

## A DISSEMELHANÇA DO SEMELHANTE

Cláudia Guerreiro Tenazinha de Melo Graça<sup>1</sup>

Resumo: Desde os alvares da existência da Humanidade que à mesma se associam os conceitos de *diferença*, *tolerância*, *intolerância*, *integração*, *segregação*. Havendo longos períodos em que vivenciámos sociedades estruturadas na intolerância e na segregação, passámos para tempos em que se tenta construir a “aldeia global”. Suportada na máxima de que a diferença tem que ser tolerada e integrada. Mas, antes de tudo, não terá a diferença que ser aceite, enquanto tal? Serão *tolerância* e *integração* verdadeiros sinónimos de *aceitação*? Ou como nos dá conta *Volnei Garrafa*<sup>2</sup> “sob a capa de um humanismo paternalista e patriarcal a maximização do princípio de proteção acaba revelando, em última análise, a assimetria concreta entre quem protege e quem é protegido”. Vastas questões poderiam ser explanadas tendo por base estas coordenadas. Optámos por abordar a temática da saúde mental, bem como as contribuições da Bioética para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental.

### I. INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Juiz de Direito, Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

<sup>2</sup> In *Inclusão Social no Contexto Político da Bioética* Revista Brasileira de Bioética, Volume 1, n.2, 2005, pág.124

*Alienados. Separados ou isolados da comunidade, seres que perderam os direitos humanos porque a doença lhes consumiu o espírito, atributo essencial ao homem.*



edo...medo da diferença, medo do desconhecido. A busca pelo conhecimento e entendimento da mente humana, esteve sempre presente ao longo dos séculos como um dos objectivos a alcançar pela ciência. E não só pelo desafio em si mesmo, mas para que se atenuasse o medo pelo desconhecido. Ao conseguir perscrutar a mente do *outro*, conseguir-se-ia antecipar comportamentos, reacções, omissões; por um lado. Por outro, mantém-se ainda patente a ideia de que, ao entender o que está na génese de um comportamento mentalmente disruptivo se conseguiria compreender e aceitar o *outro*.

Incompreensão, talvez seja o conceito que melhor define a forma como a humanidade foi lidando, ao longo das suas eras com os comportamentos que fugiam ao padrão de normalidade.

E concluímos pela incompreensão e não pela rejeição, por exemplo, porque na verdade, nem sempre a incompreensão levou à segregação e ao afastamento.

Com efeito, períodos temporais existiram em que a associação da *loucura* à religião permitiu atenuar o medo e a incompreensão; transpondo-o para um plano inquestionável.

Veja-se a Cultura Grega, que até Hipócrates, considerava que a *loucura* continha em si uma ligação directa entre os homens loucos e os deuses. Porquanto eram capazes de profetizar o futuro, sendo conhecedores de todos os mistérios da vida.

Na Idade Média, a *loucura* estava relacionada a duas esferas dentro da orla religiosa.

Uma demoníaca, em que o louco encarnaria o caos, a desordem, a oposição ao equilíbrio da vida adulta.

E uma esfera oposta, em que o insano poderia ser considerado o símbolo da pureza original, da humildade, da ingenuidade, o conhecedor de saberes inatingíveis e incompreensíveis

aos homens comuns (mantendo-se a linha de pensamento Grego de ligação dos homens, agora, a um só Deus).

Com o movimento Renascentista, a passagem do homem para o centro dos objectos de estudo e o desafio das doutrinas religiosas - máxime com o racionalismo de Descartes, ao colocar o homem como ser racional - faz com que as doenças mentais passem a ser consideradas um problema da ciência.

Não obstante, tal não fez com que existisse integração dos doentes mentais. Mantendo-se o internamento de todos quantos não seguissem as normas da razão.

No século XIX, com Philippe Pinel, nascem os fundamentos do que viria a ser a psiquiatria, concluindo que os alienados seriam doentes com distúrbios no sistema nervoso.

Sendo, então, no século XX que a psiquiatria se funda como especialidade médica e se passa a investir no tratamento medicamentoso dos doentes.

Não sem passar pelo crivo do movimento de contracultura dos anos 60 e 70. Que se, por um lado expôs o modo indigno como em alguns casos os doentes se mostravam internados, pugnando pela necessidade de mudança; por outro lado, desenvolveu igualmente a ideia de que a doença mental não carecia de tratamento.

Esta brevíssima exemplificação do modo como em diferentes momentos da história da humanidade a *loucura* foi encarada pelas sociedades, permite alcançar o porquê da conclusão, que não se acompanha, de *Émile Durkheim*, de que *a doença é marginal por natureza e tem aspecto negativo e irreal. Os doentes mentais são, portanto, indivíduos marginais, seres que não estão em conformidade com as normas de uma determinada sociedade.*

Mas, o que é estar em conformidade com as normas de determinada sociedade? E a que normas nos referimos? Jurídicas, Morais, Éticas, Sociais?

Haverá um conceito consensual e estanque do que seja

“doença mental”, na era contemporânea? Ou mesmo do que seja “saúde mental”?

Poderá a Bioética ter um papel preponderante na área da saúde mental, contribuindo para a efectiva aceitação e integração, pela sociedade, dos co-cidadãos afectos pela ausência desta?

A presente exposição não pretende alcançar respostas, pelo menos definitivas, mas antes permitir uma reflexão sobre o papel preponderante da Bioética, em várias das suas vertentes, na área da saúde mental.

## II.

### i) DOENÇA MENTAL vs SAÚDE MENTAL, CORRESPONDE UMA À AUSÊNCIA DE OUTRA?

Aludiu-se, brevíssimamente, à evolução do modo como a sociedade se foi relacionando com os cidadãos, chamemos-lhes, por facilidade de raciocínio e compreensão, portadores de doença mental.

Mas, será a *doença mental* um conceito estanque e consensual?

Não o é.

É vasta a obra literária que se centra precisamente na análise do conceito de *doença mental*, não havendo consenso entre a comunidade científica.

Desde logo, a interrogação que se apresenta frequente é: alguém tem uma doença mental ou alguém é doente mental.

Esta distinção que, superficialmente se poderia considerar apenas semântica, ou preciosista, comporta em si um sem número de questões.

Limitemo-nos à sua dimensão ética e sociológica.

Quais as consequências para a pessoa diagnosticada com doença mental? Apenas um doente, sujeito a tratamento, como

qualquer outra doença? Sabemos que não. Pois o espectro de patologias é muito alargado. Mas, todas as pessoas com doença mental devem ser tolhidas do seu livre arbítrio, consciência e responsabilidades? A resposta será igualmente negativa.

Mostra-se, desta forma, essencial o papel do médico psiquiatra. Pois será este quem ditará, após o diagnóstico, os limites da liberdade, da consciência e da responsabilidade do *seu* doente. Mas, se assim é, deverá esta intervenção ter limites?

A resposta terá de ser positiva. Contudo, preencher o núcleo da responsabilidade e os seus limites; designadamente se apenas de um prisma médico ou se devendo contemplar igualmente uma perspectiva social; torna-se desafiante.

Não apenas pelos princípios éticos que se convocam para esse preenchimento e para a delimitação dos limites de intervenção do médico psiquiatra (e só este? Não deveria o médico de saúde familiar ter igualmente um papel de relevo?), mas pela dimensão normativa e sociológica da questão em foco.

Qual o papel do Estado perante a doença mental?

Até onde pode e deve ir a sua intervenção? Será aceitável privar de liberdade quem não atentou nem violou bens ou valores colectivos? Mas cujo comportamento violento ou de reiterada dependência colide com a estrutura familiar?

Estarão os co-cidadãos disponíveis para que o Estado suporte os custos dos internamentos, dos tratamentos e dos cuidados continuados prestados aos doentes mentais?

Todas as inquietações suscitadas não são novidade.

Sendo que a partir da segunda metade do século XX, muito por fruto do espírito da contracultura dos anos 60/70, passaram a ser discutidas com mais intensidade (v.g., Cooper, 1967/1971; Foucault 1961/1972, 1979; Goffman, 1961/1991, 1962; Laing 1960/2010; Scheff, 1966; Szasz, 1961, 1970/1974).

Tendo-se, inclusivamente, questionado a legitimidade da intervenção da medicina psiquiátrica e os seus métodos de tratamento. Sendo exemplo disso o sucedido em Itália, onde se

encerraram os hospitais psiquiátricos na decorrência do pensamento de Franco Basaglia.

Longa é também a discussão em torno dos psicofármacos. A que não é alheio o facto das farmacêuticas serem das actividades económicas legais que mais lucro obtém.

Bem como, na realidade, o facto de não se conseguir demonstrar cientificamente que se está a “tratar” a doença. Conseguindo-se, tão só, a demonstração de que se está a controlar os seus efeitos.

Tendo presente que se está numa época em que a prestação de cuidados de saúde está sobre constante escrutínio. Seja no domínio da responsabilidade médica pela intervenção que é feita num doente em particular. Seja no domínio, mais abrangente da responsabilidade geral do Estado na prestação dos cuidados de saúde.

Estamos convictos de que será necessária uma intervenção interdisciplinar, concertada, baseada em princípios éticos e que para ser bem-sucedida terá de ser desenvolvida por e através de toda a comunidade.

Isto porque, falar de doença mental é também falar do seu contrário.

Qual seja, a saúde mental.

Porém, também aqui inexistem certezas.

A Organização Mundial de Saúde define Saúde Mental como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.*”

No entanto, tal definição não é acompanhada unanimemente. E tem vindo a ser construída e alterada fruto da evolução que vem sendo feita no estudo da doença mental.

No fundo, ao aprofundar-se o conhecimento sobre a doença mental, consegue-se apreender o que deverá ser, por contraponto, a saúde mental.

Os variados estudos realizados demonstram a dimensão real dos problemas de saúde mental na sociedade contemporânea. Verifica-se um aumento crescente de perturbações mentais; as quais afectam de forma incapacitante dos seus portadores.

Num estudo realizado em 2015<sup>3</sup>, concluiu-se que as perturbações mentais “(...) estão associadas a níveis de incapacidade mais altos do que a maioria das doenças físicas crónicas e afetam uma percentagem significativa das pessoas que não recebem os tratamentos de que necessitam. A idade, o género e vários fatores sociais podem influenciar a incidência das perturbações mentais. Contudo, nenhum grupo está imune. As perturbações mentais podem afetar a vida de crianças e adultos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades. Ao mesmo tempo, passou a haver cada vez mais evidência de que a saúde mental é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. É um fator importante da inclusão social, bem como da plena participação comunitária e económica. Na verdade, a saúde mental é muito mais que a mera ausência de doença mental: é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos. Refere-se à capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida”.

Em Portugal e na senda de um movimento não só europeu, mas essencialmente norte americano, optou-se por encerrar os hospitais psiquiátricos e iniciar uma integração na comunidade; seja através de instituições de cuidados continuados, seja com a criação de serviços de psiquiatria nos hospitais civis, seja

---

<sup>3</sup> PALHA, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE.

através do retorno dos doentes às suas famílias.

Toda essa mudança -o chamado “modelo de referência comunitário” -foi legalmente suportada pela “nova” Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) e o Decreto-Lei que a regulamenta (n.º 35/99, de 5 de Fevereiro).

Deixando-se escrito que a prestação de cuidados deve ser “promovida maioritariamente a nível da comunidade, [...] sendo os cuidados de Saúde Mental prestados num meio o menos restrito possível”.

Vinte e três anos volvidos e estando constituído grupo de trabalho para a alteração do citado normativo, o “modelo de referência comunitário” é ainda uma miragem.

Da auspiciosa Lei de Saúde Mental, apenas se concretizou verdadeiramente (e sujeita a duras críticas pelos problemas práticos que lhe estão inerentes) o internamento compulsivo.

Estaria, ou estará a sociedade preparada pela “receber e integrar” os seus doentes mentais?

A resposta é cruelmente expressiva, no trecho que se transcreve<sup>4</sup>:

“A propósito do Centro de Saúde e Repouso de Arruquelas, em Rio Maior, o qual veio a ser “fechado pela Segurança Social e ASAE por falta de condições”, sabe-se que “o lar acabou por se revelar ilegal”, e ser “encerrado (...) por sobrelotação e falta de condições”, “a 31 de Julho pela ASAE”. Sabe-se, ainda, que “o lar tinha uma lotação para 40 pessoas, mas viviam lá 142” ou “120 utentes”, havendo “pessoas a dormir em quartos sem janela na cave e no sótão”, a “(...) passarem fome e viverem, durante meses, sem as mínimas condições de higiene e segurança”

A este respeito, em Agosto de 2009, Ricardo França Jardim, diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa revelou

---

<sup>4</sup> PALHA, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE.- Pág.25 e 26.



que “o próprio conselho de administração se deslocou há alguns meses ao Centro, sem aviso prévio, e concluiu que este tinha “instalações e equipamentos adequados, designadamente quartos com duas camas, televisão e instalações sanitárias privadas”; tendo referido que “Os doentes (...) foram encaminhados (...) após alta hospitalar, uma vez que as suas famílias não tinham disponibilidade ou condições para as acolher”, ou seja, “só foram transferidos os que tiveram alta clínica, doentes relativamente independentes que não precisam de cuidados médicos permanentes” [2], informação corroborada por “José Caldas de Almeida, à data destas declarações Coordenador Nacional para a Saúde Mental, [que] garante que no âmbito da reforma dos serviços de saúde mental “ainda não houve nenhuma iniciativa de transferência de doentes para lares.””. Não obstante, a este respeito, “(...) Caldas de Almeida admite que “talvez” não tenha havido o rigor necessário na avaliação”.

A forma como estes e outros doentes mentais são encarados pelos seus co-cidadãos, leva-nos a refletir sobre um outro conceito – a *empatia*.

## ii) EMPATIA, SERÁ ESTA A VIA PARA A ACEITAÇÃO DA DOENÇA MENTAL?

“(...) a compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos, é daqui para a frente vital para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão”

Morin, *in Os sete saberes necessários à educação do futuro*

“Desde toda a eternidade o homem responde por outro. Que ele me olhe ou não, ele diz-me respeito; tenho a ver com ele. Chamo rosto, o que no outro diz respeito a mim — me diz respeito.”

Emmanuel Lévinas, *in Humanisme de L'Autre Homme*, Biblio Essais,

O conceito de *empatia* vem sendo construído, pelo menos desde 1873, e alvo múltiplas análises, com dimensões dispareas.

O termo *empatia* surge pela primeira vez na psicologia da apreciação estética alemã, pela mão de *Robert Vischer*. E, tinha como escopo, conceptualizar a projecção do eu para dentro do objecto de beleza.

Num caminho inverso, em 1895, *Vernon Lee*, associa *empatia* a *simpatia*. E ao invés de *Robert Vischer*, para *Vernon Lee* a projecção partia do exterior do eu. Isto é, o motor do sentimento era o objecto, em si. Era o objecto quem provocava a felicidade, a *simpatia*.

*Lipps*, nos primeiros anos do século XX, acabaria por fundir e desenvolver estas duas dimensões e aprofundar o conceito de *empatia*. Como explicação do conhecimento do *eu* e do *outro*.

Baseando-se, na essencialidade, na existência de diferentes esferas de conhecimento: o conhecimento do eu, o conhecimento do outro e o das coisas. Sendo a *empatia*, ora projecção, ora ressonância.

A proposta de *Lipps* era a de entender o *outro*, através da experiência do *eu*. Em que a *empatia* se desenvolvia porque o *eu* havia já experienciado o mesmo que o *outro*.

Várias foram as críticas a *Lipps*, fundadas no facto de não ser necessário experienciar para se *emparatizar*.

A *empatia* não deveria ser vista como uma emoção, mas como uma experiência dissociativa; mudando a intencionalidade dos meus sentimentos. Um *alter ego* que se emparelhava com o outro, mas que conseguia manter a sua identidade.

No início do século XX, emerge também a *empatia* no campo da psicologia da personalidade. *Freud* (1967) referiu-se à *empatia* como uma forma de identificação – “assimilação dos sentimentos do outro”. E teria um papel primordial pois através

dela seria possível penetrar na psique de alguém que era estranho ao eu daquele que se identificava. Permitindo a adoção de uma atitude determinada em relação a uma outra vida psíquica.

Ainda na área da personalidade, há que destacar *Gordon Allport* (1961), para quem a empatia significava a “transposição imaginativa de si mesmo, para dentro do pensamento, sentimento e ação do outro”, e envolvia imitação motora, inferência e intuição.

Mais recentemente, é *Lévinas* quem mais reflete sobre o binómio *eu* e *o outro*. Afirmando nunca ser possível, nem desejável, compreender completamente o outro, pois isso seria esvaziá-lo da sua essência humana.

Segundo *Lévinas*, a prioridade do Outro é a emergência de uma responsabilidade não escolhida — é pela ética que nos tornamos nós próprios. A experiência fundamental é, deste modo, a experiência do Outro na sua singularidade, na sua alteridade.

Na sua ética do rosto, *Lévinas* descreve-a a partir de três aspectos: proximidade, responsabilidade, substituição. A ética deve nortear-se por uma máxima fundamental: a possibilidade de dar ao Outro o primeiro lugar em detrimento do Mesmo.

Cremos ser esta a visão da empatia em que melhor nos permitirá uma verdadeira aceitação e integração do doente mental.

Vejamos porquê.

As teorias que estiveram na base da criação do conceito de empatia, pecam neste particular, pela inabilidade/impossibilidade de experienciar a realidade do doente mental.

Também nos parece de difícil concretização a transposição para dentro do pensamento e do sentimento do outro. E muito menos o mimetismo do sentimento ou da ação do Outro.

Não só neste vértice da doença mental, como aliás em vários, se não em todos os outros, não entendemos que tenha que existir um verdadeiro conhecimento do Outro para que

possamos empatizar.

Na doença mental, será necessário, sim, aceitar a impossibilidade de experienciar de modo idêntico.

E viver essa experiência apenas tendo por base a singularidade do *Outro*. É essa singularidade que devemos aceitar, para que a possamos respeitar.

A substituição a que alude *Lévinas*, deverá aqui ser entendida como querer para o *Outro* o mesmo que quero para o *eu*. Não aceitar para o *Outro* menos do que aceitaria para o *eu*. Contudo, dentro da sua singularidade.

Isto é, não se devendo ter por alicerce uma comparação básica- se é bom para o *eu* é bom para o *Outro*. Mas sim recorrendo aos imperativos éticos do *eu*. Que deverão ser aplicáveis ao *Outro*.

Descendo a um exemplo prático e recuperando o segmento do estudo que se transcreveu supra, a propósito do encerramento dos hospitais psiquiátricos, deverá o *eu* questionar:

- de acordo com os meus imperativos éticos, é digno de um ser humano ser colocado a dormir num sótão, sem janelas? A dormir no chão? Padecendo esse ser humano de doença mental, que lhe tolde a orientação no espaço e no tempo; a sua autonomia de locomoção.

Mesmo que já tenha o *eu* experienciado dormir no chão, ou num sótão com janelas.

Mesmo que o *Outro* não se insurja quanto a tal opção, nada diga, ou até pareça conformado com ela.

Ditará o imperativo ético do *eu* que para o *Outro* dormir em tais condições (ainda que o *eu* as pudesse aceitar por boas), não é digno de um ser humano.

Aqui chegados, chegaremos à empatia e à real aceitação do *outro*, enquanto tal e, neste particular, enquanto doente mental.

### III. PODERÁ A BIOÉTICA *EMPATIZAR* A SOCIEDADE

## COM OS *SEUS* DOENTES MENTAIS?

Aqui chegados, há que demonstrar a necessidade imperiosa de construir um caminho de aceitação e de integração dos cidadãos afectos de doença mental.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016:

-Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população (22,9%).

-Uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental.

-Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.

-O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%); contudo, a evidência científica, os utentes e as famílias as intervenções na comunidade, mais próxima das pessoas são as mais eficazes.

Estamos perante uma realidade que teima em não ser encarada como tal, com gravíssimas consequências pessoais, sociais e económicas.

Não se deve ter receio em afirmar que se trata de um problema de saúde pública, que a breve trecho irá condicionar o desenvolvimento da sociedade portuguesa.

E se a comunidade escolar seria um campo profícuo para ser iniciado e construído o processo de aceitação, enquanto verdadeira integração; a realidade é que a escola não se consegue superpor ao preconceito, quando já enraizado na sociedade e no seio das famílias.

Umbilicalmente ligada à evolução científica e tecnológica na ciência e em particular na medicina, a bioética foi evoluindo, transformando-se num instrumento essencial de aprimoramento do exercício da cidadania e dos direitos humanos. Tal não significa que a ética deva resvalar ou ceder perante a biopolítica.

Antes, sim, que deve ter como norte aplicar a ética

enquanto sustentabilidade da dignidade humana.

Devendo ser esse o traço distintivo entre bioética de intervenção e biopolítica.

Efectivamente, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, aprovada em Outubro de 2005, em Paris, incorpora os princípios que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Princípios que devem estar presentes nos normativos que a estas aludem.

Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a Declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da bioética.

Salientemos dois Artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO

Artigo 13º

Solidariedade e cooperação

A solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional nesse sentido devem ser incentivadas.

Artigo 23º

Educação, formação e informação em matéria de bioética

1. Com vista a promover os princípios enunciados na presente Declaração e assegurar uma melhor compreensão das implicações éticas dos progressos científicos e tecnológicos, em particular entre os jovens, os Estados devem esforçar-se por fomentar a educação e a formação em matéria de bioética a todos os níveis, e estimular os programas de informação e de difusão dos conhecimentos relativos à bioética.

Nos países do Hemisfério Sul (muito por conta dos seus condicionalismos politico-administrativos, da extensão dos seus territórios e demografia) e em especial no Brasil, pela mão de *Volnei Garrafa*, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO abriu a porta da política à bioética.

Considerando este autor que ao incluir questões sociais na sua agenda, tal documento, visando que as sociedades alcancem uma qualidade de vida mais justa. O que legitima a intervenção ético-política nesse âmbito.

Referindo *Volnei Garrafa*<sup>5</sup> «...a criação desse documento traçou uma orientação universal objetiva a partir da qual a bioética pode lutar pelo empoderamento, pela libertação e pela emancipação dos “condenados da terra”<sup>6</sup>.».

Fazendo uma análise conjugada do Artigo 8º e 13º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, à luz da Ética Universal de *Paulo Freire* (2002), verifica-se a sua plena aplicabilidade à doença mental, no espectro que se tem vindo a desenvolver.

Veja-se que para este autor, o respeito à autonomia, integridade e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder ao Outro. Sendo para tanto indispensável a solidariedade. Aqui associada também ao respeito pela pluralidade.

No fundo, convocando-se *Lévinas* e a ideia da intransponibilidade da identidade do Outro. Não deveremos alcançar conhecer o Outro. Pois deste modo estaremos a agrupar, a categorizar. A anular a diferença, traço essencial ao ser humano e à dignidade humana.

*“Somos todos outros. Cada um de nós é um Outro para alguém. Somos o Outro do Outro.”*

No âmbito da saúde e da doença mental, o papel da bioética terá de ser traçado em vários momentos e em várias vertentes.

Creemos que, muito por força da integração da União Europeia, ao nível das políticas de saúde iremos continuar a adotar o que em Comum for deliberado.

Contudo, a forma como transpomos tais normativos comunitários e os aplicamos no terreno deverão ser o primeiro foco de atenção.

---

<sup>5</sup> In *Inclusão Social no Contexto Político da Bioética*, Revista Brasileira de Bioética, Volume 1, n.2, 2005, pág.131

<sup>6</sup> O autor utiliza a expressão “condenados da terra”, entre aspas, por ser associada a *Paulo Freire*, pedagogo brasileiro que tem feito sua luta pelos problemas sociais, ambientais e sanitários que afectam os seres vivos no planeta.

Como já vimos, foi desastrosa a tentativa de integração na comunidade dos doentes mentais.

Há que preparar profissionais de saúde, familiares, amigos, vizinhos, entidades empregadoras; no fundo, toda a sociedade.

Num primeiro momento, a proximidade entre o profissional de saúde e o doente mental deverá abranger a sua rede de suporte.

O psiquiatra e o médico de família deverão trabalhar lado a lado, avaliando a forma como o núcleo familiar encara aquele membro. Lutando por que seja reconhecida a sua dignidade, a sua diferença. Trabalhando para que seja aceite.

Neste campo, a bioética deve ser encarada pela ciência médica não como os limites intransponíveis da sua actuação, mas sim, como verdadeiro instrumento de actuação. A par com a psicoterapia, com a farmacologia.

Há que incutir no seio da família e da rede próxima de cuidados o princípio ético de que a dignidade daquele ser humano passa por aceitar e não por tentar compreender a sua diferença. Todos somos diferentes. Todos somos os *Outros* do *eu*.

Aceitar a impossibilidade do conhecimento total do *outro* e de o moldar à nossa semelhança é o mote para a verdadeira integração.

E deverá ser também a base de discussão e reflexão junto da comunidade escolar. Os pedagogos devem refletir com as crianças sobre os princípios da bioética. E desde cedo. Quando as mesmas apresentam uma liberdade de pensamento que lhes permite (ainda que sem maturidade, mas com autenticidade e lucidez pragmática) encarar a diferença como semelhança.

Há que construir uma sociedade, em que não se queria construir e entender o *Outro* através ou à imagem e semelhança do *eu*, mas em que o *eu* e o *Outro*, somos *Nós*.

#### IV. CONCLUSÃO



Através desta brevíssima exposição de ideias, pretendeu-se reflectir sobre o papel da bioética e da empatia na aceitação e integração dos doentes mentais na sociedade contemporânea.

A doença mental sempre esteve presente ao longo de toda a existência humana, nunca tendo sido verdadeiramente compreendida. Primeiramente associada a uma estreita ligação ao Divino, rapidamente passou a ser encarada como Demoníaca. Fruto dos movimentos humanistas, quebrou-se tal elo, mas o “pensar fora da caixa”, era sinónimo de alienação. Alienados, passaram assim a viver segregados. Primeiro fisicamente segregados, fruto da evolução dos tempos, emocionalmente segregados.

Cabe à bioética mudar o curso desta realidade, encarando o papel de maestro. Cumprindo-lhe escolher as partituras dos seus músicos (profissionais de saúde, pedagogos, sociólogos) para que a música seja recebida com harmonia e alegria junto da sociedade.

O caminho é longo e desafiante. Mas a luta pela dignidade humana e pela aceitação do *Outro* tal qual como é, impulsiona-nos a *tocar*. Cada vez melhor, cada vez mais e profundamente convictos de que a *música* chegará a toda a sociedade. Que a ouvindo e refletindo sobre ela, aceitará sem preconceitos e juízos de valor o *Outro*.

Ai chegados, teremos uma sociedade mais digna, mais humana e seguramente, mais Feliz.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCHER, Luís (Coordenação), Jorge Biscaia, Walter Osswald, Michael Renaud, *Novos Desafios à Bioética*, Porto Editora, 2001

- CAMINO, C., Luna, V., & Rique, J. (2013). *O conceito de empatia na Psicologia. Em C. S. Hutz e L. K. de Souza (Organizadores), Estudos em Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade. Uma homenagem a Ângela Biaggio*. 1ª Ed., Vol. 1, PP. 171-188.SP: Casa do Psicólogo.
- CAMPS, Victoria, *O Elogio da Dívida*, Editora 70, 2021
- DURKHEIM, Émile, *As Regras do Método Sociológico*, São Paulo: Martins Fontes -. 2007.
- KANT, Immanuel, *Metafísica dos Costumes, Parte II- Princípios Metafísicos da Doutrina da Virtude*, Editora 70, 2004
- PALHA, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE.
- SERRÃO, Manuel, (Coordenação), Rui Dias, *Ética em Cuidados de Saúde* Porto Editora, 1998
- SINGER, Peter, *Um só Mundo, A ética da globalização*, Gradiva, 2002
- SOARES, MARIA DA CONCEIÇÃO, *Emmanuel Lévinas e a obsessão do Outro, DIDASKALIA XXX (2000), pág.169-194*
- SVENAEU, FREDRIK *The phenomenology of empathy in medicine: an introduction*
- ZAHAVI, DAN, *Empathy and Interpersonal Understanding: From Lipps to Schutz*
- ZAHAVI, DAN, *Self and Other Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame, Oxford 2014*