necessidade de a sociedade buscar um maior autoconhecimento e, até, auto-aceitação, seja para diminuir injustiças, seja para aproveitar o potencial de seus indivíduos, especialmente os tidos como loucos. Para que isso aconteça, no entanto, importa que a sociedade tenha cada vez mais clareza sobre o que é e como se constrói a loucura.

Nesse sentido, a partir das considerações apresentadas até o momento e de acordo com Foucault, “tudo isso não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, e muito mais jovem também” (FOUCAULT, 2000:80). Em outras palavras, “foi numa época relativamente recente que o Ocidente concedeu à loucura um status de doença mental” (FOUCAULT, 2000:75).

Hoje, com a pluralidade de perspectivas sobre o tema,

torna-se praticamente impossível dizer o que é a loucura sem tropeçar em conceitos oriundos de teorias freqüentemente rivais e que por si mesmas justificarão essa ou aquela medida no trato com os loucos. Isto é, dependendo do conceito que se tem de loucura, os loucos poderão ser recuperados ou não e os procedimentos aos quais eles

serão submetidos poderão ser esses ou aqueles (intervenções físico-químicas – eletrochoque, drogas, cirurgia do cérebro etc. – ou psicoterapias – individuais, grupais, familiares etc.). Hoje, a própria Psiquiatria se encontra dividida. Há desde os que encaram a loucura como uma doença correlacionada a distúrbios bioquímicos até os que a negam totalmente como doença; desde os que justificam o confinamento da loucura nos asilos até os que se engajam em práticas de luta pelos direitos dos loucos (FRAYZE-PEREIRA, 2002:97s).

Entretanto, importa destacar que o caráter patológico da loucura, tão “natural” e “evidente” no senso comum dos tempos atuais, deve, a bem da verdade, ser considerado como relativo. Com efeito,

ao levarmos em conta a maneira pela qual a loucura é vivida, sentida e pensada, em contextos sociais diferentes do nosso, somos obrigados a admitir que o vínculo entre loucura e patologia não é universal. (...) Nas sociedades ditas selvagens, primitivas ou arcaicas, a loucura está presente no coração das coisas e dos homens como manifestação do sagrado. Nessas sociedades, o louco é reconhecido e aceito como diferente. No entanto, é preciso ficar bem claro, diversidade não é necessariamente doença (FRAYZE-PEREIRA, 2002:43s).

Isso leva à conclusão de que “as análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais” (FOUCAULT, 2000:74). E a explicitação do caráter cultural da loucura nos leva diretamente a uma importante reflexão: se o distúrbio mental é considerado preponderantemente como um desvio a uma prática de comportamento comum a uma determinada época, a uma norma, portanto, impregnada de valores historicamente construídos e situados do reto agir; e se a reflexão sobre o reto agir é expressamente o núcleo e a razão de ser da ética; a loucura é antes um problema ético do que clínico, um problema bioético, para ser mais exato.

Na presente pesquisa, busca-se analisar, no contexto da Bioética, o que se tem dito acerca do fenômeno da loucura. Assim, no próximo capítulo, será apresentada a metodologia adotada e, em seguida, a revisão sistemática, juntamente com seus comentários.

3 METODOLOGIA

Considerando o objetivo proposto para esta pesquisa – a investigação do discurso bioético acerca da loucura –, o método principal adotado nesta pesquisa foi o exploratório descritivo, uma vez que busca expor e relatar características atuais do referido fenômeno (MARTINS, 1994:28). O presente estudo é também considerado bibliográfico. Acerca desse método, Martins afirma que se trata “de estudo para conhecer as contribuições científicas sobre determinado assunto. Tem como objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto” (1994:28).

Embora em alguns meios acadêmicos, sobretudo de cunho empirista, existam preconceitos ou posicionamentos adversos à utilidade e relevância de trabalhos desse tipo, importa destacar que “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (LAKATOS; MARCONI, 1991:183).

Este é um estudo hermenêutico, não quantitativo. Abordagens como esta “privilegiam estudos teóricos e análise de documentos e textos. [...] A validação da prova científica é buscada no processo lógico da interpretação e na capacidade de reflexão do pesquisador sobre o fenômeno objeto de seu estudo” (MARTINS, 1994:26s), no caso, o discurso bioético sobre a loucura. Já seguindo outros critérios de classificação, o presente estudo pode também ser qualificado como monográfico, interdisciplinar e de observação indireta.

Quanto à técnica de coleta de dados, foi utilizada a Revisão Sistemática. Por técnica entende-se “um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática. A metodologia científica utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos” (LAKATOS e MARCONI, 1982:56).

Nas palavras de Aldemar Araújo Castro,

a revisão sistemática (sinônimos: *systematic overview*; *overview*; *qualitative review*) é uma revisão planejada [...] que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar os dados destes estudos incluídos na revisão. Os métodos estatísticos (meta-análise) podem ou não ser utilizados na análise e na síntese dos resultados dos estudos incluídos. Assim, a revisão sistemática utiliza toda esta estruturação para evitar viés – tendenciosidade – em cada uma de suas partes (2006:1).

Tal técnica “tem por objetivo mapear o conhecimento sobre uma questão específica, porém esta questão não pode ser tão detalhada” (CASTRO, 2006:4), o que impediria o estudo. Trata-se de “um recurso importante [...], que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisas relacionados com um problema específico” (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004), podendo promover “a atualização dos profissionais de saúde – bem como de outras áreas –, uma vez que sintetiza amplo corpo de conhecimento” (COOK; MULROW; HAYNES, 1997). Isso pode auxiliar inclusive na tomada de decisões clínicas.

Outro motivo importante para a adoção desta técnica é que a revisão sistemática “pode estabelecer lacunas do conhecimento e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas” (MOLONEY; MAGGS, 1999). Uma vez que não houve seres vivos envolvidos na pesquisa, não foi necessária a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa forma, tendo sido estabelecido o método de estudo e a técnica de coleta de dados, após a delimitação do tema, procedeu-se, de 21 a 28 de novembro de 2006, a localização dos estudos em bancos de dados de trabalhos acadêmicos elencados no portal Periódicos CAPES, que oferece acesso imediato à produção científica mundial atualizada:

O Portal Periódicos CAPES oferece acesso aos textos completos de artigos de mais de 11.180 revistas internacionais, nacionais e estrangeiras, e a mais de 90 bases de dados com resumos de documentos em todas as áreas do conhecimento. Inclui também uma seleção de importantes fontes de informação acadêmica com acesso gratuito na Internet (BRASIL, 2007).

O procedimento adotado, sugerido pela própria CAPES em seu portal, foi o de busca por resumos, “forma recomendada para iniciar uma pesquisa bibliográfica sistemática, de ampla cobertura e metodologicamente correta” (BRASIL, 2007).

Como a pesquisa é sobre o discurso acerca da loucura no âmbito dos estudos da Bioética, buscamos a palavra *Loucura*, sempre que aparecia simultaneamente à palavra *Bioética*. Também em inglês a busca foi realizada, utilizando-se os termos *Bioethics* e *Madness...* Para isso, os bancos de dados adotados foram:

Em inglês: General Science Abstract Full Text, Lilacs/Bvs, MEDLINE/PubMed, Web of Science, Banco de Teses da Capes, PsycInfo, Scopus, Scielo:

Quadro 1 – Banco de dados adotados: pesquisa em inglês (bioethics/madness)

Banco de Dados	URL
General Science Abstract Full Text	http://vnweb.hwwilsonweb.com
Lilacs/BVS (via BIREME)	http://bases.bireme.br
MEDLINE/PubMed (via BIREME)	http://bases.bireme.br
MEDLINE/PubMed (via NATIONAL LIBRARY of MEDICINE)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov
MEDLINE/PubMed (via OVID)	http://gateway.ut.ovid.com
Web of Science	http://portal.isiknowledge.com
Banco de Teses da Capes	http://servicos.capes.gov.br/capesdw
PsycInfo	http://web5s.silverplatter.com
Scopus	http://www.scopus.com
Scielo	http://www.scielo.cl

Em português: Lilacs/Bvs, MEDLINE/PubMed, Banco de Teses da Capes, Scielo:

Quadro 2 – Banco de dados adotados: pesquisa em português (bioética/loucura)

Banco de Dados	URL
Lilacs/Bvs (via BIREME)	http://bases.bireme.br
MEDLINE/PubMed (via BIREME)	http://bases.bireme.br
Banco de Teses da Capes	http://servicos.capes.gov.br/capesdw
Scielo	http://www.scielo.cl

Importa salientar que o acesso ao conteúdo desses bancos de dados só foi possível através de computadores de instituições conveniadas à CAPES; no caso, da Universidade de Brasília e da Universidade Federal de Rondônia.

Em seguida, de 29 de novembro de 2006 a 13 de dezembro do mesmo ano, deu-se procedimento à leitura dos artigos encontrados, 12 ocorrências em português e 21 em inglês, e foram excluídos os resultados da busca de acordo com os seguintes critérios:

- as palavras aparecem no texto, mas apenas de forma superficial, fortuita, casual;
- artigos repetidos;

- páginas que aparecem nos buscadores, mas não oferecem acesso;
- falta de conexão entre os termos: quando não se apresentaram relacionados;
- as palavras são usadas em outras acepções que não as buscadas por esta pesquisa, já que o presente estudo se refere à loucura como fenômeno comportamental.

Os trabalhos selecionados, 11 em português e 12 em inglês, foram classificados em categorias, por seu delineamento de estudo, como:

- Revisão de Literatura: trabalhos que não apresentam dados de pesquisas relacionados;
- metodológicos: elaboração de instrumentos e críticas metodológicas;
- empíricos: relatos de pesquisa original;
- outros: breves relatos, réplicas, resenhas, comentários de artigos etc.

Também foram identificados seus núcleos temáticos, para cujo estabelecimento foram consideradas as palavras-chave apresentadas nas teses e nos artigos e, em sua ausência, a análise do tema central do texto.

Cabe lembrar que esta pesquisa caminha pelo vasto terreno da Bioética, campo do saber científico ainda recente, constituído e caracterizado por inúmeros posicionamentos epistemo-metodológicos que, ao mesmo tempo em que revelam uma enorme riqueza conceitual, dificultam ou até impossibilitam um discurso unívoco sobre seu objeto de estudo.

Deste modo, devido à grande heterogeneidade dos diversos estudos pesquisados, optou-se por não uni-los numa pouco confiável síntese meta-analítica. E, se tal escolha talvez possa, à primeira vista, parecer negativa, é importante recordar que a construção do conhecimento não se pauta por respostas definitivas, mas, sobretudo, por um exercício dialético que propicia novas perspectivas, possibilidades e discussões.

Para o embasamento teórico e a construção de uma reflexão mais aprofundada sobre o conceito de loucura e suas implicações bioéticas, também foi realizada uma pesquisa bibliográfica não sistemática que contou com autores como Michel Foucault, Sigmund Freud, C. G. Jung, Arthur Kleinman, Jürgen Habermas, Peter Singer, Dirce Guilhem, Débora Diniz, Giovanni Berlinguer, H. Tristram Engelhardt Jr., Hubert Lepargneur, Alvaro L. M. Valls, entre outros.

Destaca-se aqui a importância dessa pesquisa bibliográfica complementar por entender-se a relevância das contribuições teóricas desses autores tanto no estudo do fenômeno da loucura, quanto na consolidação epistemológica da Bioética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio da revisão sistemática, foram encontradas 12 ocorrências de artigos em português e 21 em inglês. Depois da realização da leitura inicial e da submissão dos mesmos aos critérios de exclusão elencados no capítulo que relata o método adotado, foram selecionados 11 artigos em português e 12 em inglês.

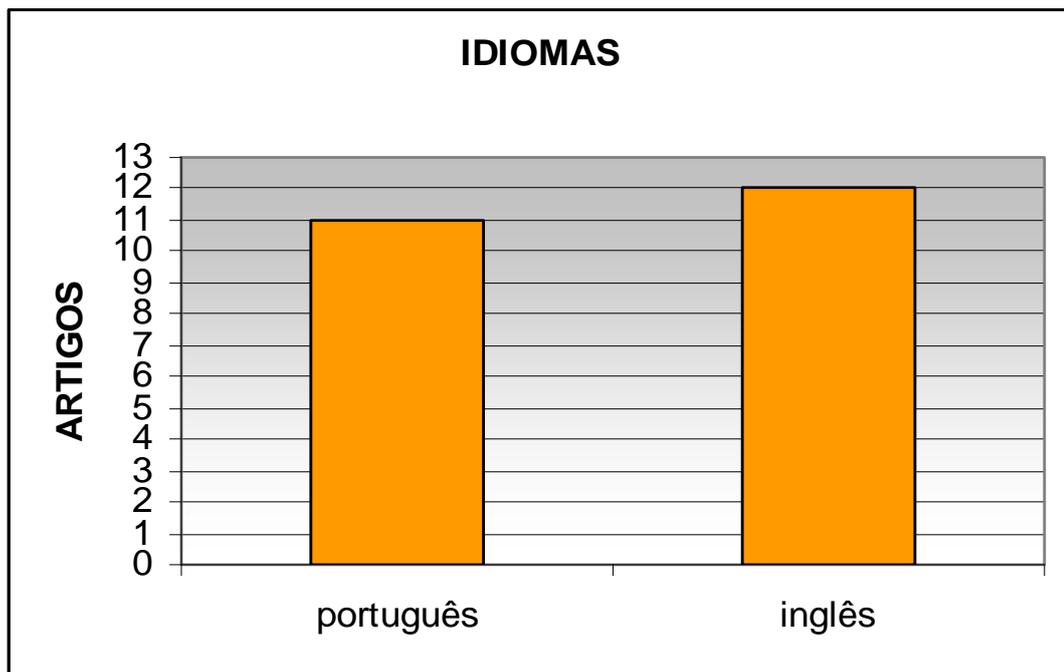


Ilustração 1 – Idiomas pesquisados e artigos selecionados.

No que se refere à natureza, a grande maioria dos trabalhos, 14, é de revisão de literatura, como pode ser visto na ilustração abaixo, o que reforça a posição de que questões éticas são, sobretudo, construções dialogais, muito embora não apresentem um caráter sistemático. Além disso, vale destacar que poucos são os artigos que relacionam diretamente os dois termos, o que pode indicar uma reflexão ainda incipiente da questão da loucura no contexto da discussão bioética.

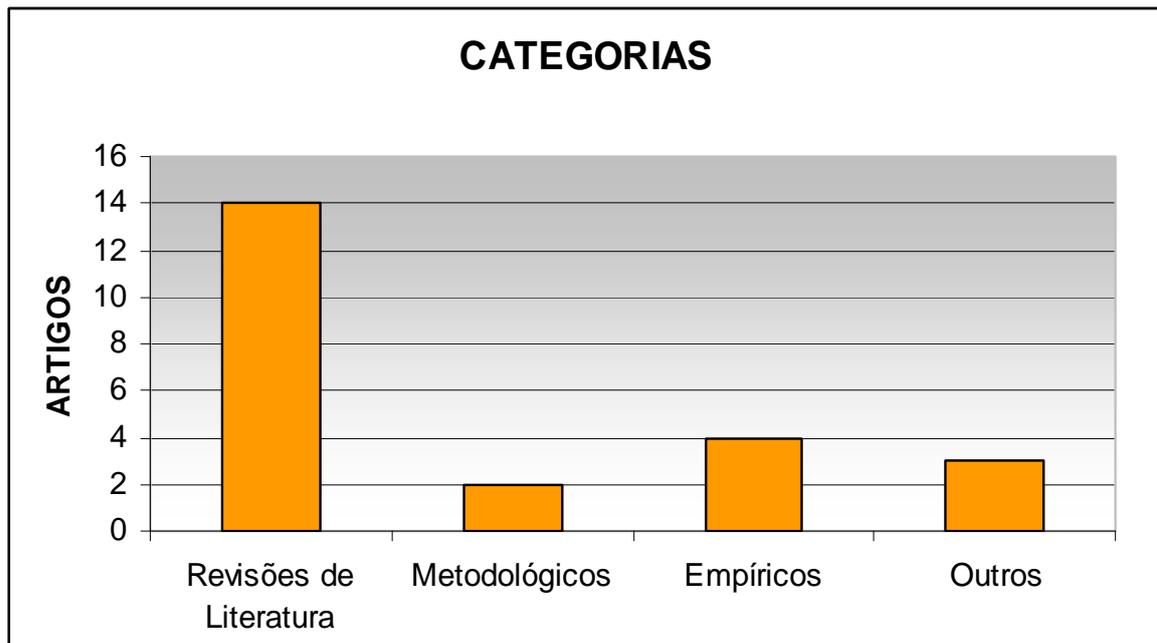


Ilustração 2 – Categorias definidas de acordo com o delineamento do estudo nos artigos selecionados.

Quanto à abordagem, há uma tendência de análise multidisciplinar do fenômeno da loucura. Autores de diversos campos do saber apresentam suas perspectivas sobre o tema. Entretanto, é interessante destacar a comparação entre as categorias dos trabalhos e os idiomas em que foram escritos. Embora numericamente equilibrados nesta pesquisa, os trabalhos em português e em inglês, respectivamente 11 e 12, os artigos em português são quase todos, 9, de revisão de literatura, enquanto, entre os artigos em inglês, 7, são de categorias diversas (metodológicos, empíricos e outros). Essa diferença pode ser decorrente de uma tendência empirista e pragmática presente de modo preponderante na filosofia norte-americana, em contraposição a uma tradição racionalista e, portanto, dedutivista das culturas ibéricas e brasileira (NICOLA, 2005).

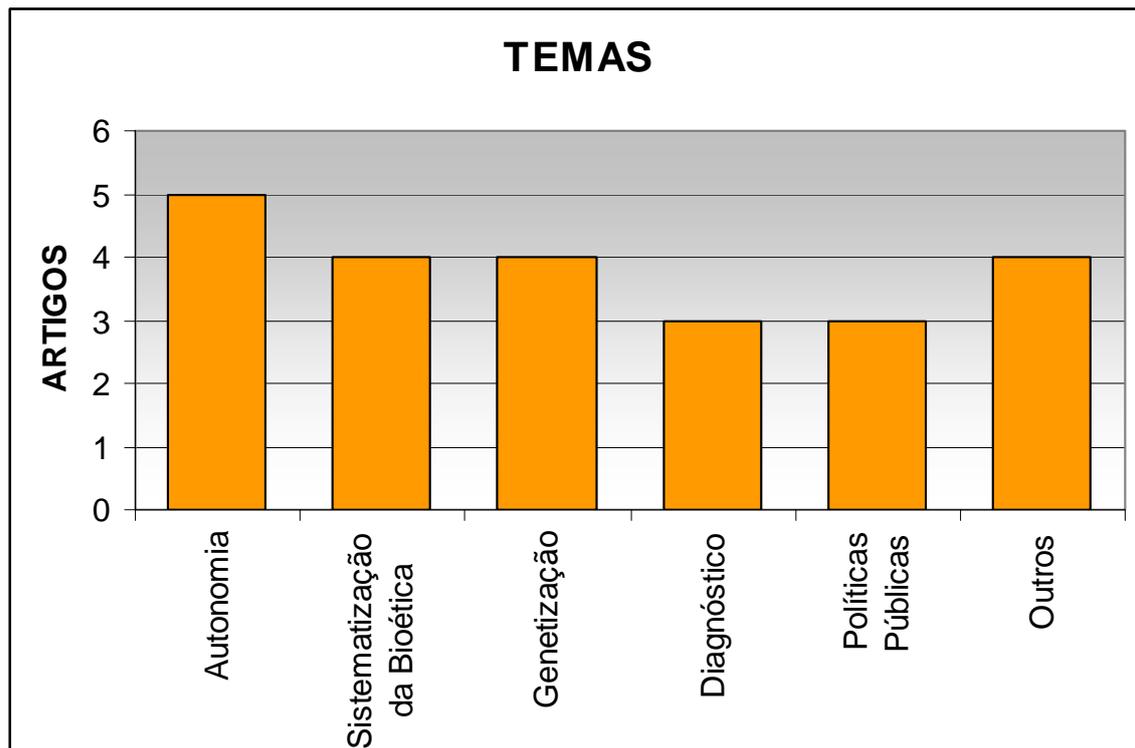


Ilustração 3 – Principais temas tratados nos artigos selecionados.

Dos diversos temas encontrados na investigação da relação entre loucura e o discurso bioético atual, é possível identificar cinco grandes grupos: artigos relativos ao debate sobre o respeito à autonomia do indivíduo considerado louco ou doente mental; sobre o tema da sistematização da Bioética, sua história e diversidade de concepções teóricas; a respeito da genetização, com reflexões sobre os avanços das pesquisas genéticas e suas implicações no âmbito da Saúde Mental; o problema do diagnóstico, com questionamentos acerca da validade dos critérios envolvidos no seu estabelecimento e o debate acerca das políticas públicas voltadas ao tema. Outros assuntos também foram abordados; e todos serão discutidos a seguir.

Eis os artigos analisados, aqui apresentados em grupos por idioma e categoria:

Quadro 3 - Artigos analisados incluídos na categoria Revisão de Literatura – Inglês

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
2006	CAPLAN, Arthur L.	The Hastings Center Report. v. 36, n. 2.	No method, thus madness?	Evidence-based medicine; medicine/philosophy; bioethics	http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=85396
2004	CHARLAND, Louis C.	Philosophy, Psychiatry, and Psychology. v. 11, n.4.	A madness for identity: psychiatric labels, consumer autonomy, and the perils of the internet.	Psychiatric labeling; Internet; bioethics; iatrogenic identity; psychiatry; consumer autonomy	http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/v011/11.4charland01.pdf
2002	WOOLFOLK, Robert L.; DORIS, John M.	Bioethics. v.16, n. 5.	Rationing mental health care: parity, disparity, and justice	Mental illness/therapy; medical policy/United States; medical ethics	http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324650#PaperDownload
2002	SILVER, Mitchell.	Bioethics. v. 16, n. 5.	Reflections on determining competency.	Psychiatric competency determinations; psychiatric patients; patient autonomy; competency guidelines	http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324649
2002	BERESFORD, Peter; WILSON, Anne.	Disability-and-Society. v. 17, n.5.	Genes spell danger: mental health service users/survivor, bioethics and control.	Rehabilitation social sciences, interdisciplinary	http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a713662158~db=all

O primeiro artigo expõe uma crise epistemológica da medicina atual. Trata-se de uma análise dos limites que distinguem a medicina de uma pseudociência. Eis, portanto, um questionamento filosófico importante, que no campo da Saúde Mental se reflete, por exemplo, na questão da cientificidade ou não dos critérios e dos procedimentos que levam a um diagnóstico de loucura ou doença mental (CAPLAN, 2006).

Observa-se que, com a difusão do empirismo moderno e do positivismo, diversos campos do saber buscaram sistematicamente o caminho do cientificismo. A Medicina experimentou um grande desenvolvimento, enquanto a Psicologia, por sua vez, proclamou sua independência da Filosofia. Apesar das conseqüências positivas desse movimento epistêmico, os fundamentos humanistas dessas disciplinas foram negligenciados (FOUCAULT, 2000: 84).

Em busca de “objetividade” e “imparcialidade”, adotou-se o modelo sujeito-objeto de conhecimento. Ora, com isso foi esquecido, ou encoberto, o fato de que o sujeito (médico, psicólogo, cientista) é um ser humano inserido em um tempo e local definidos, passível de influências ideológicas, constituído por elas até, ser falível, parcial. Por outro lado, aquele que recorre a essas ciências é tratado por elas como objeto de estudo, capaz de ser enquadrado e entendido objetivamente, como coisa, sobre a qual é possível fazer uma avaliação precisa, um diagnóstico imparcial (DUARTE JÚNIOR, 1987:31)

Nesse sentido, os diagnósticos psiquiátricos e psicológicos têm sido objeto de um considerável debate ético. De fato, o enquadramento do indivíduo em um rótulo supostamente científico implica em conseqüências importantes para a formação de sua identidade e de ajuste social. Charland, em seu trabalho, também chama a atenção para, além do diagnóstico reducionista, um novo fator de possível desajuste identitário: a internet, onde é cada vez mais possível assumir papéis relacionais desconectados da concretude, virtuais. Assim, afirma-se que a internet pode servir como um inesperado âmbito de distúrbio de identidade, em outras palavras, espaço fabricante de loucura (CHARLAND, 2004).

Ainda no campo dos impactos dos avanços técnicos e científicos, há uma preocupação quanto a presente tendência de, por meio de aproximações genéticas ao fenômeno da loucura, haver aumento da legitimação do controle da diversidade social. Tais aproximações têm buscado identificar os genes causadores ou relacionados a doenças mentais. Essa busca pode até ter elementos objetivos, o que não ocorre com a própria definição de loucura ou doença mental, que, como visto nos capítulos anteriores, é permeada por posicionamentos ideológicos social e historicamente constituídos. Trata-se, portanto, de uma perigosa propensão que, dentre outras medidas, pode ser combatida a partir da inclusão da perspectiva dos usuários do sistema psiquiátrico no debate sobre Bioética e Psiquiatria, gerando, deste modo, uma base de entendimento comum e resistência a essa intenção controladora (BERESFORD; WILSON, 2002).

Tal inclusão, como manifestação de respeito ao sujeito, relaciona-se ao conceito de “autonomia”. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001: 57). Este, segundo os autores, se refere à capacidade de auto-governo do indivíduo, de ação livre. Assim, o conceito está intrinsecamente ligado ao conceito de self, núcleo da personalidade, uma vez que é o self que torna possível a autonomia, a liberdade. Entretanto, no campo das pesquisas comportamentais dos indivíduos, liberdade implica em não previsibilidade. De fato, não é

possível prever um comportamento livre. Ora, a ciência moderna ambiciona ser e apresenta-se como conhecimento pelas causas, capaz, portanto, de previsibilidade dos efeitos. Deste modo, se o homem tem uma cede de liberdade, um self, não é possível construir um conhecimento de previsibilidade acerca dele, o que impede qualquer pretensão de se fazer ciência, no sentido moderno, do comportamento humano, normal ou patológico. Em suma, levados à sua raiz, os conceitos de autonomia e cientificidade são opostos. Além disso, importa considerar também que o self não é uma entidade natural, mas, sim, construída sócio-historicamente, em consonância com interesses ideológicos e a serviço desses.

Na Idade Média, por exemplo, a concepção de um indivíduo capaz de tomar decisões já está presente no seio da cristandade por meio do conceito de livre-arbítrio. Contudo, o paradigma teocêntrico próprio da época não era propício à idéia de autonomia, uma vez que o homem devia submeter suas ações e sua vontade aos desígnios divinos, expressos por meio da hierarquia eclesial. Tal disposição cultural não se restringia apenas ao âmbito teológico, mas estava enraizada também na dimensão política de então (NICOLA, 2005: 134).

Na Idade Moderna, com a transição paradigmática para o antropocentrismo e sua conseqüente negação do modelo anterior, a racionalidade humana passa a ser o centro de referência para a tomada de decisões éticas. Em outras palavras, o homem torna-se referência para o próprio homem; já não precisa responder a uma lei divina, heterônoma, mas apenas a sua própria lei, autônoma. Deste modo, servindo de base ideológica para a conquista dos interesses da burguesia emergente, o conceito de autonomia se fortalece (NICOLA, 2005: 322).

Na Idade Contemporânea, tempo de profundas transformações epistemológicas, em que diversas concepções sobre a verdade e os valores humanos coexistem e até mesmo se opõem, cabe a consideração acerca de suas motivações. Nesse sentido, na busca de determinação da competência de um indivíduo importa que se façam duas perguntas: a primeira relativa aos fatores que levam à busca pela determinação da autonomia; e a segunda sobre que o self seria, sobre sua natureza (SILVER, 2002).

Assim, diante de tantas abordagens e perspectivas, é conveniente ressaltar que a dificuldade em definir a loucura ou doença mental traz importantes implicações sociais, inclusive na formulação de políticas públicas e na alocação de recursos públicos de saúde.

Tal dificuldade só pode ser superada com o aprofundamento da análise filosófica e do conhecimento científico (WOOLFOLK; DORIS, 2002).

Quadro 4 - Artigos analisados incluídos na categoria Revisão de Literatura – Português.

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
2004	GIOVANNETTI, Marcio de Freitas.	Ciência e Cultura	Apresentação - a respeito de uma das três profissões impossíveis.	Psicanálise; inconsciente.	http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v56n4/a12v56n4.pdf
2001	LOPES, Carlos Batista.	Bioética, v. 9, n. 1	Desafios éticos atuais na psiquiatria.	Ética, psiquiatria.	http://www.portalmedico.org.br/revista/bio9v1/simp1.pdf
1998	FÉ, Ivan de Araújo Moura.	Portal Médico	Doença mental e autonomia.	Autonomia, consentimento informado, doença mental.	http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doenmental.htm
1997	SCHRAMM, F. Roland.	FLEURY, Sonia (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.	Da bioética “privada” À bioética “pública”.	História da bioética.	http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque87.pdf
1997	AMARANTE, Paulo.	FLEURY, Sonia (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.	Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira.	Reforma psiquiátrica.	http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque76.pdf
1997	OPITZ, John M.	Bioética, v. 5, n. 2	O que é normal considerado no contexto da genetização da civilização ocidental?	Normalidade, genetização.	http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v5.htm
1997	SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho.	Revista de Saúde Pública v. 31, n. 5	O conceito de saúde.	Saúde, qualidade de vida.	http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf
s.d.	CASCAIS, António Fernando.	Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.	Genealogia, âmbito e objecto da bioética.	História da bioética.	http://bocc.ubi.pt/pag/cascais-antonio-genealogia-bio.html#tex2html1
s.d.	AQUINO, Ricardo.	Conferência Nacional de Saúde on-line	A loucura no novo milênio.	Loucura.	http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/a_loucura_no_novo_milenio.htm

Observa-se no quadro, bem como nos que seguem, que existem alguns dados incompletos, não fornecidos em sua fonte original. Os textos de revisão de literatura em português também demonstram uma grande variedade de temas relacionados à loucura desde uma perspectiva bioética. Aliás, esta, por sua sistematização recente, é vista como portadora de instabilidade em suas definições e idéias. Trata-se de um campo que recebe contribuições de diversas áreas do saber e ainda está em processo de constituição (CASCAIS, s.d.). Desde uma análise que considera sua dinâmica histórica, a Bioética parece ter que, como um de seus desafios atuais, consolidar-se e posicionar-se como espaço de respeito à diversidade, como ferramenta de construção da cidadania, num contexto de globalização crescente, em que prospera a tendência de padronização no modo de pensar e agir da humanidade, expressão de uma nova ordem econômica e comunicativa (SCHRAMM, 1997).

Essa nova ordem exige uma reflexão mais aprofundada sobre a vivência ética em sociedade. Ora, a ética nasce do convívio humano a partir da identificação entre indivíduos de uma mesma comunidade. A história da ética, ademais, está intimamente relacionada ao conceito de humanidade, permanentemente em construção e influenciada pela prática médica. Daí a importância da Medicina, em especial da Psiquiatria, no discurso ético (LOPES, 2001).

Essa importância e influência das práticas biomédicas na construção da definição de um parâmetro antropológico podem ser vistas, por exemplo, ao ser analisado como a loucura tem sido tratada nas últimas décadas no Brasil. A herança do período de governo militar na área da saúde mental foi desastrosa, com falta de assistência a grande parte da população, utilização de métodos repressivos e política de internação em grandes unidades hospitalares. Já numa perspectiva mais recente, de caráter privatista, cresceu a ineficiência, a corrupção e a malversação do dinheiro público. Em ambos os casos prevaleceu um modelo de exclusão social para aqueles que não eram considerados normais pelo conhecimento biomédico. Por isso, importa que se intensifique, neste novo milênio, o fortalecimento da democratização e da promoção à cidadania no campo da Saúde Mental (AQUINO, s.d.).

Nesse sentido, pode-se ver a Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento social de grande vigor e persistência, que se estabeleceu com claro caráter democrático e social, já que luta de modo efetivo para maior solidariedade, igualdade e cidadania. Parte de seu valor reside também na proposta de discussão do modelo médico-

psicológico de produção do conhecimento acerca da “doença mental”, bem como sobre a noção e os encaminhamentos da terapia (AMARANTE, 1997). Tal movimento acaba por gerar uma significativa mudança em como se compreende a loucura (FREIZE-PEREIRA, 2002).

E é a partir de uma ressignificação dos conceitos de loucura e saúde mental que se discute atualmente os limites da autonomia dos pacientes psiquiátricos, enfatizando-se que, no contexto da psiquiatria, deve crescer a importância do consentimento informado, uma vez que se tornou inaceitável negar ao doente mental o direito de decidir sobre questões relacionadas a seu tratamento (FÉ, 1998). Nesse contexto, não se pode mais delegar totalmente o poder de decisão sobre o terapeuta.

Ora, a partir de uma aproximação psicanalítica, de consideração das pulsões internas e do inconsciente, conclui-se a impossibilidade da pretensão de um conhecimento racional completo sobre o homem. Em outras palavras, no que se refere ao tema desta pesquisa, uma vez que a Psicanálise resgatou o aspecto irracional humano, não se pode mais considerar os conceitos de normalidade mental e de loucura desde um posicionamento antropológico racionalista (GIOVANNETTI, 2004), o que tem sido feito dentro de uma corrente cientificista em Psiquiatria.

Nesse contexto, questiona-se, inclusive, a primeira definição de saúde apresentada pela Organização Mundial da Saúde: "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" do indivíduo (FERRAZ; SEGRE, 1997). Afirma-se ser uma definição ultrapassada, tendo em vista sua inatingibilidade, bem como a consideração psicanalítica de que a vida em sociedade porta, em sua origem, uma exigência de renúncia à liberdade pulsional do homem, gerando neurose. Como consequência, enfatiza-se a necessidade de que se pense a saúde a partir de outro enfoque. Esse imperativo renovador já é sentido há alguns anos. De fato, é crescente a compreensão de que o entendimento da saúde de um indivíduo ou comunidade depende de considerações acerca de suas relações sociais, culturais e ambientais. Assim, a própria OMS, em 1986, ao referir-se à promoção da saúde, considera o aspecto comunitário envolvido no processo. Desta forma “a Promoção da Saúde aponta para um novo conceito de saúde. A saúde é percebida não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana, sendo, portanto, conceituada positivamente com ênfase nos meios sociais e pessoais (...)” (LEÃO; TEIXEIRA, 2002). Como consequência, novos projetos de desenvolvimento no campo da saúde são elaborados a partir desse enfoque. Contudo, apesar da evolução conceitual, não houve

avanço suficiente no aspecto prático, uma vez que, pelo menos no Brasil, a saúde pública claramente não é tratada como prioridade pela classe governante.

Tal perspectiva reflexiva de atenção às transformações teórico-práticas no campo da saúde vem ao encontro de um outro fenômeno atual nessa área: a “genomania”, preocupação excessiva quanto aos aspectos genéticos relacionados a partes anormais ou potencialmente anormais do ser humano. Essa tendência pode, inclusive, convergir em uma nova forma de eugenia. No campo da Saúde Mental, em que já existem pesquisas sobre o assunto, importa discutir o conceito que se tem de normalidade, uma vez que é central nesse debate por orientar a prática clínica (OPTIZ, 1997).

Quadro 5 - Artigos analisados incluídos na categoria Metodológico – Inglês.

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
1998	BOYCE, Nell.	New Scientist. v. 158, n. 2139.	Knowing their own minds.	Medical research; experimentation on man; mental illness; therapy; National Bioethics Advisory Commission.	http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=83448
1997	TANNSJO, Torbjorn.	Bioethics. v. 11, n. 20.	Ought we to sentence people to psychiatric treatment?	Insanity defense.	http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1467-8519.00069

A orientação para a prática clínica, aliás, é de grande importância na atualidade. Diante de inúmeros relatos de abusos, estão sendo propostas, nos Estados Unidos, por exemplo, novas diretrizes de ação que protejam pacientes psiquiátricos vulneráveis de testes clínicos prejudiciais (BOYCE, 1998). De fato, o afã cientificista, que, como já visto, tende a coisificar o “objeto” humano de pesquisa, bem como os interesses econômicos subjacentes, deram espaço à proliferação de pesquisas em que não havia preocupação suficiente com o indivíduo. Atualmente, busca-se maior respeito à integridade do paciente e à sua autonomia.

Relacionada ao tema da autonomia, a questão jurídica também surge. O que fazer com alguém que comete um crime sob influência de doenças mentais? Tradicionalmente, as sociedades adotam duas atitudes: ou o réu é absolvido, mas, se perigoso, confinado, para o bem da sociedade; ou considerado culpado e sentenciado a tratamento psiquiátrico. Contudo, no atual contexto das discussões sobre as doenças mentais, uma proposta

alternativa se apresenta, ainda que polêmica: a condenação à cadeia, com possibilidade de tratamento psiquiátrico voluntário. Tal modelo possibilitaria um claro delineamento de papéis, reservando ao psiquiatra a função de médico, não a de juiz ou carcereiro. Além disso, quem defende essa proposta alega que, com ela, trata-se o doente mental como pessoa normal, e ele é levado a reparar seus crimes e aprender, por meio de uma pena e na medida de suas possibilidades, o que é boa e má conduta (TANNSJO, 1997).

Contudo, no Brasil, esse posicionamento pode ser posto em questão quando são consideradas as atuais circunstâncias do regime prisional. O espaço de reclusão, que deveria ser, além de punitivo, âmbito de reabilitação, nos dias atuais se apresenta como aglomerado humano que agrava as tendências de delinquência daqueles nele inseridos (AZEVEDO, 1999). Tais circunstâncias, no entanto, não são apenas próprias do âmbito nacional ou do momento presente, elas fazem parte da história carcerária mundial (FOUCAULT, 1987).

Quadro 6 - Artigos analisados incluídos na categoria Empírico – Inglês.

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
2002	WATTS, Jay; PRIEBE, Stefan.	Bioethics. v. 16, n. 5.	A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment.	Community health services; mental illness; therapy; medical ethics.	http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324648
2002	LANCASTER, Tim; HART, Ruth; GARDNER, Selena.	Medical Education. v. 36, n. 11.	Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique.	Clinical relevance; literature; medical students; knowledge; empathy; communication skills; student attitudes; insights.	http://www.blackwell-synergy.com/rd.asp?code=MED&vol=36&page=1071&goto=abstract

Com todas essas reflexões acontecendo atualmente, a prática terapêutica tende a se aprimorar. Cresce a consciência da importância de escutar os pacientes no processo terapêutico como forma de engajá-los no serviço de saúde mental. Em outras palavras, trata-se de considerar a perspectiva ética dos pacientes, juntamente com a dos demais envolvidos no processo (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, familiares). Nesse sentido, a partir da consideração dos interesses de todos os atores envolvidos na trama terapêutica, aproxima-se mais das condições de moralidade estabelecidas pela ética do discurso habermasiana (HABERMAS, 1989).

Tal aproximação terapêutica apresenta-se como alternativa a intervenções coercitivas, tão comuns nos serviços de saúde e que são experienciadas pelos pacientes como ataque a sua identidade. Desse modo, dar espaço para a atuação do paciente fortalece a relação terapêutica, tornando-a mais cooperativa e beneficiando todo o processo (WATTS; PRIEBE, 2002).

Configura-se, portanto, um novo momento reflexivo no campo biomédico. Nesse sentido, o pensamento bioético relacionado a diversos temas clássicos, entre eles a loucura, tem sido estimulado nos cursos de formação médica de modo inovador, inclusive por meio de disciplinas especiais de literatura (LANCASTER et al, 2002). Os alunos são postos em contato com textos capazes de os aproximar da vivência dos pacientes, tornando-os mais sensíveis a suas realidades subjetivas e concretas.

Quadro 7 - Artigos analisados incluídos na categoria Empírico – Português.

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
2005	MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amábil Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos.	Cadernos de Saúde Pública v. 21, n. 5	A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo.	Saúde mental; hospitalares psiquiátricos.	http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/20.pdf
1998	SOALHEIRO, Nina Isabel.	BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.	Invenção da assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública.	Serviços de saúde mental.	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=216728

Deste modo, cresce, no campo da saúde, o movimento dos que propõem a reformulação da assistência clínica em saúde mental na rede pública a partir da concepção de que a loucura tem um espaço social, devendo ser respeitada e vista desde uma perspectiva inclusiva (SOALHEIRO, 1998). De fato, setores sociais conseguiram problematizar de maneira ampla o tema das políticas públicas relacionadas à saúde mental. Tal movimento, por lograr, através de seus esforços, influenciar mudanças concretas nos parâmetros de atendimento aos usuários do sistema público, constitui exemplo claro da importância da mobilização social e da democratização do debate sobre a loucura. Esse debate, inclusive, contribuiu de forma marcante para que cada vez mais

ficasse clara a idéia de que a “doença mental”, bem como as diversas doenças, “é uma realidade socialmente construída” (KLEINMAN, 1995: 95).

Entretanto, essa reformulação do modo de se pensar a loucura e de como tratá-la não se apresenta de modo simples e automático. A passagem de um paradigma para outro requer um período de adaptação. Inclusive, destaca-se que existem pacientes que se recusam à desospitalização. Isso se deve a fatores como a sensação de liberdade ainda que internados, a proteção concreta e subjetiva que o hospital oferece e o modo de vida asilar incorporado pelos pacientes (MACHADO; MANÇO; SANTOS, 2005).

Quadro 8 - Artigos analisados incluídos na categoria Outros – Inglês

Ano	Autor(es)	Periódico	Título	Núcleo temático	Disponibilidade
2004	SADLER, John-Z.	Philosophy,- Psychiatry,- and- Psychology. v. 11, n.4.	A madness for the philosophy of psychiatry.	Psychiatric labeling; Internet; bioethics; iatrogenic identity; psychiatry; consumer autonomy.	http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/v011/11.4sadler.html
1998	DICKSON, David.	Nature. v. 395, n. 6700.	Panel urges caution on genetic testing for mental disorders	Genetic screening; bioethics; mental illness/diagnosis.	http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=84638
1998	LUCASSEN, Anneke.	Lancet (North American Ed.) v. 352, n. 9133.	Ethical issues in genetics of mental disorders	Genetic screening; mental illness; medical ethics.	http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=84834

Porém, grandes avanços podem ser vistos. Entre eles a crescente compreensão de que as desordens mentais não podem ser expressas por rótulos. Tentar classificar de forma tão superficial o conteúdo psíquico de uma pessoa chega a ser ofensivo, além de configurar um diagnóstico reducionista (SADLER, 2004). Fica cada vez mais clara a complexidade dos fatores envolvidos na gênese de comportamentos considerados socialmente impróprios. Além disso, destaca-se que, ao se rotular um indivíduo por seu padrão comportamental, tende-se a localizar nele o problema específico. Essa abordagem é profundamente criticada pelos que entendem o homem como ser relacional, político, cujas experiências e vivências são marcadas pelo contato com os demais (DUARTE JÚNIOR, 1987).

Outro fator importante que merece atenção é a relação entre a loucura e a genética. O rápido avanço no conhecimento genético traz uma nova dimensão para os dilemas éticos na prática médica. No que se refere às doenças mentais, os testes de pré-

disposição genética geram uma série de questões. Considerando que a maioria das doenças mentais guarda relação com uma interação multigenética e que os testes genéticos para esse tipo de doenças possuem apenas uma capacidade limitada de previsibilidade, até que ponto a informação sobre a existência de uma pré-disposição genética para um distúrbio mental pode trazer benefícios para o indivíduo? Deve-se respeitar o direito à autonomia e privacidade do paciente ou revelar os resultados à família? Os possíveis benefícios de testes genéticos preditivos superam o preconceito e a discriminação que podem surgir?

E ainda: seria bom e lícito interromper uma gestação considerando os resultados de testes que indicassem pré-disposição genética a doença mental no feto? São questões de difícil resposta sobre problemas novos e complexos, que exigem ainda muita reflexão e que demonstram a importância do pensar bioético acerca da loucura (LUCASSEN, 1998).

Nesse sentido, bioeticistas britânicos, ao considerarem a complexidade dos fatores causais da maioria das doenças mentais, sugerem precaução quanto à crescente tendência no uso de testes genéticos para identificação de suscetibilidade a esses distúrbios. Alertam para um possível perigo de, no futuro, tais testes poderem se tornar obrigatórios e, por exemplo, fonte de conseqüente discriminação (DICKSON, 1998). Tais preocupações unem-se a outras já apresentadas neste trabalho e configuram um novo e amplo momento de reflexão ética em saúde mental.

De maneira geral, observa-se pela leitura dos artigos elencados que se tem buscado um resgate dos aspectos positivos da loucura, reafirmando o respeito à dignidade do louco. Cada vez mais, ele é visto como um cidadão portador de direitos, um usuário do sistema de saúde. Aumenta a compreensão de que o tratamento visa à saúde e não à punição, à segregação ou ao cerceamento da liberdade. Ele não é nem deve ser um mecanismo justificador da opressão ou da limitação dos direitos fundamentais. Tal bandeira tem sido defendida pela luta antimanicomial, que, apesar de inconclusa, já possibilitou um grande avanço na reflexão contemporânea sobre como conceber a loucura e lidar com ela.

Em uma perspectiva ampla, a partir do que foi possível apreender desta pesquisa, pode-se observar que o tema da loucura não mais se refere apenas à experiência do indivíduo, mas a todo o âmbito da cultura e da dinâmica histórica, que definem, determinam e lhe concedem um espaço na sociedade.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo descrever e analisar a sistematização teórica acerca da loucura a partir do atual discurso bioético presente nos trabalhos acadêmicos elencados nos bancos de dados da Capes. Com a perspectiva de que os valores morais se constituem por meio da linguagem, buscou-se analisar como está sistematizado o discurso sobre a loucura no contexto bioético, indicando tendências teóricas sobre o fenômeno da loucura que pudessem auxiliar em sua melhor compreensão. Para isso, utilizou-se como técnica de obtenção de dados a revisão sistemática dos trabalhos contidos em buscadores acadêmicos, bem como pesquisa bibliográfica complementar.

Como início de reflexão, explicitou-se a relação existente entre os campos da Bioética e da Saúde Mental, construindo uma ponte teórica entre ambos. Foram considerados os desafios epistêmicos que a área da Saúde Mental enfrenta, bem como os que a própria Bioética encontra para se estabelecer como área de conhecimento e discussão em torno das questões morais relativas à saúde e à vida humana. De maneira conjunta, foi demonstrada a relevância do enfoque bioético sobre o fenômeno da loucura. Desse modo, cumpriu-se o primeiro objetivo específico da pesquisa.

Em seguida, foi analisada a historicidade da concepção da loucura, traçando-se um percurso histórico de como ela foi definida e tratada desde a Idade Média até os dias atuais. Assim, tendo em vista o segundo objetivo específico deste trabalho, considerou-se o paradigma religioso sobre o tema na medievalidade, as aproximações racionalistas e empíricas da modernidade, bem como as duas principais perspectivas contemporâneas acerca da loucura: a que a considera como doença e a que a entende como fenômeno cultural.

Com relação ao terceiro objetivo específico, foram apresentados os resultados obtidos, que indicaram grande variedade de temas relacionados, ainda que de sistematização incipiente. Foi analisado o conceito de “autonomia”, sua relação com o *self* e a incompatibilidade teórica de ambos com a pretensão de cientificidade do estudo do comportamento humano. A necessidade do respeito ao consentimento informado foi destacada. A culpabilidade dos doentes mentais foi questionada, bem como se estabeleceram considerações importantes acerca da determinação de sua competência. Quanto aos avanços dos estudos genéticos, os testes de predição de doenças mentais foram

considerados em seus aspectos positivos e negativos. Também foi possível observar como mudanças na concepção sobre a loucura têm aumentado a eficácia terapêutica, contribuindo para tornar a prática clínica mais bem sucedida em seu propósito de aliviar ou curar distúrbios e promover saúde psíquica aos que a ela recorrem. Cresce a compreensão de que o tratamento visa à saúde e não à punição; e há um movimento de resgate do respeito à dignidade do louco. Todas essas mudanças acabam por exigir novas políticas públicas de saúde mental, o que deixa clara a importância dessa discussão em âmbito social.

Entretanto, pode-se perceber uma grande diversidade de enfoques e perspectivas ideológicas sobre o tema. E é dessa diversidade de posicionamentos antropológicos que emerge, de modo cada vez mais evidente, a importância ética do discurso, da análise da linguagem e das relações que ela representa, como fundamento da moralidade.

Por esses resultados, sugere-se que uma maior reflexão sobre a loucura e saúde mental no campo da Bioética pode trazer inúmeros benefícios sociais, não apenas para a garantia dos direitos de todos os cidadãos, mas também como forma de diminuição de preconceitos e estigmatização da doença e do doente mental.

Os temas aqui levantados permitem ainda muita discussão e inúmeras contribuições teóricas; e constituem um desafio não somente para o mundo acadêmico, mas para toda a sociedade, uma vez que esta, ao refletir sobre o que é e como se constrói a loucura, pode adquirir um maior e necessário auto-conhecimento, fundamental para a promoção da equidade, da justiça e do desenvolvimento social.

Diante disso, cabem os seguintes questionamentos: afinal, quem está louco? Aquele que manifesta seus impulsos ou o que procura constantemente se conter, igualar-se à maioria, aproximar-se à média, mediocritizar-se? Existe algo de bom na loucura, alguma lição que dela se possa aprender?

Esta revisão sistemática e as considerações traçadas a partir dela procuraram constituir um instrumento útil para o fomento da discussão bioética em torno do conceito de loucura e suas implicações. Com isso, espera-se ter colaborado com o incremento da reflexão ética no contexto da Saúde Mental, linha de pensamento capaz de promover uma ação terapêutica mais eficaz; e de servir como ponto de partida para a busca de uma maior coerência tanto teórica quanto prática dos profissionais dessa área.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque76.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2006.
- AQUINO, Ricardo. **A loucura no novo milênio**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/a_loucura_no_novo_milenio.htm>. Acesso em 28 nov. 2006.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- AZEVEDO, José Eduardo. **As relações de poder no sistema prisional**. Disponível em <<http://sociologiajur.vilabol.uol.com.br/tajeduardopoder.htm>>. Acesso em 22 nov. 2006.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- BERESFORD, Peter; WILSON, Anne. Genes spell danger: mental health service users/survivors, bioethics and control. **Disability and Society**, v. 17, n.º. 5, ago. 2002. Disponível em <<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a713662158~db=all>>. Acesso em 28 nov. 2006.
- BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional: a estratégia clínica...** São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BOYCE, Nell. Knowing their own minds. **New Scientist**, v. 158, n.º. 2139, 20 jun. 1998. Disponível em <http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=83448>. Acesso em 26 nov. 2006.
- BRASIL. **Portal. Periódicos. Capes**. Ministério da Educação. Disponível em <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>. Acesso em 28 nov. 2006.
- CADORÉ, Bruno. L'expérience bioéthique de la responsabilité. Montreal: Fides, 1994. pp. 21-22. In: DURAND, Guy. **Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola, 2003.
- CAPLAN, Arthur L. No method, thus madness? **The Hastings Center Report**, v. 36, n.º. 2. Mar.-Apr.2006. Disponível em <http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=85396>. Acesso em 26 nov. 2006.
- CASCAIS, António Fernando. **Genealogia: âmbito e objecto da Bioética**. Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Edições Cosmos. Disponível em <<http://bocc.ubi.pt/pag/cascais-antonio-genealogia-bio.html#tex2html1>>. Acesso em 28 nov. 2006.
- CASTRO, Aldemar Araújo. **Revisão Sistemática e Meta-análise**. Disponível em <<http://www.metodologia.org/meta1.PDF>>. Acesso em 21 nov. 2006.
- CASTRO, Paulo Francisco de. Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. **Psicologia: teoria e prática**, v. 1, n.º. 1, p. 3-13. 1999. Disponível

em <http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/revista1.1/artigo_1.PDF>. Acesso em 24 nov. 2006.

CHARLAND, Louis-C. A madness for identity: psychiatric labels, consumer autonomy, and the perils of the internet. **Philosophy, Psychiatry, and Psychology**, v. 11, n° 4, Dec. 2004. Disponível em <http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/v011/11.4charland01.pdf>. Acesso em 21 nov. 2006.

COOK D. J., MULROW C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Annals of Intern Medicine**, v. 126, n° 1, p. 376-380. March 1997.

COREY, Gerald F. **Técnicas de aconselhamento e psicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

DICKSON, David. Panel urges caution on genetic testing for mental disorders. **Nature**, v. 395, n° 6700. Sept. 24 1998. Disponível em <http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=84638>. Acesso em 23 nov. 2006.

DINIZ, Débora. **Conflitos morais e Bioética**. Brasília: Letras Livres, 2001.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DUARTE JÚNIOR, João-Francisco. **A política da loucura: a antipsiquiatria**. 3. ed. São Paulo: Papyrus, 1987.

DURAND, Guy. **Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola, 2003.

_____. **A Bioética: natureza, princípios, objetivos**. São Paulo: Paulus, 1995.

ENGELHARDT, H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. **Manuale di Etica**. Milano: Il Saggiatore, 1991.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986.

FÉ, Ivan de A. M.. Doença mental e autonomia. **Bioética**, v. 6, n° 1, p. 71-79. 1998. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doenmental.htm>>. Acesso em 21 nov. 2006.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. A vivência da ética numa dialética de paixão e razão. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. (org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. Trad. de José Teixeira Coelho Neto. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREUD, Sigmund. **A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial**. 1926. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, (s.d.).

FRAYZE-PEREIRA, João A. **O que é loucura**. 10. ed. Brasília: Brasiliense, 2002.

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; TREVIZAN, Maria A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.º. 3. Ribeirão Preto, maio-jun. 2004.

GIOVANNETTI, Marcio de Freitas. Apresentação a respeito de uma das três profissões impossíveis. **Ciência e Cultura**, v. 56, n.º. 4. São Paulo, out.-dez. 2004.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Trad. de. Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

KLEINMAN, Arthur. **Pain as Human Experience: an anthropological perspective**. Londres: University of California Press, 1994.

_____. **Patients and Healers in the Context of Culture: an exploratios of the borderland between Antropology, Medicine, and Psychiatry**. Londres: University of California Press, 1981.

_____. **Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience**. New York: The Free Press, 1988.

_____. **Writing at the Margin: discourse between Antropology and Medicine**. Londres: University of California Press, 1995.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

LANCASTER, Tim et al. Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. **Medical Education**, v. 36, n.º. 11. Nov. 2002. Disponível em <<http://www.blackwell-synergy.com/rd.asp?code=MED&vol=36&page=1071&goto=abstract>>. Acesso em 28 nov. 2006.

LEÃO, Selma de Souza; TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento como estratégia de promoção da saúde no campo do envelhecimento**. 2002. Disponível em <http://www.sbggrj.org.br/artigos/empodera.htm>>. Acesso em 28 nov. 2006.

LEPARGNEUR, Hubert. **Bioética: novo conceito: a caminho do consenso**. São Paulo: Loyola, 1996.

LOPES, Carlos Batista. **Desafios éticos atuais na psiquiatria...** Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio9v1/simpol.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2006

LUCASSEN, Anneke... Ethical issues in genetics of mental disorders. **Lancet** (North American edition), v. 352, n.º. 9133. Sept. 26 1998. Disponível em <http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/shared/shared_main.jhtml?_requestid=84834>. Acesso em 22 nov. 2006.

MACHADO, Vanessa; AMANÇO, Amábile R. X.; Santos, Manoel A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.º. 5, p. 1472-1479. Rio de Janeiro, set-out. 2005... Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/20.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2006.

MAGALHÃES, Lúcia Maria Azevedo. Teoria da Personalidade em Carl Gustav Jung. In: RAPPAPORT, Clara Regina (coord.). **Teorias da personalidade em Freud, Reich e Jung: temas básicos de psicologia**. v. 7. São Paulo: EPU, 1984.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. São Paulo: Atlas, 1994.

MOLONEY R.; MAGGS C. A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n.º 1, p. 51-57. 1999.

NICOLA, Ubaldo. **Antologia ilustrada de Filosofia: das origens à idade moderna**. São Paulo: Globo, 2005.

OPITZ, John M. **O que é normal considerado no contexto da genitização da civilização ocidental?** Trad. de Hélia Chaves. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=328108&indexSearch=ID&lang=i> >. Acesso em 28 nov. 2006.

POST, Stephen. G. (ed.). **Encyclopedia of Bioethics**. 3 ed. New York: Thompson, 2004.

REICH, Warren T. (ed.). **Encyclopedia of Bioethics**. 2 ed. New York: Simon, Schuster Macmillan; 1995.

_____. **Encyclopedia of Bioethics...** New York: The Free Press, 1978.

REINALDO, A. M. S. O princípio da autonomia e os aspectos éticos do cuidado na assistência em saúde mental. **O mundo da saúde**, v. 28, n.º 3, p. 284-290. São Paulo, 2004.

SADLER, John-Z. A madness for the philosophy of psychiatry. **Philosophy, -Psychiatry, -and-Psychology**, v. 11, n.º 4, Dec 2004. Disponível em < http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/v011/11.4sadler.html >. Acesso em 21 nov. 2006.

SCHRAMM, F. Roland. Da **Bioética “Privada” à Bioética “Pública”**. 1997. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.º 4. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque87.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2006.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.º 5. 1997. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf> >. Acesso em 28 nov. 2006.

SILVER,-Mitchell. Reflections on determining competency. **Bioethics**, v. 16, n.º 5. Sept. 2002. Disponível em < http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324649>. Acesso em 26 nov. 2006.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SOALHEIRO, Nina Isabel. **Invenção da assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=216728>>. Acesso em 21 nov. 2006.

TANNSJO, Torbjorn. Ought we to sentence people to psychiatric treatment? **Bioethics**, v. 11. July 1997. Disponível em < <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1467-8519.00069>>. Acesso em 28 nov. 2006.

WATTS, Jay; PRIEBE, Stefan. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. **Bioethics**, v. 16, n.º 5. Sept. 2002. Disponível em < http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324648>. Acesso em 23 nov. 2006.

WOOLFOLK, Robert L.; DORIS, John M. Rationing mental health care: parity, disparity, and justice. **Bioethics**, v. 16, n.º 5. Sept. 2002. Disponível em <

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=324650#PaperDownload >. Acesso em 21 nov. 2006.

ZOBOLI, Elma L. C. P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Loyola, 2002.