

## **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**

### **Ethics in conflict: the psychiatric reform and asylum logic**

Walter Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>

**RESUMO** – Este artigo examina duas lógicas que se contrapõem e condicionam o campo da saúde mental: e da atenção psicossocial: uma, que pode ser descrita como um conjunto de preceitos que caracteriza o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e outra, a que comumente nos referimos como a lógica manicomial. O autor considera que estes dois pontos de vista constituem um conflito cujo fundo é de natureza ética. Para consolidar esta proposição, o autor refere-se à construção do campo da psiquiatria, disciplina hegemônica no campo da saúde mental, no período anterior a seu nascimento como especialidade, no século XIX, quando esta profissão se afirma como especialidade médica e até o início da Reforma Psiquiátrica, na segunda metade do século XX. O artigo dá suporte à idéia de que estas duas éticas conflitantes são, em certos aspectos, irreconciliáveis.

**ABSTRACT** – This article examines two counterposed forms of logical construction, one that characterizes psychosocial care and the Psychiatric Reform movement in Brazil and the other, to which we commonly refer to as the manicomial logic. The author considers that these two viewpoints constitute an ethical conflict. In order to support its views, the article examines the development of psychiatry as a field of knowledge and power, in the periods before its beginning, during the 19<sup>th</sup> century, when it was confirmed as a medical specialty, and until the midst 20<sup>th</sup> century, when started the psychiatric reform in Brazil. The article defends that these two ethics are, in certain ways, irreconcilable.

<sup>1</sup>Professor do Departamento de Saúde Pública – UFSC  
e-mail : walter@ccs.ufsc.br

## **Os conflitos na estruturação do campo da saúde mental**

O movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), hoje projeto de Estado, afirma-se, desde a segunda metade da década de 1970, por suas propostas de ampla reforma do modelo de assistência em saúde mental. Esta reformulação pensa, entre outras, as formas de intervenção sobre os problemas psíquicos e os saberes e as políticas públicas que justificam e conformam estas intervenções. A proposição estrutural da Reforma evidencia conflitos fundamentais com o modelo anteriormente vigente na assistência psiquiátrica, limitado do ponto de vista epistemológico, centrado no hospital e no profissional médico, calcado pela hegemonia disciplinar e de discussão preferencialmente controlada, restrita aos ambientes técnicos e acadêmicos. Uma característica fundamental da reforma estrutural do modelo de atenção é o rompimento com a configuração eminentemente disciplinar, a não conformidade com a hegemonia de um setor profissional, a psiquiatria e, em contraposição, a projeção de um campo intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar, avançando a discussão pública sobre os problemas mentais e promovendo a cidadania plena dos usuários dos serviços de saúde mental.

Conflitos de princípios, preceitos, normas e orientações são, por natureza, de caráter ético, já que influem diretamente no estabelecimento de hábitos, atitudes e comportamentos e caracterizam posicionamentos a respeito do que é considerado como benefício ou malefício, para indivíduos, grupos e populações<sup>9</sup>. Os conflitos emergentes entre os preceitos da RP e os do modelo tradicional são, assim, de várias naturezas. Este texto foca a contraposição de aspectos éticos, suscitados pelas diferenças de praxis e epistemologia dos dois modelos, e que são pertinentes à ruptura histórica entre o modelo clássico e a constituição do corpus ideológico da RP. No sentido de contextualizar o estabelecimento desta diferença constitucional, apresentamos uma revisão histórica, que permite argumentar que determinados aspectos éticos deste conflito estão não só em contraposição conjuntural, mas são, de fato, incompatíveis. Tomamos como início desta retrospectiva o período da Idade Média, onde se estabelecem os elementos fundantes da clínica psiquiátrica moderna. Seguimos este curso até os movimentos estruturantes da psiquiatria brasileira na primeira metade do século XX, finalizando a análise com as propostas de políticas e práticas de intervenção da Reforma Psiquiátrica, calcadas, entre outras, na abordagem fenomenológico-existencial e no conceito de desinstitucionalização. Esperamos, desta forma,

contribuir com uma reflexão sobre o momento atual de estruturação do campo da saúde mental, no que concerne a suas relações com a ética e o biopoder.

### **Fundamentos históricos da psiquiatria moderna**

O início da Idade Média no Ocidente caracteriza-se pela ruralização da sociedade com abandono das cidades, substituição da economia monetária pela troca primária e abolição do regime escravista. Houve um grande declínio cultural e desenvolveram-se comunidades auto-suficientes, precursoras do feudalismo. A civilização cristã encontrava-se ameaçada pelas invasões normandas, árabes e magiares e havia grande instabilidade política nos reinos bárbaros que, fragmentados, agora substituíam a estabilidade unificada do império romano<sup>7</sup>.

O feudalismo foi o regime social típico da Idade Média e permitiu uma organização baseada num sistema altamente hierarquizado e com pouco espaço para individualismos. As condições de nascimento traçavam o destino do indivíduo e pouco se podia fazer em termos de mudanças no plano pessoal. O feudo, incluindo-se as terras, pastagens, aldeias, igreja e castelo, funcionava como um microcosmo. As nações se pulverizaram nestas pequenas comunidades que tinham grande autonomia econômica e política.

Neste ambiente de comunidades fechadas, ordem hierárquica rígida e determinismo da vida pessoal, os valores eram pouco mutáveis. O teocentrismo subordinava a razão à fé, fazendo da revelação a via régia para a verdade, incumbindo-se o clero da preservação do saber. Era grande a intolerância para com a heresia. Mas neste ambiente à loucura era permitida certa circulação, como aponta Foucault<sup>4</sup> na *História da loucura na idade clássica*.

Com o tempo, o comércio, desfavorecido no regime feudal, fortaleceu-se novamente e as cidades (burgos) readquiriram grande importância e autonomia em um contexto de renovação da economia com base comercial. Ironicamente, a estabilidade econômica do feudalismo, causada pela robustez da produção agrária, permitiu liberação de mão de obra e grandes migrações do campo para as cidades. Altera-se com isso o esquema de relações, de uma vida essencialmente comunitária, onde os cidadãos de um mesmo feudo se conheciam, para as cidades, onde o anonimato potencializa as vulnerabilidades sociais. Neste contexto, com base em sua estranheza e sua suposta improdutividade, o louco passa, juntamente com malfeitores e desviantes de toda

ordem, a ser caracterizado como um incômodo social e adquire definitivamente o *status* de indesejado. Para estes incômodos sociais começa-se a buscar soluções que convergem para uma resposta: a exclusão. Exclusão que é tentada primeiramente por meios simples e diretos, como a colocação dos rejeitados pela sociedade em navios enviados a esmo, ao mar ou a outras cidades, testemunho dado pelo pintor Jerônimo Bosch em sua Nau dos insensatos e registrado também por Foucault na *História da Loucura*.

Como todo período de transição histórica, o final da Idade Média e o surgimento do Renascimento, localizado pelos historiadores em torno do século XV, caracterizam-se por acontecimentos marcantes e de grande impacto no campo das idéias e na vida cotidiana das populações. O espírito renascentista determina o término do domínio absoluto do teocentrismo, desafia o absolutismo das realezas, propicia enormes avanços tecnológicos, as grandes navegações e a descoberta de novos mundos. Expandem-se o comércio e as cidades e surge a hegemonia de uma nova classe, a burguesia, voltada muito mais para os problemas cotidianos que para os ideais universais. A Europa ocidental revolve em torno da construção de novas hegemonias políticas e sociais. As mudanças de costumes, as transformações nas maneiras de lidar com a vida, de olhar para os fenômenos da natureza e para as maneiras de ser e estar no mundo não permitem o ócio, pois a tônica é a vida centrada no negócio.

A ascensão do capitalismo, com o fim do feudalismo, traz uma nova teia de relações onde não há lugar para outra lógica que não seja a da razão aplicada à produção. Florescem, ao mesmo tempo, o humanismo e a organização das profissões. É neste contexto que se exacerba a exclusão da loucura através do fenômeno ao qual Foucault se refere na *História da loucura* como “a grande internação”.

A grande internação movimento de abertura de hospitais para exclusão dos marginais de todo tipo e que atinge praticamente todos os países da Europa ocidental, concretiza, do ponto de vista prático, as normas éticas da época, consolidando uma sociedade categorial onde o desvio, entre os quais se incluem a loucura, adquire o *status* de “problema social”. Até este momento a loucura, mesmo que eventualmente perseguida por fanáticos da inquisição e relativamente intolerada por habitantes das comunidades feudais, aos quais incomodava ou escandalizava, gozava de um estado de liberdade. Não vigorava, regularmente, o costume de excluir os desviantes em manicômios, asilos ou prisões. Curiosamente, nesta época, enquanto se anunciava

a era das Luzes, a loucura passa a ser confinada nas instituições totais colocadas em lugares longínquos. Buscava-se, assim, que o desatino, a desrazão, não pudesse estar à vista dos cidadãos, como que protegendo a estes contra o possível contágio desta afecção a que se passava a atribuir o *status* de periculosidade carregado anteriormente pela lepra.

A Idade Moderna assume a exclusão como recurso social para lidar com a loucura e consolida as atribuições de periculosidade e improdutividade desta, reiterando a idéia de que os loucos são acima de tudo indesejáveis. O século XVIII instaura, sob os auspícios do Iluminismo, um tratamento científico da loucura. O estudo da loucura alia-se à proliferação dos manicômios e configura as características fundantes da psiquiatria clínica: estudo e tratamento dos pacientes confinados nos hospitais psiquiátricos.

O século XIX traz para a psiquiatria o desafio de tornar-se especialidade médica respeitável. Para isso, a psiquiatria deve seguir os preceitos da medicina científica, adotar como base empírica os métodos das ciências naturais. Ao final do século XIX configura-se, no campo psiquiátrico, uma luta entre duas correntes de pensamento: a psiquiatria organicista, que busca solução para os problemas mentais a partir de métodos essencialmente físicos, químicos e biológicos, e a vertente dinâmica, cujo foco, grosso modo, é a explicação e solução dos problemas psíquicos a partir das interpretações de base psicanalítica. A psiquiatria organicista, que torna-se hegemônica, toma como base de sua lógica clínica uma nosologia, que se desenvolve principalmente sob a influência de Emil Kraepelin, de Munique, e que irá direcionar os modernos saberes psiquiátricos sobre a loucura, nosologia que perdura até os dias atuais, na lógica estruturante dos manuais de diagnósticos psiquiátricos que orientam a prática clínica da psiquiatria contemporânea<sup>1</sup>.

Desta forma, a ética da psiquiatria moderna incorpora, a partir do Iluminismo, o direito do praticante de psiquiatria sobre o corpo, sobre a vontade e sobre o comportamento do paciente psiquiátrico, com o respaldo da abordagem científica e a legitimidade emprestada pelo corporativismo profissional. A loucura, a partir da nosologia kraepeliniana, passa a ser descrita em seus mínimos detalhes e cria-se uma cartografia de sintomas de todo o tipo. O bem passa a ser representado, no contexto do combate à loucura, pelo controle dos sintomas e pela adequação do comportamento, encontrando-se, para isso, o uso de métodos científicos, ou seja, medicamentos e outros procedimentos aplicados ao corpo do indivíduo, mas sempre utilizados, na ótica do

sacerdócio profissional, com vistas ao que se percebe como benefício direto à sociedade e ao paciente, para sua proteção e ou de outrem.

### **A psiquiatria brasileira na primeira metade do século xx**

O início do século XX é marcado, na psiquiatria, pela influência do Higienismo, um movimento importante no contexto da saúde, e que representa, de certa forma, um legado da Medicina Social. O movimento higienista tinha como idéia central a prevenção das doenças, levando, assim, a medicina a problematizar não somente a patologia em sua concretude, mas as maneiras de ser que produzem o estado patológico<sup>8</sup>. A eugenia, idéia preponderante no higienismo, configurava-se na busca científica da purificação das raças. O higienismo e a eugenia influenciam fortemente, a partir desta época, o pensamento psiquiátrico na Europa, com uma forte representação da psiquiatria alemã, inclusive da prestigiada escola de Munique, e em consequência a prática psiquiátrica no Brasil, onde se constitui como um movimento de Higiene Mental<sup>3</sup>.

Sob os auspícios da Higiene Mental os psiquiatras brasileiros passam a contemplar uma prática que se estende para além da doença mental, visando agora todos os aspectos da vida social. Os psiquiatras passam a clamar por uma influencia cada vez maior na Educação, no Lazer, no Direito e em todos os outros campos que lidam com os costumes e os comportamentos. Ao mesmo tempo, passam também a aplicar a lógica do pensamento clinico aos fatos da vida cotidiana. Os problemas sociais são identificados como doentios e sua solução passa pela terapêutica, que na medicina tem como principal representação a medicalização. Tudo na sociedade, sob a ótica da higiene mental e sua lógica clinica, pode ser objeto do olhar diagnóstico, da perspectiva prognóstica e da intervenção terapêutica. Submetem-se ao escrutinio clinico as maneiras de viver, de vestir-se, de falar, de caminhar, de relacionar-se, as formas humanas de existir e vêem-se estas como passíveis de medicalização quando consideradas inadequadas ou anormais. Trata-se da classificação do anormal como doente e da submissão da existência ao olhar do clínico, agora sob os auspícios da Higiene Mental.

A influência do higienismo na psiquiatria propõe uma nova ética social, onde a psiquiatria é chamada a nortear as relações humanas, garantida sua legitimidade para tal pelo

*status* científico que a profissão adquiriu. Até aí o psiquiatra tinha assegurado o direito ao controle dos corpos, das vontades e dos comportamentos dos doentes mentais, sejam os confinados nos manicômios ou os confiados por suas famílias às clínicas particulares. Estes profissionais adquirem agora também *status* de consultores privilegiados no que diz respeito a normas de comportamento social e no que tange aos fenômenos que a sociedade identifica como relativos ao funcionamento mental, o que inclui as relações interpessoais, familiares, amorosas, e fenômenos sociais que vão desde a eleição de ideais de vida até a perpetração de atos violentos. Psiquiatriza-se a vida com base na apregoada necessidade de normatização da existência.

O século XX testemunha, portanto, a ascensão da psiquiatria ao papel de controlador social do comportamento, estatuto outorgado pela sociedade, que vê no cientista o legítimo avalizador da normalidade e denunciante e curador da patologia. Os elementos estruturantes do saber e da ética psiquiátrica, a esta altura, incluem uma lógica manicomial e a perspectiva eugênica. Estes elementos oferecem como legado os tratados, textos didáticos e manuais de práticas adotadas hegemonicamente na área da psiquiatria e em outras áreas da saúde mental que são influenciadas, nas décadas posteriores, pelo saber-poder psiquiátrico. A lógica manicomial e a eugenia estendem sua influência, desta forma, por longo tempo e por todo o campo das idéias em saúde mental, influência que a nosso ver perdura, em certa medida, até os dias atuais.

### **A lógica manicomial e a eugenia**

O que denominamos de lógica manicomial não se relaciona apenas ao estado de confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios. A lógica manicomial vai além disso. Trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Estas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental. O termo lógica manicomial é utilizado por ser o manicômio o centro histórico de localização do paciente psiquiátrico e por ter se desenvolvido nestes ambientes a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental.

Em termos práticos, a lógica manicomial fundamenta-se na inclusão categorial da pessoa identificada como portadora de um problema psíquico de tal forma que deixam de lhe ser dados os mesmos direitos civis que a outros cidadãos que não estão classificados como tal. Isto pode, por exemplo, possibilitar que se tire do cidadão classificado como doente mental o direito á propriedade e outros direitos, como até mesmo o de ter e escolher seu vestuário, o que é freqüente nas instituições totais. Que se lhes negue o direito a certas maneiras de se portar ou de existir, vistas como “esquisitices” ou “maluquices”, mas que podem ser importantes para a preservação da individualidade e conservação de um senso de identidade que pode ser, paradoxalmente, um elemento verdadeiramente terapêutico. Esta lógica fomenta a crença na exclusão em instituições totais como a forma prioritária para solucionar os problemas destes usuários, favorecendo a prática desta exclusão a qualquer preço, mesmo que pelo uso da força, sempre sob a justificativa de que se procede para o bem do usuário e para proteção sua ou dos que o cercam.

Sob a influência da lógica manicomial assume-se que o paciente psiquiátrico é, por natureza, improdutivo, perigoso e incurável. A periculosidade confirma a necessidade da exclusão e a improdutividade afirma a idéia da dependência que, aliada à idéia da incurabilidade, produz a eterna tutela e a perene impossibilidade de autonomia.

A lógica manicomial não admite discussão sobre o principio legado por Kraepelin, de que os problemas mentais são incuráveis. Como tal, os pacientes psiquiátricos estão sempre prestes a serem internados nos locais onde poderão apenas ser controlados, aguardando até que nova crise os leve de volta a este lugar, que acaba sendo sua referência principal, o local de internação. Há muitos outros aspectos tributários da lógica manicomial, mas vamos nos limitar, aqui, a estes pincípios fundamentais para podermos manter em foco nossa discussão.

A lógica manicomial contextualizada num sistema de saúde essencialmente institucionalizante, propiciou um modelo de atenção em psiquiatria caracterizado pelo hospitalocentrismo e pelo medicocentrismo. O profissional psiquiatra tem sempre a última palavra em relação aos problemas dos pacientes psiquiátricos e o lugar prioritário para o tratamento preconizado, de controle de sintomas, é o hospital psiquiátrico. Engendra-se, assim, com base na lógica manicomial, a ética do modelo de atenção psiquiátrico clássico, que se complementa, ainda, com a incorporação da lógica higienista.

A eugenia, motor epistemológico do higienismo, preconizava que para atingir uma humanidade mais pura havia que se livrar dos vícios naturais, das doenças desabilitantes, dos problemas que se contrapõem ao desenvolvimento civilizatório conforme almejado no ideário do capitalismo moderno. Na prática, medidas preventivas passam a fazer parte do repertório psiquiátrico, tais como o aconselhamento genético, a esterilização de certas pessoas capazes de transmitir determinadas doenças e a banição de certos comportamentos, tidos como sinais do comprometimento vital. Grandes alvos destas medidas foram, entre outros, os homossexuais, os alcoolistas e os esquizofrênicos<sup>3,10</sup>.

Não é de se espantar que, sob a égide destas lógicas higienista e manicomial, com a legitimação do estatuto científico, se buscassem soluções preventivas e terapêuticas discutíveis, algumas hoje consideradas violentas, mas à época tidas como absolutamente compatíveis com a necessidade de práticas terapêuticas e experiências científicas que podiam e deviam ser tentadas nestes pacientes. Para poder tratar estes pacientes como objetos destas intervenções e experiências, fortalecia-se, a partir de todo o paradigma psiquiátrico, a idéia de que a humanidade destes doentes estava praticamente perdida, já que tinham como característica a perda, de forma irremediável, já que eram incuráveis, daquilo que mais se valorizava como característica humana: a razão. Estas intervenções e experimentos incluíam, em diferentes momentos, a inoculação de malária, a indução de comas insulínicos, a provocação de convulsões que lesavam tanto estruturas ósseas como cerebrais, as cirurgias lobotômicas, todo um conjunto de medidas com fins terapêuticos e que se aplicava com pouca preocupação sobre as seqüelas incapacitantes ou letais que afligiam os indivíduos que eram objetos destas experiências.

A lógica manicomial alia-se aos princípios eugênicos potencializando preconceitos e legitimando a minorização das pessoas com transtornos mentais. Esta aliança traz embutida em seu papel social o lento processo de “mortificação do Ego” dos pacientes institucionalizados. Ela induz a perda da identidade quando os despoja de seus pertences. Produz a perda do contato qualificado com o mundo exterior, cria o ambiente do tempo marcado, inventa os processos de trabalho administrativo para fins de controle do comportamento. Produz ainda o ócio forçado, o autoritarismo médico e do pessoal de enfermagem, a fuga dos amigos, a destituição das propriedades, a exclusão da vida social, o ambiente nosológico das enfermarias, das clínicas e dos ambulatórios, a perda de perspectiva fora da realidade institucional. E a lógica manicomial não

atinge apenas o paciente, mas são vítimas dela os profissionais que se institucionalizam sob seus princípios, que aceitam a idéia da assimetria de poder como legítima e interessante, que não se permitem olhar para os cidadãos portadores de transtornos mentais como seres humanos dotados de humanidade tanto quanto eles mesmos. Estes e outros aspectos nos fazem crer no caráter iatrogênico da lógica manicomial potencializado pela influência de base dos princípios eugênicos que ajudaram a configurar preconceitos ainda não superados em relação aos doentes mentais e, por extensão, a todos os que sofrem algum transtorno de ordem psíquica.

### **A ética da reforma psiquiátrica**

Assim, fundada na nosologia kraepeliniana, na lógica manicomial e no higienismo, erigem-se a praxis e a ética da atenção psiquiátrica que se estendeu à segunda metade do século XX e que tem desdobramentos, certamente, até os dias atuais. Esta ética viria a ser fortemente desafiada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) que toma corpo no Brasil a partir do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), deflagrado ao final da década de 1970.

A RP e seu movimento fundante, o MTSM incorporam em sua atuação social as críticas que foram surgindo e se fortalecendo principalmente em concomitância aos movimentos pelos direitos civis no mundo ocidental nas décadas de 1960 e 70. Este período histórico, caracterizado pela forte crítica social, tem no sistema psiquiátrico hegemônico da época um alvo preferencial, o que se reflete tanto na produção acadêmica quanto na mídia em geral e em outros veículos externos aos centros médicos e universitários. A exigência de uma modernização incluía a passagem de um sistema de atenção essencialmente medicocêntrico e hospitalocêntrico para um sistema de cuidados em saúde mental, cujos primeiros modelos expressam-se nas experiências de Comunidade Terapêutica, na Inglaterra, e de Psicoterapia Institucional, na França<sup>2</sup>.

Mas o corpus intelectual do movimento contemporâneo de saúde mental se configura principalmente a partir dos trabalhos de Ronald Laing, na Inglaterra, e de Franco Basaglia, na Itália. Laing<sup>6</sup> retoma a proposta já colocada por Jaspers<sup>5</sup> desde o lançamento de sua *Psicopatologia Geral*, em 1913, de uma abordagem fenomenológico-existencial como base para compreender os fenômenos psíquicos e agir em saúde mental. Nesta proposta o paciente passa a ser visto como pessoa, a doença passa a ser vista como estado, e o terapeuta deixa de ser um

personagem distante e superior, assumindo uma postura de igualdade para com o paciente, no que concerne a direitos e *status* de cidadão<sup>6</sup>.

Basaglia promove, a partir de sua posição como diretor de um hospital psiquiátrico, uma revolução no sistema psiquiátrico italiano. Sob sua influência implementam-se políticas públicas de enorme impacto no sistema de saúde e promulga-se a Lei 180 que altera profundamente o sistema psiquiátrico e prevê a extinção progressiva dos manicômios naquele país. O movimento italiano fica conhecido como Psiquiatria Democrática e tem como um de seus pensadores mais influentes Franco Rotelli, que discute, em sua obra, a noção de institucionalização e sua antítese, a desinstitucionalização.

Desinstitucionalização é uma palavra frequentemente confundida com desospitalização. Mas no vocabulário de Rotelli desinstitucionalizar é muito mais que desospitalizar. Para ele a institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras instituições. Institucionalização é um fenômeno que atinge potencialmente a todas as pessoas na sociedade, cujos comportamentos, atitudes e crenças, bem como os paradigmas que regem suas ações sociais e profissionais, são mediados por configurações acordadas para fins de manutenção de um certo estatuto social e cultural<sup>11</sup>. Desinstitucionalizar é alterar estes padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença.

Desta forma, a RP brasileira, sob a influência da fenomenologia existencial e da Psiquiatria Democrática italiana, materializa uma ruptura no campo setorial da saúde, ruptura esta que emana da práxis, mas que constitui-se essencialmente como um dilema bio-ético. Por um lado há a configuração ética do modelo clássico da atenção, caracterizada pela dicotomia assimétrica entre terapeuta e paciente e entre instituição e comunidade, em que o privilégio dos direitos da instituição e dos profissionais sobre os dos pacientes e dos cidadãos comuns aponta constantemente para o prevaletimento da lógica determinante e fundante desta assimetria de direitos – a lógica manicomial. Por outro lado, afigura-se a lógica da reforma do modelo, propondo uma síntese e uma simetria entre usuário e profissional, uma desconstrução de poderes institucionais, mesmo que isto signifique propostas de novas instituições, mas com uma

reformulação dos objetivos, dos métodos e das formas de relação que envolvem as idéias de promoção, proteção e reabilitação dos agravos à saúde.

São conjunturas éticas diversas, em certos pontos incompatíveis. A ética imanente do modelo tradicional implica desafiar e ultrapassar o limite do poder do cidadão sobre seu próprio corpo, sobre sua maneira prioritária de encarar a vida e sobre suas formas diferentes de ser no mundo. É uma posição ética que tranquiliza o profissional quando intervém através de um tratamento invasivo, quando enxerga todos os pacientes como se fossem iguais, com base na categorização diagnóstica, que assegura o profissional de estar pensando e agindo corretamente quando pressupõe a inexorável improdutividade, a imprevisível periculosidade e a fatal incurabilidade das pessoas com transtornos psíquicos.

A ética da RP está, ao contrário, calcada na defesa dos direitos civis destes usuários que não eram tratados, anteriormente, como depositários de tais direitos. Implica em um olhar sobre o comportamento, as atitudes e as maneiras de ser destas pessoas, que obrigam o profissional a negociar seus valores frente aos valores de pessoas cuja insanidade pressuposta pelo sistema vigente sempre lhes determinou um lugar de submissão de valores. Implica em um novo lugar social para a loucura, para a desrazão, permitindo que esta se manifeste, aceitando ouvi-la e não a condenando a um eterno silêncio, a um total recalque e à permanente repressão. Implica, portanto, numa posição de modéstia, atenção, interesse, solidariedade, respeito e uma voluntária vulnerabilidade emocional e existencial.

A ética da RP, que propõe os novos direcionamentos para uma ampla atenção psicossocial, força outras rupturas, entre diferentes correntes de pensamento profissional, entre maneiras de efetivar a prática terapêutica, entre diversas posições de poder, entre diferentes segmentos administrativos, profissionais e setoriais; rupturas que propiciam, inevitavelmente, conflitos tanto mais acirrados quanto mais os profissionais e outros cidadãos defensores do modelo clássico mantenham-se em posição de inflexibilidade e quanto mais os profissionais e outros cidadãos engajados no movimento de reforma valorizem sua importância social e pessoal como ativistas e defensores das idéias propostas no âmbito deste movimento sócio-profissional.

## **A perspectiva bioética no movimento de saúde mental**

A reforma do modelo assistencial em saúde mental, no Brasil, centra-se na promoção dos direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental. A RP, neste sentido, focou predominantemente sua atenção, durante a maior parte de sua história, na legislação e na consolidação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Privilegiou, nesta caminhada, quase que com exclusividade, o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, o que de certo ponto de vista pode ter prejudicado o avanço e a ampliação de um modelo de cuidado em rede. Desta forma, fortaleceu-se uma necessária instalação de centros estratégicos de apoio às pessoas com transtornos psíquicos, mas corre-se o risco de perder de vista a discussão central da desinstitucionalização. A desinstitucionalização é, ainda, um conceito necessário para pensar a re-estruturação da cidadania e garantir o não recrudescimento ao sistema de violência institucional típico dos modelos baseados na lógica manicomial.

A RP brasileira, neste sentido, evidencia o conflito entre duas perspectivas bioéticas. Este conflito está posto, mas não está de forma alguma avançando claramente para uma resolução. A ética do modelo clássico de atenção psiquiátrica calca-se na lógica manicomial, na exclusão, na pressuposição de improdutividade, de periculosidade e de incurabilidade. É uma ética que favorece a medicalização como recurso terapêutico em nível individual e social, bem como para sanar supostas anormalidades e controlar a vida cotidiana.

A ética da RP funda-se na abordagem fenomenológico-existencial e apóia-se no conceito de desinstitucionalização. Propõe uma práxis onde as instituições assumam-se como parte de uma rede de cuidados com finalidade de restaurar a cidadania plena dos usuários de serviços de saúde mental e de responder às necessidades das comunidades e dos cidadãos, conforme ativamente percebidas a partir de um sistema de informações e de um monitoramento efetivamente e competentemente planejado para este fim,.

A desinstitucionalização, na ótica praxica da RP, gera novos atores sociais e uma gama de espaços para pensar e intervir nas questões de vida e saúde; resgata a complexidade da vida psíquica, assume a ruptura com a centralidade e exclusividade do paradigma clínico e constitui-se

em manifestação que reconhece novos sujeitos de direitos e novas formas de subjetivação. É, assim, uma forma de luta contra a exclusão e de defesa da solidariedade e da diversidade.

O conflito ético-institucional evidenciado a partir das propostas da RP implica-se ainda no estatuto social que propicia as maneiras de pensar os mecanismos e instrumentos de intervenção sobre o comportamento humano. Esta é uma questão que ajuda a pensar critérios de autonomia e justiça, parâmetros bioéticos que ajudam a guiar as decisões profissionais.

## Referências

1. ALEXANDER, F. & SELZNICK, S. História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad. Aydano Arruda. 2ª ed. S. Paulo: IBRASA, 1980.
2. AMARANTE, PDC. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
3. COSTA, JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
4. FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 6ª. Ed. Trad. José Teixeira Coelho Netto. S. Paulo: Perspectiva, 1979.
5. JASPERS, K. Psicopatologia geral. Trad. Samuel Penna Aarão Reis. Rio de Janeiro: Atheneu, 1973 (Orig. 1913).
6. LAING, RD. The politics of experience. Nova York: Ballantine, 1967.
7. LOPEZ, LR & NERY, JE. História geral e do Brasil. 2ª. Ed. Porto Alegre: Sagra, 1982.
8. MACHADO, R.; LOUREIRO, A; LUZ, R & MURICY, K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
9. MALIANDI R. Ética: conceptos y problemas. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1991.
10. PORTOCARRERO, V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
11. ROTELLI, F; LEONARDIS, O & MAURIS, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O & MAURIS, D. Desinstitucionalização. 2ª. ed. Org. Fernanda Nicácio. P. 17-59. S. Paulo: Hucitec, 2001.